

· 论 著 · DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 05. 015

产妇焦虑、抑郁情绪与分娩方式及不良分娩结局的关系

蒋海霞¹, 左 洁², 卫小玉³, 高光玲²

(四川省广元市妇幼保健院:1. 保健部;2. 妇产科;3. 妇保科 628017)

摘 要:目的 探讨产妇焦虑、抑郁情绪与分娩方式及不良分娩结局的关系。方法 选择 2014 年 10 月至 2016 年 10 月在该院建立妊娠档案的 450 例孕晚期初产妇为研究对象,应用焦虑症状自评量表(SAS)、抑郁症状自评量表(SDS)对其精神状况进行调查,跟踪至产房随访其妊娠结局。根据调查结果将产妇分为精神状况正常组($n=315$),单纯焦虑组($n=52$),单纯抑郁组($n=48$),焦虑合并抑郁组($n=35$),比较不同状态因素产妇的分娩方式及不良分娩结局发生情况。**结果** 精神状况正常组自然分娩率明显高于单纯焦虑组、单纯抑郁组及焦虑合并抑郁组,而钳产及剖宫产率低于其他 3 组($P<0.0125$);焦虑合并抑郁组剖宫产率高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.0125$)。精神状况正常组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后抑郁及产后感 染等并发症发生率低于其他 3 组($P<0.0125$),其中焦虑合并抑郁组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后感 染发生率高于单纯焦虑组($P<0.0125$),而单纯抑郁组产后抑郁发生率高于单纯焦虑组($P<0.0125$)。**结论** 产妇焦虑、抑郁情绪可影响分娩方式及妊娠结局,应加强初产妇围生期心理干预,减轻初产妇焦虑、抑郁情绪,以促进母婴健康。

关键词:产妇; 抑郁; 焦虑; 分娩方式; 分娩结局

中图法分类号:R714.7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)05-0623-04

Relationship between anxiety, depression, the mode of delivery and adverse outcomes in maternal

JIANG Haixia¹, ZUO Jie², WEI Xiaoyu³, GAO Guangling²

(1. Department of Health; 2. Department of Obstetrics and Gynecology; 3. Department of Women Health Care, Maternity and Child Health Care Hospital of Guangyuan, Guangyuan, Sichuan 628017, China)

Abstract: Objective To explore the relationship between maternal mental factors (anxiety and depression), mode of delivery and adverse outcomes. **Methods** A total of 450 cases of the maternal mental status at the beginning of the third trimester of pregnancy were analyzed by self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) from October 2014 to October 2016. All maternal were follow-up of their pregnancy outcome. All maternal mental status were divided into normal group($n=315$), simple anxiety group($n=52$), simple depression group($n=48$), anxiety and depression group($n=35$). Mode of delivery and the occurrence of adverse childbirth outcomes of each group were compared. **Results** The rates of spontaneous delivery of normal group was significantly higher than simple anxiety group, simple depression group and anxiety depression group($P<0.0125$), while the rates of forceps delivery and cesarean section were significantly lower than the other three groups($P<0.0125$). The incidences of premature rupture of membranes, prolonged labor, fetal distress, maternal postpartum hemorrhage, postpartum depression and maternal postpartum infection of mental status group were significantly lower than those other three groups ($P<0.0125$). The incidences of premature rupture of membranes, prolonged labor, fetal distress, maternal postpartum hemorrhage, postpartum depression and maternal postpartum infection in anxiety and depression group were significantly higher than simple anxiety group and simple depression group($P<0.0125$). The incidence of postpartum depression of simple depression group was significantly higher than that in anxiety group($P<0.0125$). **Conclusion** Anxiety and depression of maternal could affect the mode of delivery and pregnancy outcome. Clinic should strengthen the perinatal psychological intervention of primipara, reduce maternal anxiety and depression so as to promote maternal and child health.

Key words: maternal; depression; anxiety; mode of delivery; outcome of delivery

随着生活水平的提高及人们观念的改变,围生期 保健受到越来越多的重视。怀孕至分娩是一个与生

理、心理、社会及精神相关的自然生理过程,孕妇在这个过程中会发生复杂的心理变化,尤其是初产妇由于对分娩过程缺乏认知及了解,容易存在焦虑、紧张、抑郁的心理状态,而这种情绪会影响产妇分娩及产后恢复^[1]。据相关研究,68%的产妇在分娩时由于过度紧张而导致产程延长,从而被迫接受剖宫产手术^[2]。此外,产妇产后抑郁情绪得不到有效的排解会导致产妇抑郁症发生,严重影响产妇身心健康^[3]。因此,充分了解及掌握初产妇神经因素,并对其采取针对性的护理干预措施,对稳定及改善初产妇精神状况,减轻产妇围生期焦虑、抑郁情绪,提高产妇自然分娩率及降低不良妊娠结局有重要的意义。本研究旨在分析产妇精神因素对分娩方式及分娩结局的影响,旨在为初产妇围生期心理干预提供指导,从而减轻产妇不良情况,降低不良妊娠结局的发生,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月至 2016 年 10 月在本院建立孕期档案及在本院分娩 450 例初产妇为研究对象,纳入标准:(1)均为单胎妊娠;(2)孕周为 14~37 周;(3)具有正常的理解能力及语言表达能力;(4)均为本地常驻居民,产后能定期回院随诊;(5)均签署知情同意书,愿意配合研究。排除标准:(1)怀孕前已出现抑郁、焦虑症或精神障碍性疾病者;(2)怀孕期间流产、胎儿畸形、死胎者;(3)合并严重产科疾病者。采用焦虑症状自评量表(SAS)、抑郁症状自评量表(SDS)对研究对象进行调查。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 每例产妇入院后由课题组指定的 2 名成员通过交谈及问卷调查的方式对产妇进行调查,调查前向产妇讲解本次调查的目的及意义,以提高产妇配合度。同时向产妇讲解各量表填写方式,提

高产妇量表填写准确度。

1.2.2 SAS 量表^[4] 量表由 Zung 编制,适用于评价具有焦虑症状的人群,能很好地反映具有焦虑倾向产妇主观感受。量表共 20 个条目,每个条目采用 4 级评分法,标准分小于 50 分为无抑郁;标准分大于或等于 50 分且小于 60 分为轻微至轻度焦虑;标准分大于或等于 60 分且小于 70 分为中至重度焦虑;标准分大于或等于 70 分为重度焦虑。

1.2.3 SDS 量表^[5] 通过 Zung 焦虑自评量表测量产妇焦虑情况,共包括 20 个条目,总分等于各条目得分之和,其中第 2、5、6、11、12、14、16、17、18 和 20 题为反序记分。采用 4 级评分法,临界标准分为 50 分,其中得分大于或等于 50 分且小于 60 分为轻度抑郁,大于或等于 60 分且小于 70 分为中度抑郁,大于 70 分为重度抑郁,分值越高产妇抑郁感越高。

1.3 观察指标 (1)记录各组分娩方式,包括自然分娩、钳产及剖宫产。(2)记录各组不良妊娠结局发生情况,包括胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产妇产后出血、产妇产后抑郁及产妇产后感染。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 研究对象的临床资料调查结果 根据 SAS、SDS 量表调查结果,将产妇分为精神状况正常组($n = 315$)、单纯焦虑组($n = 52$)、单纯抑郁组($n = 48$)、焦虑合并抑郁组($n = 35$),各组年龄、孕周、体质量指数(BMI)及文化程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 各组临床资料比较

组别	<i>n</i>	年龄	孕周	BMI	学历[<i>n</i> (%)]			
		(岁, $\bar{x} \pm s$)	(周, $\bar{x} \pm s$)	(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	小学	初中	高中	大专或以上
精神状况正常组	315	28.9 $\pm$ 2.2	38.2 $\pm$ 2.1	25.5 $\pm$ 1.5	70(22.2)	78(24.8)	80(25.4)	87(27.6)
单纯焦虑组	52	29.2 $\pm$ 2.3	37.9 $\pm$ 1.8	25.3 $\pm$ 1.6	12(23.1)	12(23.1)	14(26.9)	14(26.9)
单纯抑郁组	48	29.5 $\pm$ 2.1	38.6 $\pm$ 1.9	25.2 $\pm$ 1.7	10(20.8)	12(25.0)	14(29.2)	12(25.0)
焦虑合并抑郁组	35	29.7 $\pm$ 2.0	37.5 $\pm$ 2.0	25.4 $\pm$ 1.5	8(22.9)	8(22.9)	10(28.6)	9(25.6)
F/χ^2		2.280	2.286	0.704			0.619	
<i>P</i>		0.078	0.076	0.550			0.758	

表 2 各组初产妇分娩方式比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	自然分娩	钳产	剖宫产
精神状况正常组	315	260(82.54)	25(7.94)	30(9.52)
单纯焦虑组	52	12(23.08)*	18(34.61)*	22(42.31)*
单纯抑郁组	48	12(25.00)*	16(33.33)*	20(41.67)*
焦虑合并抑郁组	35	2(5.71)*	10(28.57)*	23(65.71)*#△
χ^2		167.150	44.872	93.411
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

注:与精神状况正常组比较,* $P < 0.0125$;与单纯焦虑组比较, $\#P < 0.0125$;与单纯抑郁组比较,△ $P < 0.0125$

2.2 各组初产妇分娩方式比较 精神状况正常组自然分娩率明显高于单纯焦虑、单纯抑郁组及焦虑合并抑郁组,而钳产及剖宫产率低于其他 3 组,差异有统计学意义($P < 0.0125$,4 组研究对象两两比较,检验水准 $\alpha = 0.05/4 = 0.0125$);焦虑合并抑郁组剖宫产率高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P < 0.0125$),见表 2。

2.3 各组产妇不良妊娠结局分析 精神状况正常组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后

抑郁及产后感染等并发症发生率低于其他 3 组, 差异有统计学意义($P<0.0125$); 其中焦虑合并抑郁组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产妇产后出血、产

妇产后感染发生率高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.0125$), 而单纯抑郁组产后抑郁发生率高于单纯焦虑组($P<0.0125$), 见表 3。

表 3 各组产妇不良妊娠结局分析[n(%)]

组别	n	胎膜早破	产程延长	胎儿宫内窘迫	产妇产后出血	产妇产后抑郁	产妇产后感染
精神状况正常组	315	2(0.63)	3(0.95)	2(63.49)	2(63.49)	3(95.24)	4(1.27)
单纯焦虑组	52	8(15.38)*	11(21.15)*	8(15.38)*	5(9.61)*	5(9.61)*	8(15.38)*
单纯抑郁组	48	5(10.42)*	10(20.83)*	7(14.58)*	6(12.50)*	28(58.23)*#	10(20.83)*
焦虑合并抑郁组	35	8(22.86)*#△	12(34.28)*#△	15(42.86)*#△	10(28.57)*#△	22(62.86)*	15(42.86)*#△
χ^2		42.874	77.080	96.957	60.312	206.590	89.466
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与精神状况正常组比较,* $P<0.0125$;与单纯焦虑组比较,# $P<0.0125$;与单纯抑郁组比较,△ $P<0.0125$

3 讨 论

抑郁及焦虑是机体面对外界应激反应时最常见的反应, 正常人群面对应激反应时抑郁发生率约为 5%~10%, 而焦虑发生率约为 5%^[6]。分娩作为应激反应源, 产妇在分娩前均会出现不同程度焦虑及抑郁症状, 而初产妇由于缺乏分娩经验, 对分娩缺乏认知及了解, 加之分娩时疼痛影响, 会导致产妇更容易出现焦虑、抑郁情绪^[7-8]。分娩时适度焦虑可激活交感神经系统, 改善产妇机体适应能力及应对能力, 但过度的焦虑会导致神经系统过度兴奋, 并大量分泌儿茶酚胺, 引起产妇血管收缩、血压上升、心率加快, 从而延长产妇分娩产程, 增加产妇分娩相关并发症的发生^[9-10]。本研究应用 SAS 量表、SDS 量表对在本院建立妊娠档案的 450 例孕晚期初产妇精神状况进行调查, 结果显示, 精神状况正常组自然分娩率明显高于单纯焦虑、单纯抑郁组及焦虑合并抑郁组($P<0.0125$), 而钳产及剖宫产率低于其他 3 组($P<0.0125$), 而焦虑合并抑郁组剖宫产率高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.0125$), 提示产妇精神状况可影响产妇分娩方式的选择。考虑可能原因为初产妇由于对分娩知识缺乏认知及了解, 对分娩结局及胎儿安全过度担心, 且这种焦虑、抑郁情绪会刺激机体大量产生儿茶酚胺, 并导致植物神经兴奋性增加, 使产妇顺产心理适应性下降, 增加产妇主动选择剖宫产的意愿^[11]。

本研究结果显示, 精神状况正常组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产妇产后出血、产妇产后抑郁及产妇产后感染等并发症发生率低于其他 3 组($P<0.0125$), 其中焦虑合并抑郁组胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产妇产后出血、产妇产后感染发生率高于单纯焦虑组及抑郁组($P<0.0125$), 而单纯抑郁组产后抑郁发生率高于单纯焦虑组($P<0.0125$), 提示初产妇精神因素会增加产妇不良妊娠结局的发生, 其中焦虑合并抑郁组产妇并发症发生率明显高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.0125$), 可能原因为焦虑与抑郁情绪相互作用对下丘脑-垂体-生殖功能调节

轴(HPOA)的影响较单一因素大, 进而影响子宫各种激素水平, 导致子宫血管收缩功能增强, 进而影响子宫血流量增加胎膜早破及胎儿宫内窘迫的发生^[12]。此外, 不良的情绪会影响催产素的分泌, 导致产妇产程延长、宫缩乏力, 增加产妇产后出血的发生。抑郁、焦虑情绪会导致产妇产后免疫功能紊乱, 增加产妇产后感染发生率^[13]。目前多项研究指出, 围生期抑郁是产妇产后抑郁症发生的危险因素^[14-15]。本研究中单纯抑郁组产妇产后抑郁症发生率高于单纯焦虑组($P<0.0125$), 考虑可能原因为抑郁症会导致儿茶酚胺功能失调, 使性激素及 5-羟色胺(5-HT)水平升高, 而在大脑区域中的 5-HT 神经递质被认为是诱发抑郁的重要物质。对于围生期抑郁的产妇其产后血清中 5-HT 及性激素水平仍处于较高水平, 因此患者抑郁症发生率较高。

本文通过应用 SAS 量表、SDS 量表了解初产妇精神因素对分娩方式及不良妊娠结局的影响, 因此可考虑通过如下措施改善初产妇精神状况, 改善初产妇分娩结局, 具体如下: (1) 对产妇进行健康教育。向产妇解析分娩过程可能出现的并发症, 指导产妇配合分娩。 (2) 示范教育。利用同一病室分娩顺利的产妇进行现身说法以消除产妇心理焦虑、恐惧感, 提高产妇信心。 (3) 情绪干预。术前与产妇进行友好的交谈, 了解产妇焦虑产生的原因, 并针对性给予产妇安慰及解析, 同时鼓励产妇提出问题, 充分调动产妇主观能动性 & 积极性, 使得产妇更好地配合麻醉工作。 (4) 设立产科心理咨询门诊。

综上所述, 产妇的焦虑、抑郁情绪可影响分娩方式及妊娠结局, 应加强初产妇围生期心理干预, 减轻初产妇焦虑、抑郁情绪, 以促进母婴健康。

参考文献

[1] 毕岚, 金龙妹, 崔巍. 300 例产妇焦虑、抑郁状况和心理保健需求调查[J]. 中国健康心理学杂志, 2014, 3(11): 1634-1636.

(下转第 628 页)

础^[7]。有部分研究人员将鼠神经生长因子用于各种原因诱发的视神经炎的临床中,获得了较好的临床效果,已成为视神经炎治疗方案中的重要组成部分^[9-10]。

甲钴胺是临床较常用的一种内源性辅酶维生素 B₁₂,在体内主要参与一碳单位的循环,且在合成蛋氨酸的转甲基反应过程中发挥了十分重要的作用。近年来研究结果显示,甲钴胺较易进入神经元细胞器,在中枢神经系统中参与胸腺嘧啶核苷的合成,可促进机体内的叶酸利用以及核酸合成代谢,同时还可以有效促进轴突的运输功能及再生,并且能够有效抑制多种药物诱发的神经功能的退行性病变,从而使神经突触传递和神经递质减少得到进一步的延缓以提高神经纤维的兴奋性,能够让脑内乙酰胆碱恢复到正常水平等^[11-12]。本研究结合临床治疗视神经炎的经验,在常规药物治疗的基础上加用甲钴胺,不仅使视神经炎患者临床症状得到了极大的改善,视力及视野均有显著提高,临床治疗效果明显,表明该治疗方法对各种原因引起的视神经炎具有较好的疗效,具有较大的临床借鉴意义。

参考文献

[1] 李坤. 注射用鼠神经生长因子治疗缺血性视神经病变的疗效观察[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 34(6): 130-132.
[2] 冯会芳. 鼠神经生长因子治疗缺血性视神经病变的疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(24): 107-108.
[3] 陆君华, 马吴波, 赵茂竹. 鼠神经生长因子联合甲基强的松龙治疗急性球后视神经炎的临床研究[J]. 临床眼科杂志, 2013, 21(3): 255-257.

[4] 白羊, 章永垒, 黄奋飞, 等. 神经生长因子联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的系统评价[J]. 中国医学创新, 2016, 13(6): 105-108.
[5] 陈婷, 马瑾, 钟勇. 神经生长因子在治疗特发性视神经炎中的有效性与安全性评价[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2013, 13(4): 239-242.
[6] 顾平, 王琼华, 方晏红. 鼠神经生长因子联合糖皮质激素治疗视神经炎的疗效观察[J]. 西部医学, 2014, 26(11): 1507-1508.
[7] 秦利, 李晓永, 苏青, 等. α-硫辛酸联合甲钴胺口服治疗糖尿病周围神经病变[J]. 第二军医大学学报, 2013, 34(3): 306-309.
[8] TESFAYE S, BOULTON A J, DYCK P J, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments[J]. Diabetes Care, 2010, 33(10): 2285-2293.
[9] 白羊, 章永垒, 黄奋飞, 等. 重组人神经生长因子治疗大鼠糖尿病周围神经病变的效果[J]. 中国医药导报, 2015, 12(18): 4-7.
[10] 罗丽华, 王艳玲. 神经生长因子联合传统用药对前部缺血性视神经病变的疗效[J]. 国际眼科杂志, 2013, 13(9): 1842-1844.
[11] 薛尚才, 李惠荣. 降眼压治疗对非动脉炎性前部缺血性视神经病变眼部血流动力学的影响[J]. 中华眼底病杂志, 2013, 29(3): 253-256.
[12] 奉红波. 脑蛋白水解物与鼠神经生长因子对青光眼术后视神经的保护作用[J]. 眼科新进展, 2014, 34(5): 477-479.

(收稿日期: 2017-08-19 修回日期: 2017-10-28)

(上接第 625 页)

[2] 李晚红. 剖宫产产妇围术期心理状况及心理干预效果[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(25): 3244-3246.
[3] 陈瑾, 崔秋荣, 邵灿, 等. 初产妇与经产妇焦虑抑郁状态分析及干预[J]. 中国妇幼保健研究, 2015, 3(3): 625-627.
[4] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
[5] 王文菁, 谭文艳. Zung 抑郁自评量表的因子分析[J]. 广东医学, 2011, 32(16): 2191-2193.
[6] 牛琼华. 孕期综合管理对产妇产前分娩方式及母婴结局的影响[J]. 中国计划生育和妇产科, 2014, 6(6): 58-60.
[7] 孟丽琴. 初产妇产前情绪障碍与分娩方式选择的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(1): 38-39.
[8] 曾艳, 杨梅. 自然分娩与剖宫产分娩对产妇产后生理及心理影响的比较[J/CD]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2015, 9(3): 398-401.
[9] 王端, 许媛媛. 妊娠心理状况对分娩方式及妊娠结局的影

响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(1): 46-47.
[10] 初剑英, 杨美菊, 张雨健, 等. 待产妇心理健康状况对分娩方式选择的影响因素分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(10): 102-103.
[11] 刘珊珊, 刘均娥. 孕产妇分娩恐惧的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(3): 365-369.
[12] 夏桂玉. 产妇产前分娩前后的心理分析及临床护理[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(6): 1473-1475.
[13] 何可. 产妇产前心理护理对产妇产前分娩结局的影响研究[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(7): 1672-1673.
[14] 何青, 李映桃, 胡佳佳, 等. 产妇的围生期抑郁发病情况及影响因素分析[J]. 广东医学, 2016, 37(Z1): 173-176.
[15] 倪娟娟, 徐惠芳, 黄显芬, 等. 心理护理干预对产前抑郁初产妇产前分娩的影响[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(22): 28-30.

(收稿日期: 2017-08-22 修回日期: 2017-11-12)