

两种以上的脱水剂联合使用,并结合 CT 检查结果实施手术治疗。

本研究结果显示,颅内压 >50 mm Hg 的患者的预后重度致残率、植物生存率及病死率均高于颅内压 ≤ 50 mm Hg 患者,而预后良好率及预后轻度致残率则低于颅内压 ≤ 50 mm Hg 患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。此外,颅内压 >50 mm Hg 的患者的肺部感染、脑疝等并发症发生率高于颅内压 ≤ 50 mm Hg 患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。这也与颅内压在其他疾病的警报阈值水平相一致^[10],从而进一步证实了颅内压监测在患者中的重要作用。

综上所述,持续颅内压监测对于双额叶脑挫伤患者的治疗具有十分重要的应用价值,可以作为患者后期干预治疗提供重要依据。

参考文献

- [1] 朱青峰,周志国,禹书宝. 预见性去骨瓣减压术治疗双额叶脑挫裂伤体会[J]. 疑难病杂志,2013,12(1):51-53.
- [2] 吴雪海,高亮,胡锦,等. 颅内压监测指导双额脑挫裂伤冠状开颅脑挫裂伤清除术 79 例[J]. 中华创伤杂志,2013,29(2):103-106.
- [3] 廖晓灵. 双额叶脑挫裂伤的治疗策略[J]. 中华神经外科临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.035

疾病研究杂志,2012,11(6):545-546.

- [4] DONG J R, CAI X J, WANG B, et al. Intracranial pressure monitoring for special patterns of frontal lobe contusions[J]. Chin J Traumatol, 2010, 13(1): 51-54.
- [5] 曾令勇,刘阳,吴贵强,等. 甘露醇对双额底脑挫裂伤迟发性脑水肿的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(4):42-43.
- [6] 王飏,胡静,雷军. 颅内压监护在额叶脑挫裂伤中应用的临床体会[J]. 中外医疗,2010,29(34):30-31.
- [7] 元少鹏,肖伟利,李国锋,等. 持续颅内压监测在双额叶脑挫裂伤治疗中的应用[J]. 海南医学,2015,26(23):3535-3536.
- [8] 邱平华,黄正华,林孟强,等. 大剂量甘露醇联合甲强龙在严重脑挫裂伤脑疝患者围手术期的应用[J]. 中华全科医学,2013,11(8):1229-1230.
- [9] 冯斌,蔡明,朱红玉,等. 颅内压 ICP 监测指导实施标准去大骨瓣减压术时机对颅内多发脑挫裂伤患者治疗效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(15):23-25.
- [10] 李毅毅,马宝新,刘克君. 持续颅内压监护在治疗双额叶脑挫裂伤中的应用价值分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2013,16(24):30-31.

(收稿日期:2017-08-16 修回日期:2017-11-20)

初产妇情绪与应对方式、相关内分泌激素及妊娠结局的相关性

徐 雯¹, 莫应平¹, 朱 侠¹, 咸振萍^{2△}, 颜虹杰²

(1. 江苏省连云港市妇幼保健院 222000; 2. 江苏省连云港市第一人民医院 222000)

摘要:目的 探讨初产妇情绪与应对方式、相关内分泌激素及妊娠结局的相关性。方法 2014 年 10 月至 2016 年 10 月连云港市妇幼保健院应用焦虑症状自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对 350 例分娩的初产妇情绪进行调查,根据调查结果分为无不良情绪组(215 例),单纯焦虑组(52 例),单纯抑郁组(48 例),焦虑合并抑郁组(35 例),比较各组产妇应对方式、神经内分泌激素水平、不良妊娠结局。结果 无不良情绪组产妇积极应对评分高于其他各组($P<0.05$),焦虑合并抑郁组积极应对评分明显低于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.05$)。无不良情绪组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显低于其他各组($P<0.05$),而催产素、催乳素水平高于其他各组($P<0.05$)。焦虑合并抑郁组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.05$),而催产素、催乳素水平低于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.05$)。无不良情绪组剖宫产率、胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后抑郁、产后感染等并发症发生率低于其他 3 组($P<0.05$)。经 Pearson 单因素分析,SAS、SDS 评分与积极应对方式、催产素、催乳素水平呈负相关($P<0.05$),而与消极应对方式、肾上腺素、去甲肾上腺素水平呈正相关($P<0.05$)。结论 初产妇焦虑、抑郁情绪通过影响产妇内分泌激素导致不良妊娠结局,而积极的应对方式能有效减轻初产妇不良情绪,调节内分泌,改善产妇妊娠结局。

关键词:肾上腺素; 去甲肾上腺素; 初产妇; 焦虑; 抑郁

中图分类号:R714.14

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0848-04

怀孕至分娩是与生理、心理、社会及精神相关的自然生理过程,分娩作为机体的重大应激事件之一,对初产妇形成一系列的心理变化,其中抑郁与焦虑情绪较常见^[1]。相关资料显示,初产妇产前抑郁、焦虑的发生率为 25%~35%,远高于其他健康人群的

5%~10%^[2]。抑郁、焦虑产妇无指征剖宫产率远高于正常心理产妇。有研究认为,抑郁、焦虑情绪会影响产妇下丘脑-垂体-生殖功能调节轴(HPOA),致使产妇内分泌激素分泌,从而影响分娩结局^[3]。近年来研究报道,积极的应对方式可增强产妇分娩信心,减

轻产妇焦虑、抑郁情绪,有助于改善产妇不良妊娠结局^[4]。现探讨分娩期焦虑、抑郁产妇的应对方式及内分泌激素水平,分析初产妇情绪与应对方式、相关内分泌激素及妊娠结局的相关性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年10月至2016年10月于连云港市妇幼保健院建立孕期档案及分娩的350例初产妇。纳入标准:(1)均为单胎妊娠。(2)孕周14~37周。(3)具有正常的理解能力及语言表达能力。(4)均为该地区常住居民,产后能定期回院随访。

表1 各组产妇一般资料结果比较

组别	n	年龄($\bar{x}\pm s$, kg)	孕周($\bar{x}\pm s$, 周)	BMI ($\bar{x}\pm s$, kg/m ²)	学历(n)			
					小学	初中	高中	大专及以上学历
无不良情绪组	215	28.9±2.2	38.2±2.1	25.5±1.5	50	48	60	57
单纯焦虑组	52	29.2±2.3	37.9±1.8	25.3±1.6	12	12	14	14
单纯抑郁组	48	29.5±2.1	38.6±1.9	25.2±1.7	10	12	14	12
焦虑合并抑郁组	35	29.7±2.0	37.5±2.0	25.4±1.5	8	8	10	9
F/ χ^2		2.280	2.286	0.704			0.619	
P		0.078	0.076	0.550			0.758	

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位护理人员通过交谈及问卷调查的方式进行调查,调查前讲解本调查的目的及意义,以提高产妇的配合度,同时向产妇讲解各量表的填写方式,提高准确度。

1.2.2 SAS量表^[5] 共20个条目,每个条目采用4级评分法:<50分为无抑郁,50~<60分为轻度至中度抑郁,60~<70分为中至重度抑郁,≥70分为重度抑郁。

1.2.3 SDS量表^[6] 共包括20个问题,总分等于各条目得分之和,其中第2、5、6、11、12、14、16、17、18、20题为反序记分。SAS量表共包括20个项目,4级评分法,采用临界标准分为50分,50~<60分为轻度抑郁,60~<70分为中度抑郁,≥70分为重度抑郁,分值越高抑郁程度越高。

1.2.4 应对方式 应用简易应对方式问卷(SCSQ)对各组应对方式进行评价^[7],问卷由积极应对方式(12个条目)及消极应对方式(18个条目)2个维度共20个条目组成,每个维度采用4级评分法,0分为不采用,1分为偶尔采用,2分为有时采用,3分为经常采用。每维度得分为各条目得分之和。

1.2.5 内分泌激素检测 各组产妇于宫口开至10cm时,抽取静脉血5mL,4℃ 3 000 r/min离心处理15min,留取上清液,置于-80℃冰箱待测。采用酶联免疫吸附试验检测各组肾上腺素、去甲肾上腺素、催产素、催乳素水平。试剂盒均购于上海双赢生物科技有限公司,严格按试剂盒说明书进行操作。

1.3 观察指标 记录各组应对方式评分、剖宫产率、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、产妇产后

(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)怀孕期间出现流产、胎儿畸形、死胎者。(3)合并严重产科疾病者。根据焦虑症状自评量表(SAS)、抑郁症状自评量表(SDS)调查结果将产妇分为无不良情绪组(215例),单纯焦虑组(52例),单纯抑郁组(48例),焦虑合并抑郁组(35例)。各组产妇的年龄、孕周、体质指数(BMI)等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

感染)。

1.4 统计学处理 采用SPSS19.0统计软件对数据进行分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较使用F检验,组间两两比较采用SNK-q法;计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ^2 检验;采用Pearson单因素分析进行相关性分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组产妇应对方式评分结果比较 无不良情绪组产妇积极应对评分高于其他各组($P<0.05$),而消极应对方式评分低于其他各组($P<0.05$);焦虑合并抑郁组积极应对评分明显低于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.05$),而消极应对方式评分高于单纯焦虑组及单纯抑郁组($P<0.05$)。见表2。

表2 各组产妇应对方式评分结果比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	积极应对方式	消极应对方式
无不良情绪组	215	27.53±3.26	12.30±2.85
单纯焦虑组	52	18.25±3.15	20.12±3.02
单纯抑郁组	48	17.96±2.98	20.88±3.22
焦虑合并抑郁组	35	12.22±2.45	25.62±3.85
F		367.460	296.320
P		0.000	0.000

2.2 各组产妇内分泌激素水平结果比较 无不良情绪组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显低于其他各组($P<0.05$),而催产素、催乳素水平高于其他各组($P<0.05$)。焦虑合并抑郁组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显高于单纯焦虑组和单纯抑郁组($P<0.05$),而催产素、催乳素水平低于单纯焦虑组和单纯抑郁组($P<0.05$)。见表3。

2.3 各组产妇剖宫产率及不良妊娠结局结果比较

无不良情绪组剖宫产率,胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后抑郁、产后感染并发症发生率低于其他 3 组($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 初产妇焦虑、抑郁情绪与应对方式及内分泌激

素的相关性 经 Pearson 单因素分析显示,SAS、SDS 评分与积极应对方式、催产素、催乳素水平呈负相关($P < 0.05$),而与消极应对方式、肾上腺素、去甲肾上腺素水平呈正相关($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 各组产妇产内分泌激素水平结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肾上腺素(pg/mL)	去甲肾上腺素(ng/mL)	催产素(pg/mL)	催乳素(ng/mL)
无不良情绪组	215	20.12±3.26	11.56±2.26	65.22±5.69	185.96±15.63
单纯焦虑组	52	52.22±5.78	25.96±4.32	45.36±4.02	152.22±12.85
单纯抑郁组	48	51.69±9.88	26.02±4.22	43.98±4.22	151.78±13.02
焦虑合并抑郁组	35	112.02±12.53	35.22±3.89	25.89±3.88	115.22±10.58
t		232.21	87.194	79.470	30.442
P		0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 各组产妇剖宫产率及不良妊娠结局比较[n(%)]

组别	n	剖宫产	胎膜早破	产程延长	胎儿宫内窘迫	产后出血	产后抑郁	产后感染
无不良情绪组	215	42(19.53)	5(2.32)	7(3.25)	6(2.79)	8(3.72)	5(2.32)	3(1.39)
单纯焦虑组	52	35(67.31)	8(15.38)	11(21.15)	8(15.38)	5(9.61)	5(9.61)	8(15.38)
单纯抑郁组	48	30(62.50)	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	28(80.00)	8(22.86)	12(34.28)	15(42.86)	10(28.57)	22(62.86)	15(42.86)
χ^2		87.959	25.667	41.304	55.753	25.091	144.14	65.906
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 5 初产妇焦虑、抑郁、应对方式与内分泌激素的相关性

项目	积极应对方式		消极应对方式		肾上腺素	去甲肾上腺素	催产素	催乳素
	SAS 评分	r	-0.336	0.355	0.340	0.350	-0.348	-0.312
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
SDS 评分	r	-0.356	0.320	0.317	0.329	-0.319	-0.328	
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

3 讨论

分娩作为机体重大应激事件常引起产妇不同程度的情绪障碍,而抑郁、焦虑最为常见,初产妇由于缺乏分娩经验,对分娩缺乏认知,加之分娩的疼痛,导致其更容易出现焦虑、抑郁情绪^[8]。分娩时适度焦虑可激活交感神经系统,改善机体适应能力及应对能力,但过度焦虑造成神经系统过度兴奋,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,从而延长产程,增加分娩相关并发症的发生^[9]。本研究结果表明,无不良情绪组剖宫产率,胎膜早破、产程延长、胎儿宫内窘迫、产后出血、产后抑郁、产后感染等并发症发生率低于其他 3 组($P < 0.05$),提示焦虑、抑郁情绪可增加初产妇剖宫产及不良妊娠结局的发生。

本研究结果显示,焦虑、抑郁情绪主要是通过相关内分泌激素的分泌,从而影响妊娠结局。有研究指出,焦虑、抑郁情绪可作用于 HPOA,促使儿茶酚胺类激素大量释放,而儿茶酚胺类激素可通过 L-络氨酸作用于交感神经,引起神经兴奋性增加,刺激内分泌激素,导致激素分泌紊乱^[10]。肾上腺素、去甲肾上腺素属于儿茶酚胺类激素,焦虑及抑郁情绪可促进自主神

经大量分泌儿茶酚胺^[11]。催产素是一种垂体神经激素,经 HPOA 神经纤维输送至垂体后叶分泌,具有促进子宫收缩及缩短产程的作用。催乳素为腺垂体分泌激素,主要作用为产后促进乳汁分泌,而焦虑、抑郁情绪可影响 HPOA 兴奋性,进而影响催产素及催乳素分泌^[12]。本研究结果显示,无不良情绪组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显低于其他各组($P < 0.05$),而催产素、催乳素水平高于其他各组($P < 0.05$),提示焦虑、抑郁情绪可影响内分泌激素和分娩结局;焦虑合并抑郁组肾上腺素、去甲肾上腺素水平明显高于单纯焦虑组和单纯抑郁组($P < 0.05$),而催产素、催乳素水平低于单纯焦虑组和单纯抑郁组($P < 0.05$),原因可能为焦虑与抑郁情绪共同作用 HPOA 的影响较单一因素大,神经兴奋性较单一因素强烈,因此激素分泌水平较高,对妊娠结局的影响较大。

应对方式作为应激理论中重要的中介因素,可有效提高机体心理应激承受能力,改善应激状况下的不良情绪。有研究报道,积极的应对方式可提高产妇分娩时的自我效能,有助于提高自然分娩率^[13]。本研究结果表明,无不良情绪组产妇积极应对评分高于其他各组($P < 0.05$),而消极应对方式评分低于其他各组($P < 0.05$)。经 Pearson 单因素分析显示,SAS、SDS 评分与积极应对方式呈负相关关系($P < 0.05$),而与消极应对方式呈正相关关系($P < 0.05$),提示应对方式可影响产妇焦虑、抑郁情绪,从而影响内分泌激素,最终影响分娩结局。因此,医护人员产前可指导产妇多进行积极的应对活动,如听音乐、散步,进行放松训练、呼吸训练等,指导产妇积极寻找关于分娩及育婴的相关知识,树立产妇分娩信心,使产妇能积极面对分娩,减轻分娩时的焦虑、抑郁情绪,从而降低初产妇

剖宫产率及不良妊娠结局的发生率。

综上所述,初产妇焦虑、抑郁情绪可通过影响产妇产内分泌激素的分泌导致不良妊娠结局的发生,而积极的应对方式能有效减轻初产妇不良情绪,调节内分泌激素,改善妊娠结局。

参考文献

[1] 孙妮娜,王克芳,张雪梅,等.综合护理干预对初产妇焦虑情绪及分娩疼痛的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(6):4-5.
 [2] 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),2015,4(3):398-401.
 [3] 丁海燕,安晨凤,孙超.产前焦虑抑郁情绪对产科并发症和妊娠结局的影响[J].中国基层医药,2015,22(1):28-31.
 [4] 黄华,李静.聚焦解决模式对初产妇应对方式、情绪及分娩结局的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(23):3351-3353.
 [5] 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.
 [6] 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.

[7] 王端卫,张敬悬.简易应对方式问卷的因子分析[J].山东大学学报(医学版),2014,52(3):96-100.
 [8] 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.
 [9] 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.
 [10] FLORIS L, IRION O, COURVOISIER D, et al. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study [J]. Psychol Health Med, 2016, 17(2): 45-48.
 [11] TENDAIS I, FIGUEIREDO B. Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter [J]. Human Reproduction, 2016, 31(10): 2303-2312.
 [12] KIM S H, BENNETT P R, TERZIDOU V. Advances in the role of oxytocin receptors in human parturition [J]. Mol Cell Endocrinol, 2017, 4(17): 347-350.
 [13] 徐佳.效能感干预对初产妇分娩应对方式及产程进展的影响[J].中国病案,2016,17(5):89-92.

(收稿日期:2017-08-16 修回日期:2017-11-18)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.036

住院患者耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的感染与耐药分析

朱云凤

(江苏省张家港市中医医院检验科 215600)

摘要:目的 分析住院患者耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)的感染和耐药情况。方法 选取该院 2015 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日收治的 200 例金黄色葡萄球菌感染住院患者,对临床送检标本中分离的菌株进行 MRSA 菌株检测,分析其来源构成,采用随机引物聚合酶链反应法(AP-PCR)对分离的 MRSA 菌株进行同源性分析,同时检测 MRSA 菌株对不同抗菌药物的耐药性。**结果** 2 年共分离 MRSA 菌株 168 例,总分离率为 84.00%;2015 年临床送检标本中分离 MRSA 菌株 80 例,分离率为 83.33%,2016 年分离出 88 例,分离率为 84.62%,差异无统计学意义($P>0.05$)。所有标本分别来源于下呼吸道痰液 80 例(47.62%),外科伤口分泌物 47 例(27.98%),术后脓液 14 例(8.33%),尿液 10 例(5.95%),静脉置管 7 例(4.17%),血液 6 例(3.57%),抽取液 4 例(2.38%);各标本类型比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。MRSA 菌株的 AP-PCR 图谱有 7 种类型:A 型 67 例(39.88%),B 型 40 例(23.81%),C 型 20 例(11.90%),D 型 20 例(11.90%),E 型 7 例(4.17%),F 型 7 例(4.17%),G 型 7 例(4.17%),各类型比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。MRSA 对复方磺胺甲噁唑、利福平、莫西沙星的耐药性分别为 18 例(10.71%)、40 例(23.81%)、84 例(50.00%),对万古霉素、替考拉宁、替加环素、利奈唑胺的耐药性均为 0 例(0%),对庆大霉素、诺氟沙星、环丙沙星、四环素、克林霉素的耐药性分别为 137 例(81.55%)、144 例(86.71%)、147 例(87.50%)、149 例(88.69%)、139 例(82.74%),对青霉素和苯唑西林耐药性均为 168 例(100.00%);各耐药性之间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 住院患者 MRSA 感染率较高,对不同抗菌药物呈多重耐药性,院内流行的 MRSA 菌株以 A、B 型为主,需加强对 MRSA 的检测,采取消毒隔离等措施对 MRSA 的感染流行进行防控。

关键词:耐甲氧西林金黄色葡萄球菌; 耐药性; 药敏试验; 抗菌药物

中图分类号:R446.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0851-04

金黄色葡萄球菌(SAU)作为常见感染病原菌,普遍存在于日常生活环境中,常定植于机体皮肤^[1]。随着近年来各种抗菌药物的不断出现及临床医学的

应用,耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)逐渐成为医院感染和社区性感染的重要病原菌^[2]。MRSA 菌株致使各类感染性疾病发生,包括皮肤性感染、下呼