经验交流

文章编号:1000-5404(2010)17-1914-02

451例体外授精-胚胎移植的心理护理体会

龙 玲[1],李彩霞[2],王凤英[1],邓 丽[1],姚春利[1],彭 倩[1],屈宗银[1] (400038 重庆,第三军医大学西南医院妇产科[1];572012 海南 三亚,解放军425医院妇产科[2])

【关键词】 体外授精-胚胎移植;心理;护理
【中图法分类号】 R473.7 【文献标志码】 B

目前,不孕症发病率呈不断上升趋势。研究认为不孕症可使患者产生较高水平的心理压力,引起一系列心理问题[1,2]。体外授精-胚胎移植(*in vitro* fertilization and embryo transfer, IVF-ET)[3]是目前治疗不孕症最有效的方法,也是不孕患者的最后希望,但接受IVF-ET治疗的患者往往存在严重的心理危机,而这种心理问题如不能得到纠正和释放,往往会影响IVF-ET的结局。为此,本中心针对患者的心理问题总结出一套心理咨询及相应的护理干预措施,实施后获得较满意的结果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008年1月1日至2009年12月31日在我院生殖中心接受IVF-ET治疗451个周期。其中,原发不孕166个周期,继发不孕285个周期。年龄21~46(31.68±4.43)岁。在451个治疗周期中,临床妊娠179例(临床妊娠率约40%)周期取消22例(取消率4.88%)。文化程度最高为硕士,最低为小学文化。

1.2 心理护理

1.2.1 IVF-ET患者常见的心理问题 IVF-ET治疗妇女一般面临两类压力:第一类,因患不孕症而致的生育希望破灭所带来的慢性压力,主要的负性情绪反应包括焦虑、抑郁、敏感、处事偏激、负罪感、人际关系孤独、性生活及婚姻满意度下降等;第二类,因IVF-ET治疗所导致的急性压力[1],这种压力主要来源于该技术的复杂性和侵入性。在工作中我们发现,这2种压力因子不仅可引发不同的情绪反应,而且在IVF-ET治疗周期的不同阶段也有不同的心理反应,因此必须针对IVF-ET治疗的不同阶段及时采取相应的心理护理措施。

1.2.2 IVF-ET治疗前期的心理特点与护理措施 接受IVF-ET治疗的患者大多有多次求医失败的经历,部分患者面临家庭破裂的危机,因此患者在IVF-ET治疗前即处于焦虑、失望与沮丧状态。IVF-ET技术既让患者看到新的希望,也使患者顾虑重重,如经济上的负担、治疗失败的担心、并发症的发生、后代的健康问题等[4]。

为此,在进入IVF-ET治疗前本中心指定经过专门心理培训的护理专家对患者进行心理咨询,目标是首先使患者了解本中心的基本情况、IVF-ET治疗过程及注意事项,可能的并发症、大概的费用和成功率等,同时了解患者的困难及需要帮助和解决的问题,对心理问题严重者,报告医师以决定是否给予药物治疗。此外,我们特别重视患者的主观感受和机能状态,尊重患者的知情权和隐私权,尽量创造亲切、和谐的就医氛围,使患者对中心的工作人员有充分的信任感,愉快地进入治疗过程。

1.2.3 IVF-ET治疗过程中的心理特点与护理措施 控制性超促排卵是IVF-ET治疗的重要环节,治疗过程中的每个细节如卵泡大小与数目、用药后的身体反应、激素水平及频繁的药物注射和检查都可能影响患者的情绪,并对心理造成不良影响[5]。

在这一阶段患者更需要交流和鼓励,我们要求护士必须微笑服务,利用每天治疗的机会主动与患者交流,观察其情绪变化与身体状况、有无并发症,告诉患者减轻不适的方法,并注重与家属的沟通,使家属积极参与和配合。此外,鼓励患者相互交流,我们发现患者间的交流往往更易减轻她们的挫败感和焦虑情绪,也使她们对治疗有更清晰的认识,消除独自在外地治疗的孤独感和对手术的恐惧感。

取卵手术前,我们向患者详细介绍手术的步骤、镇痛方法及手术前后的注意事项,消除患者的恐惧心理。取精和取卵时认真核对患者信息并让患者夫妇签字确认。严谨的态度会减轻患者的担心和焦虑。取卵时播放轻柔舒缓的音乐,以起到辅助镇痛和镇静的作用[6]。胚胎移植前,让患者充分了解胚胎发育的情况及手术过程,消除患者的顾虑。

1.2.4 IVF-ET治疗后的心理特点及护理措施 胚胎移植后1周内,对受孕的期待使患者似乎有了新生活的感觉,但随着人绒毛膜促性腺激素检查日的临近,患者焦虑程度又会显著增加,有治疗失败史的妇女再次治疗时这一阶段的心理压力更大[7]。这时的心理护理应注意对患者期待心理进行降温,增强其对结果的承受力,指导患者进行自我放松,进一步减轻其心理压力。

对于IVF-ET治疗后失败的患者,应和患者一起分析失败的原因,鼓励患者表达内心的感受,给予适当的情感支持;积极做好患者配偶和家属的工作,引导他们理解和体谅患者,共同创造家庭温馨气氛。帮助患者正确认识人生的价值和意义,了解自己的社会作用,增强她们的生活信心,建议她们如经济条件和身心状况允许可接受再次治疗。

对于IVF-ET治疗后确诊怀孕的患者,由于长期不孕的困扰在一瞬间解除,过度喜悦将导致情绪不稳,使子宫对交感神经活动的敏感性增高而发生宫缩,可致流产。此时应嘱咐患者保持平静的心情,积极做好安胎工作,并与产科联系指导其进行系统的孕期检查,鼓励她们从事适量的工作并多与外界接触和交流,以减轻对胎儿过分的忧虑和担心。

2 讨论

IVF-ET的成功与心理因素密不可分。IVF-ET各阶段的心

【通信作者】 龙 玲,电话:(023)68765408,E-mail:gracexiaoqian@163.com

理护理相互关联,任何一个环节没有做好,都将影响其治疗效果,甚至导致治疗失败[8]。护理人员作为心理护理工作的实施者,必须具备辅助生殖、心理学相关的专业知识,勤于观察、善于沟通、严谨操作。在临床工作中针对各个阶段患者可能出现的心理问题来考虑和制定护理计划,有预见性及针对性地使每位患者都能得到连续、完整的心理疏导,帮助他们以较好的心理状态应对治疗需要,促进了 IVF-ET 的成功。

参考文献:

[1] 宫玉花, 田恩燕, 王晓彬, 等. IVF-ET 妇女取卵前 1 周的心理反应及影响因素[J]. 护士进修杂志, 2003, 18(12):1063 - 1066.
[2] Kovacs G T, Morgan G, Wood E C, *et al*. Community attitudes to assisted reproductive technology: a 20-year trend [J]. Med J Aust, 2003, 179(10):536 - 538.
[3] 王凤英, 李玉艳, 俞炽阳, 对 IVF 超促排卵周期结局的分析[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(12):1272 - 1275.
[4] 孔燕, 李培培, 陈娟, 等. 拟做体外授精-胚胎移植妇女的应对方式与心理健康状况的特点及其相关分析[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(8):713 - 715.
[5] 许立红, 吴桂华, 张秀清. 心理护理对体外受精-胚胎移植成功率的影响[J]. 现在护理, 2007, 13(12):1094 - 1095.
[6] Domar A D. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients[J]. Fertil Steril, 2004, 81(2):271 - 273.
[7] Eugster A, Vingerhoets A J, van-Heck G L, *et al*. The effect of episodic anxiety on an *in vitro* fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study [J]. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2004, 25 (1):57 - 65.
[8] Smeenk J M, Verhaak C M, Braat D D. Psychological interference in in vitro fertilization treatment[J]. Fertil Steril, 2004, 81(2):277.

(收稿:2010-03-05 修回:2010-04-09)
(编辑　王小宾)

文章编号:1000-5404(2010)17-1915-02

经验交流

三维塑形钛网在巨大颅骨缺损修补中的应用

冯怡墨,程泽沛,石滴坚　(400014 重庆,重庆市第三人民医院神经外科)

【关键词】 钛网;三维塑形;巨大颅骨缺损修补
【中图法分类号】 R651.11　【文献标志码】 B

普通钛网修补巨大颅骨缺损时存在外形不满意,伤口易感染,皮下积液多,颅骨固定材料易松动等缺点。我科于 2007 年 1 月至 2010 年 2 月采用三维塑形钛网个体化修补巨大颅骨缺损 28 例,较好的克服了上述缺点,效果满意,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

本组 28 例为 2007 年 1 月至 2010 年 2 月我院收治的巨大颅骨缺损患者,男性 26 例,女性 2 例。年龄 26 ~ 75 岁,平均 50.5 岁。颅骨缺损原因:颅脑外伤 24 例,高血压脑出血 2 例。修补时间为颅脑手术后 2 ~ 7 个月,平均 4.5 个月。颅骨缺损部位:颞侧 6 例,额颞部 10 例,颞顶部 8 例,额部 3 例,颞部累及眶上部 1 例。颅骨缺损面积为 89.7 ~ 159.5 cm^2,平均 124.6 cm^2。

1.2　方法

1.2.1　三维塑形钛网制作　术前患者将行头颅 CT 薄层扫描(2 mm),拷贝全部资料包括(年龄、性别、伤前照片、CT 数据)寄送给美敦力公司总部神经外科组,公司用专业软件予以颅骨三维重建,并传输至无模多点成型设备上将钛板制造成型。制成与患者颅骨缺损相匹配的钛网[美国美敦力公司(Medtronic,Inc.)生产的 Timesh 颅骨修复系统]。

1.2.2　手术过程　全麻成功后,沿原切口切开皮肤皮下,骨膜剥离器游离骨窗边缘,锐性游离皮瓣,暴露出骨窗,电凝彻底止血术区,用生理盐水反复冲洗,将成型钛网以预先设计方向覆盖于骨窗上,用钛钉固定于颅骨,钛网中央以丝线悬吊硬膜,逐层缝合头皮。

2　结果

所有患者手术过程顺利,钛网与骨窗沿完全贴合,无钛网过大,而超出预定范围;或过小,与骨窗沿留有间隙的情况发生。手术时间 1.5 ~ 2 h,平均 1.75 h。

术后常规抗感染治疗,发生皮下积液 2 例,局部抽吸,加压包扎后消失,其余患者恢复良好,无感染积液。

术后 3 个月即开始让患者返院随访,共随访 25 例。随访时间 3 个月至 3 年,平均随访时间 17.5 个月。其中随访 3 ~ 12 个月 3 例,随访 1 ~ 2 年 13 例,随访 2 ~ 3 年 9 例。有 2 例(术后 10 个月、13 个月)伤口局部有少量线头突出,拆线后愈合。1 例(术后 4 个月)伤口局部红肿有少量脓液,换药 4 d 后愈合。所有患者钛板固定牢固,未发现钛网边缘翘起刺激头皮,造成术后疼痛。术后无感染及脑脊液漏,顽固性皮下积液,伤口裂开等并发症。患者头面部正面左右对称,弧线美观,患者满意率达 100%。

3　讨论

重型颅脑损伤,多部位或量较大的高血压脑出血术后颅骨缺损,尤其是巨大颅骨缺损患者常常出现头痛,头晕,注意力不集中,易疲劳,局部胀痛。Yamaura 等[1] 将这一系列神经症状命名为颅骨缺损综合征。而且在颅骨缺损的病理情况下,肢体

【通信作者】 冯怡墨,电话:(023)63520264,E-mail:ymfym0642@sina.com