

• 护理研究 •

全程护理对接受腹腔镜下全子宫切除术的子宫肿瘤患者护理价值探析

田毓靖

东山县医院 福建漳州 363400

【摘要】目的 探讨采用全子宫切除术治疗子宫肿瘤期间行全程护理的优势。**方法** 选取 2023 年 6 月~2024 年 6 月子宫肿瘤患者 30 例, 均行全子宫切除术, 基于护理模式分设观察组(全程护理)、对照组(常规护理), 均为 15 例, 比较疾病应对态度、依从性和并发症情况。**结果** 观察组 SPBS 较低, 感受负担较轻, 应对态度比较积极($P < 0.05$); 观察组依从性高于对照组($P < 0.05$); 观察组并发症率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 全程护理对改善子宫肿瘤全子宫切除术治疗期间患者心态具有积极影响, 改善患者应对态度和依从性, 进一步减少并发症, 护理成效显著。

【关键词】 全程护理; 子宫肿瘤; 腹腔镜下全子宫切除术; 并发症

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-4393 (2025) 19-113-02

子宫肿瘤是发病率较高的生殖系统疾病, 常见类别为子宫内膜癌、肌瘤与肉瘤等^[1]。腹腔镜下全子宫切除术是利用腹腔镜设备切除宫体、宫颈, 作用是降低癌变风险、解除痛经等严重月经问题, 促进预后^[2]。全子宫切除术难以避免地造成患者生理和心理创伤, 可能引起心理失衡和并发症, 不利于术后恢复^[3]。常规护理侧重于术中安全治疗和术后生理层面的恢复, 缺少全周期心理关照, 术前干预和全周期系统性干预不足。全程护理充分重视手术全周期患者多层次需求, 完善各阶段人性化干预, 有利于满足患者需求。从 2023 年 6 月~2024 年 6 月应用全子宫切除术治疗子宫肌瘤的病例中选取 30 例, 重点探讨全程护理的方法和作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 6 月~2024 年 6 月 30 例子宫肿瘤病例, 基于赫尔辛基宣言抽样和分组研究。观察组 15 例(全程护理), 年龄(43~67)岁, 平均(52.07±8.15)岁; 体重质量(47~66)kg, 平均(58.70±2.11)kg; 孕次(1~3)次, 平均(1.39±0.32)次; 手术时间(81~117)min, 平均(99.94±7.83)min; 麻醉医师协会(American society of Anesthesiologists, ASA) I 级 9 例、II 级 6 例。

对照组 15 例(常规护理), 年龄(46~65)岁, 平均(52.11±8.13)岁; 体重质量(49~64)kg, 平均(58.67±2.09)kg; 孕次(1~3)次, 平均(1.42±0.29)次; 手术时间(83~115)min, 平均(100.02±7.89)min; ASA I 级 10 例、II 级 5 例。基线资料无显著统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: (1) 病理诊断为子宫肿瘤; (2) 实施全子宫切除术; (3) 其他脏器功能正常; (4) 凝血正常。

排除标准: (1) 免疫缺陷; (2) 代谢疾病; (3) 过敏体质; (4) 认知障碍。

1.3 方法

对照组: 标准化全子宫切除术护理。术前规范访视、宣教, 术中监控生命体征。术后遵医嘱治疗, 预后并发症, 对患者进行术后健康指导。

观察组: (1) 全程心理干预: 结合各阶段患者心理变化适时个性化宣教和心理疏导, 重视对患者知识和信念的影响, 通过策略性宣教纠正患者错误的知识, 坚定患者术后积极治

疗和自我护理的信心, 增强患者应对疾病的信念感。(2) 全周期知行干预: 通过全程知行干预, 增强患者在围术期和术后恢复期间病情控制意识, 提高患者对术后健康管理、并发症预防的重视度, 促进患者配合治疗计划采取有价值的行动, 遵医嘱治疗, 提高依从性。(3) 全程保温护理: 全程护理针对全子宫切除术特点, 合理调节手术室环境、加温术中使用的药液、洗液等, 减轻低温刺激, 加强围术期保温, 全周期保温效果较好, 减少寒战、低体温。(4) 全程躁动风险评估与防控: 术后躁动与个性、镇静用药、制动不合理和年龄等有关, 全程护理从术前准备阶段开始, 重视前瞻性管理, 结合患者年龄等信息评估躁动风险, 策略性宣教、心理干预, 全程个性化专业支持, 进一步减少躁动。

1.4 观察指标

疾病应对心态: 《自我感受负担量表》(Self-perceived burden Scale, SPBS) 分析, 其中情感负担 6 项、身体负担与经济负担各 2 项, 条目 8 为反向计分, 其他 9 项为正向计分, 每项(1~5)分, SPBS(10~50)分, SPBS 越高疾病应对心态越差。

依从性: 《依从性量表》(8-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8) 为工具, 满分 8 分完全依从, (6~7)分基本依从, 低于 6 分不依从。依从性=基本依从+依从。

并发症: 观察围术期低体温、寒战、躁动等发生率。

1.5 统计学方法

SPSS 26.0 分析子宫肿瘤病例, 疾病应对心态符合正态分布, 以“均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)”分析, t 检验, 依从性和并发症观察结果以率(%)分析, χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 疾病应对心态

干预前 SPBS 相近($P > 0.05$); 干预后, 观察组 SPBS < 对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 依从性

观察组依从性(100.00%) > 对照组(80.00%) ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 并发症

观察组发生率(6.67%)显著低于对照组(26.67%) ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1：两组 SPBS 评分 [分，（ $\bar{x} \pm s$ ）]

组别	身体负担		情感负担		经济负担		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=15)	18.66±1.60	9.72±0.98	16.11±1.06	7.87±0.84	4.38±0.35	1.93±0.20	39.31±4.12	19.50±2.79
对照组(n=15)	18.62±1.47	14.15±1.04	16.07±1.13	13.06±1.03	4.42±0.41	3.14±0.35	39.25±3.79	29.92±3.10
t 值	0.713	7.626	0.655	8.149	0.672	9.025	0.590	10.742
P 值	0.361	< 0.001	0.406	< 0.001	0.375	< 0.001	0.429	< 0.001

表 2：依从性 [n，%（n）]

组别	n	完全依从	基本依从	不依从	依从性
观察组	15	12	3	0	100.00（15/15）
对照组	15	5	7	3	80.00（12/15）
χ^2					3.426
P					0.043

表 3：并发症 [n，%（n）]

组别	n	低体温	寒战	躁动	总发生率
观察组	15	0	0	1	6.67（1/15）
对照组	15	1	1	2	26.67（4/15）
χ^2					2.891
P					0.045

3 讨论

全子宫切除造成严重的机体损伤，负面影响具有长期性，机体创伤和心理创伤均会对患者产生压力，导致患者抑郁、心理失衡，影响术后自护质量与依从性^[4]。全程护理弥补常规护理的不足，加强全周期多模式干预，改善护理效果。

该研究中，疾病应对心态评估显示，观察组 SPBS 从（39.31±4.12）分降低至（19.50±2.79）分，对照组干预前后分别为（39.25±3.79）分、（29.92±3.10）分。观察组方案加强全周期心理护理，从而改善患者应对心态，促进心理平衡，有利于患者长期保持积极的态度和自护行为。

依从性方面，对照组为 82.00%，观察组为 96.00%，观察组在遵医嘱方面表现较好，用药等方面依从性较高。

并发症预防、监控和应对是围术期护理的重要内容，并发症防控质量直接影响术后恢复质量。该研究显示，对照组低体温等风险防控效果较差，发生率较高，为 26.67%，观察组在该方面成效较好，为 6.67%。寒战、低体温是手术常见并发症，与内分泌、神经系统等多系统协调紊乱有关^[5]，全子宫切除术需要麻醉，麻醉药物导致局部血管扩张，加之部分麻醉导致肌肉松弛，影响肌肉收缩产生热量，加剧体温丧失；

为保证手术室洁净、设备正常运转，手术室通常温度偏低，加速体温下降；术中输液治疗等操作促进体温丧失^[6]；麻醉药物影响中枢系统或者通过外周性作用生效，术后麻醉苏醒过程中，各级中枢不协调恢复，引起寒战和低体温^[7]。观察组加强全周期主动防控，效果较好。

综上所述，在子宫肿瘤全子宫切除术治疗中，对患者实施全程护理具有积极意义。全程护理后，全子宫切除术患者可以更积极地应对疾病与术后生活，自我感受负担显著减轻，依从性较高，同时该护理模式显著减少并发症，应用价值较高。

参考文献：

[1] 谢玲玲, 林仲秋.《2023 NCCN 子宫肿瘤临床实践指南（第 1 版）》解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(02):197-204.

[2] 黄晓斌, 郑玉华, 陆安伟, 等. 经阴道全子宫切除术专家共识（2024 年版）[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024, 40(03):321-328.

[3] 苏德慧, 杨欣. 妇科手术对卵巢储备功能的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(09):887-890.

[4] 马倩, 毛辰蓉, 蒋玲. 基于 DRGs 理念的腹腔镜全子宫切除术病人围术期护理质量敏感指标的构建[J]. 护理研究, 2023, 37(22):4009-4014.

[5] 张晶, 王丹波. 子宫颈高级别鳞状上皮内病变选择性应用全子宫切除术治疗的中国专家共识（2022 年版）[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(11):1108-1110.

[6] 朱梦秋, 易倩琳, 武加林, 等. 机器人辅助腹腔镜与传统腹腔镜关于全子宫切除术在不同体质指数患者中的对比研究[J]. 重庆医科大学学报, 2024, 49(01):70-74.

[7] 钟魁艳, 王延洲. 经阴道自然腔道内镜全子宫切除术——“第三代外科手术”在妇科领域的初步探索[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(05):504-507.

（上接第 112 页）

表现出行为、思绪、情感、性格等方面的异常，严重者会合并幻觉、社交退缩、心智功能障碍等不良情况^[4]。正念减压疗法是一种锻炼专注性的自我控制训练，训练过程中病人可逐步实现自我控制与监督，继而达到放松身心、提高情绪控制力的目的^[5]。将正念减压疗法运用于稳定期精神分裂症病人的护理工作中，可明显改善病人的症状表现，提高其生活质量。本研究结果显示，干预组护理后的 SF-36 评分、SCSQ 评分以及 SAS 与 SDS 评分均优于常规组，提示干预组的护理质量优于常规组。

综合上述分析认为，常规护理联合正念减压疗法对稳定期精神分裂症病人的护理效果显著，可在一定程度上提高病人的生活质量，改善其应对方式与不良情绪，值得推行。

参考文献：

[1] 赵李平, 周艳仙, 姚敏尔. 情绪管理训练对精神分裂症患者生活质量负性情绪以及认知功能的影响[J]. 浙江临床医学, 2025, 27(2):308-310.

[2] 齐桂花, 郝小玲, 刘亚芳, 等. “三位一体”心理干预对慢性精神分裂症病人应对方式的影响[J]. 全科护理, 2023, 21(17):2094-2096.

[3] 杨健, 宋义波, 邓荣, 等. 会所模式对稳定期精神分裂症患者情绪调节能力的影响[J]. 重庆医学, 2024, 52(25):3582-3585.

[4] 徐松, 谢俊鹏, 彭李, 等. 正念心理干预对康复期精神分裂症军人情绪体验和注意控制的影响[J]. 第三军医大学学报, 2024, 46(17):1527-1533.

[5] 叶璐, 普雯. 正念减压疗法对急性心肌梗死支架术后患者抑郁、焦虑情绪及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(10):1361-1362.