

子宫内膜异位症合并不孕患者取卵术后并发症的护理模式构建与应用

尚海文

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】目的：研究子宫内膜异位症合并不孕患者取卵术后并发症的护理模式构建与应用效果。方法：择取在本院接受体外受精-胚胎移植（IVF-ET）治疗的子宫内膜异位症合并不孕患者，时间跨度为2023年7月至2024年12月。根据护理方式的不同将94例患者分为对照组（常规护理，47例）、观察组（针对性护理，47例）。将两组的干预相关情况进行比对。结果：观察组术后HADS评分、并发症发生率（10.64%）均低于对照组，术后下床活动时间、术后恢复时间均短于对照组，满意度处于更高水平， $P < 0.05$ 。结论：构建针对性护理模式能够改善子宫内膜异位症合并不孕患者焦虑抑郁情绪，可有效减少术后并发症的发生，有助于患者术后恢复，取得了较高的满意度。

【关键词】：子宫内膜异位症；不孕；取卵；并发症；护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.042

子宫内膜异位症(EMT)是一种比较常见的妇科良性疾病，尤其是在育龄期女性中多发^[1]。该病以痛经、月经异常、慢性盆腔痛等为主要临床表现，而不孕是该病并发症中比较严重的一种^[2]。近年来辅助生殖技术得到了快速发展，体外受精-胚胎移植(IVF-ET)是治疗EMT合并不孕的主要方式，其中取卵术为关键微创手术。虽然取卵术的创伤比较小，但EMT患者存在盆腔粘连、炎症反应等情况，加上手术操作刺激，术后并发症发生风险较高，会对患者后续身体恢复以及胚胎移植进程产生不良影响，促使患者心理负担加重，进而导致治疗依从性下降。常规护理的针对性不足，未结合EMT合并不孕患者的特点采取相应措施，在预防并发症方面的作用有限，临床护理需求难以得到充分满足^[3]。基于此，本文构建针对性护理，以常规护理为对照组，为EMT合并不孕患者预防取卵术后并发症、提升康复效果提供参考。正文阐述如下：

1 资料和方法

1.1 资料

研究样本为本院所接收的EMT合并不孕患者94例，样本纳入起止时间为2023.7~2024.12。按照护理方式的不同展开分组，47例/组。

对照组年龄波动为23~37(30.18±2.48)岁。不孕年限为2~9(5.15±0.68)年。观察组年龄波动为25~38(30.24±2.54)岁。不孕年限为1~9(5.08±0.72)年。一般资料组间对比无显著差异($P > 0.05$)。

纳入标准：(1)符合《子宫内膜异位症诊治指南(第三版)》^[4]中有关诊断标准；(2)性生活正常，未采取避孕措施，不孕年限至少1年；(3)首次接受取卵术；(4)术前不存在盆腔感染等并发症；(5)临床资料不存在缺项。

排除标准：(1)男方因素所致的不孕；(2)存在其他妇

科疾病者；(3)存在内分泌疾病、严重器质性疾病者；(4)存在输卵管堵塞、子宫畸形等生殖系统疾病者；(5)存在严重精神障碍、心理疾病者。

1.2 方法

对照组：常规护理。术前向患者口头介绍取卵术流程与围术期注意事项。术后做好病情观察、基础护理；遵医嘱予以抗生素、止血药，加强用药指导，监督其遵医用药。术后1、3、7d通过电话随访、门诊随访的形式对患者的恢复情况进行了了解，提醒其若出现异常症状则及时到院就诊，随访期间耐心解答患者提出的疑问。

观察组：针对性护理。具体措施如下：

(1)术前护理：收集患者的一般资料，掌握EMT分期与卵巢功能，对取卵术后并发症发生风险进行全面评估，根据风险等级制定个性化护理方案。术前3d指导每日进行阴道冲洗两次；术前1d将取卵术流程、注意事项、术后可能出现的并发症与应对方法告知患者，让患者做好心理准备；术前禁食8h禁饮4h，协助患者完成各项术前检查。术前进行一对一沟通，耐心倾听患者阐述自身想法，将取卵术安全性告知患者，介绍成功案例，消除患者顾虑，必要时由心理医生进行专业干预。

(2)术中护理：术中将手术室内温湿度分别控制在22~25℃、40%~60%，做好术中保暖措施，防止受凉。术中协助医生进行消毒、铺巾、麻醉，配合医生进行取卵操作，注意动作轻柔，尽量避免损伤卵巢及其他组织；术中对患者意识状态、面色变化等进行观察，及时将发现的异常情况告知医生并协助进行对症处理。

(3)术后护理：①病情监测：术后将患者转入到观察室，30min/次监测生命体征，生命体征稳定后改为每2h1次。患者

清醒后及时告知手术情况，予以关系和支持。术后对患者阴道出血情况进行观察，记录出血；当出血量超过 50mL/mL、颜色鲜红或出现血凝块，则及时通知并配合医生进行处理。对患者腹胀、腹痛症状进行观察，利用视觉模拟评分法（VAS）评估腹痛程度，若 VAS 评分 >6 分或持续加重，则警惕卵巢扭转、盆腔出血等并发症；对患者的尿量进行监测，若 24h 尿量 < 1000mL，则警惕卵巢过度刺激综合征的发生。②并发症针对性干预：**a.腹痛**：对于轻度腹痛，通过分散注意力、深呼吸、腹部热敷等方法缓解疼痛，对于中重度腹痛，予以理疗，必要时遵医嘱使用止痛药物，并对有无盆腔粘连、卵巢扭转等情况进行排查。**b.盆腔感染**：术后遵医嘱予以广谱抗生素，起到预防感染作用；叮嘱患者术后用温水进行外阴清洗，一天两次，勤换棉质内裤；术后 1 周内禁止盆浴、坐浴以及性生活。对患者体温密切监测，若体温大于 38.5℃，则及时进行血常规、分泌物培养等检查，对感染原因进行明确，再对治疗方案进行调整。**c.卵巢过度刺激综合征**：叮嘱患者术后少量多次饮水，饮水量以 >2000mL 为宜，以富含维生素、蛋白质、膳食纤维的易消化食物为主，强调饮食禁忌。对患者的腹围、体重变化进行密切监测，若有胸闷、呼吸困难、腹围增大等症状出现则及时通知医生，以便及时开展对症治疗。**d.阴道出血**：术后要求患者卧床休息，禁止剧烈活动、提重物，遵医嘱予以止血药物，针对出血时间较长或出血量增多的情况，及时排查原因。③生活方式指导：术后 2h 给予温流食，再逐步过渡至普食，合理补充新鲜蔬果，禁食辛辣刺激、生冷油腻食物，预防便秘。术后 24h 内卧床休息，之后鼓励患者下床进行适当活动。

(4) 出院指导及随访：出院前，为患者及家属提供个性化出院指导，发放居家护理手册，明确随访时间和联系方式，提醒患者出现异常症状及时就医。采用电话随访、门诊随访、线上随访（微信、APP）相结合的方式，随访 1 个月，对患者恢复情况、并发症情况等进行了了解，对出现并发症的患者，及时调整护理方案；随访时还需评估患者卵巢功能、盆腔情况，指导患者做好后续胚胎移植的准备工作。

1.3 观察指标

(1) 负性情绪：在术前、术后应用医院焦虑抑郁情绪量表（HADS）进行评估，焦虑、抑郁两个方面各有 7 个条目，均计为 0~3 分，得分越高，提示症状越严重。

(2) 术后并发症：统计患者术后所出现的并发症类型与例数，计算总发生率。

(3) 术后恢复相关指标：主要包括下床活动时间、术后恢复时间（取卵术后各项指标恢复正常，能正常生活所用时间）。

(4) 满意度：在术后 7d 将医院自行编制的满意度调查问卷（电子版）发放给患者，调查内容包括人文关怀、沟通宣教、

护理连续性、护理效果，百分制，90~100 分、80~89 分依次对应满意、基本满意，0~79 分对应不满意，计算总满意度（1 - 不满意%）。

1.4 统计学处理

通过 SPSS 25.0 软件计算文中数据。以 % 代表计数资料，实施 χ^2 检验；以 (\bar{x}) 表示计量资料，实施 t 检验。P < 0.05 则意味着差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HADS 评分

术后，观察组的 HADS 评分与对照组相比差异较大，且两组的得分均较术前下降，均 P < 0.05。见表 1 所示：

表 1 对比两组的 HADS 评分（分）

组别	对照组(n=47)	观察组(n=47)	t 值	P 值	
焦虑	术前	15.65 ± 2.11	15.70 ± 2.14	0.114	0.909
	术后	10.39 ± 1.27*	7.04 ± 0.67*	15.994	<0.001
抑郁	术前	14.58 ± 1.73	14.63 ± 1.76	0.139	0.890
	术后	9.18 ± 1.02*	6.44 ± 0.50*	16.536	<0.001

注：同本组术前数据进行比较，*P < 0.05。

2.2 术后并发症

根据统计结果可以得知，观察组在术后发生并发症的例数不如对照组多，P < 0.05。见表 2。

表 2 对比各组的术后并发症[n (%)]

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	47	47	-	-
盆腔感染	4(8.51)	1(2.13)	-	-
腹痛	5(10.64)	2(4.26)	-	-
阴道出血	3(6.38)	1(2.13)	-	-
卵巢过度刺激综合征	4(8.51)	1(2.13)	-	-
总发生率	16(34.04)	5(10.64)	7.419	0.006

2.3 术后恢复相关指标

在术后恢复相关指标方面，观察组所用时间相较于对照组显著更少（P < 0.05）。见表 3。

表 3 对比各组的术后恢复相关指标

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	47	47	-	-

术后下床活动时间(h)	30.59±3.37	22.45±2.81	12.718	<0.001
术后恢复时间(d)	5.29±0.63	3.10±0.42	19.829	<0.001

注：续表3。

2.4 满意度

关于满意度，数据更高的一组明显是观察组（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4 对比各组的满意度[n (%)]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	47	47	-	-
不满意	10(21.28)	2(4.26)	-	-
基本满意	24(51.06)	18(38.30)	-	-
满意	13(27.66)	27(57.45)	-	-
总满意度	37(78.72)	45(95.74)	6.114	0.013

3 讨论

EMT 合并不孕患者在取卵术后更容易出现并发症，需要做好相应预防措施，避免对辅助生殖治疗效果产生影响^[5]。常规护理更注重基础护理与病情观察，针对性不足，并发症防控效果不理想^[6,7]。本次研究构建的针对性护理模式包括“术前评估—术中配合—术后精准干预—出院指导—长期随访”全流

程，能够结合 EMT 合并不孕患者的个体差异、并发症发生风险提供个性化、精准化的干预措施，促进术后并发症发生率的下降。

此次研究中，观察组术后的 HADS 评分明显更低，这是因为，针对性护理将心理护理贯穿于整个护理过程，能够结合患者心理特点及需求予以针对性心理干预，从而能够有效缓解其焦虑抑郁情绪^[8,9]。

此外，观察组的并发症例数更少，术后恢复时间更短，究其原因在于，术前全面风险评估可精准识别并发症高危患者，按照风险等级制定预案，且心理干预可避免因情绪波动出现激素水平紊乱情况，促使并发症发生风险减轻^[10]；术中规范配合以及术中保暖干预可有效预防卵巢损伤、术后腹胀腹痛等并发症发生；术后精准监测可及时发现并发症早期症状并尽早干预，并发症针对性干预具有精准防控的作用。针对性护理可有效降低并发症发生率，避免因并发症影响身体恢复；且科学的饮食、活动指导以及保持良好的心态也有助于身体恢复。

观察组具有更高的满意度，这是因为，针对性护理结合患者的个体差异与需求进行干预，能够让患者感受到全方位的关怀，解决患者实际问题，提高其身心舒适度，因此对护理工作认可度更高。

总而言之，针对 EMT 合并不孕患者，针对性护理模式可有效减轻其取卵术后负面情绪，降低术后并发症发生率，加快术后恢复速度与提升满意度。

参考文献：

- [1] 张园园. 子宫内异位症合并不孕症采取腹腔镜术后妊娠情况和相关因素分析[J]. 智慧健康, 2024, 10(4): 146-149, 153.
- [2] 李伟丹. 认知行为护理联合动机访谈对腹腔镜手术治疗的子宫内异位症患者术后恢复及情绪状态的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(4): 187-190.
- [3] 袁明镜, 王月, 王海兰. 子宫内异位症患者实施认知行为护理干预对情绪与生活质量水平的影响分析[J]. 中外医疗, 2023, 42(26): 160-163.
- [4] 中国医师协会妇产科医师分会, 中华医学会妇产科学分会子宫内异位症协作组. 子宫内异位症诊治指南(第三版)[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(12): 812-824.
- [5] 吴萌萌, 曹艳华, 王楠. 基于互联网下的健康管理结合个体化护理在子宫内异位症术后患者中的应用效果分析[J]. 黑龙江医学, 2023, 47(21): 2667-2669.
- [6] 邱天. 结构-过程-结果护理模式在子宫内异位症围术期中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2024, 24(13): 121-124.
- [7] 胡文瑾, 曹悦, 黄季华, 等. 快速康复理念指导围术期护理干预对子宫内异位症中巧克力囊肿患者应激状态及生活质量的影响[J]. 医学临床研究, 2023, 40(5): 784-786.
- [8] 王宇, 庞海霞, 蒋义娜, 等. 激励式护理干预联合腹式呼吸对子宫内异位症患者心理状态及康复效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(15): 129-132.
- [9] 李平, 陆小丽, 刘萌. 共情护理联合心理暗示对子宫内异位症不孕患者负面情绪及治疗依从性影响[J]. 青岛医药卫生, 2023, 55(5): 388-391.
- [10] 许玲玲, 吴小丽, 开海丽. 认知行为干预对子宫内异位症患者心理弹性及自我管理行为能力的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(19): 2953-2956.