

- 中国医学前沿杂志(电子版),2017,9(9):105-108.
- [2] YANG X, LIANG J, LI T J, et al. Postoperative stimulated thyroglobulin level and recurrence risk stratification in differentiated thyroid cancer[J]. Chin Med J (Engl), 2015, 128(8):1058-1064.
 - [3] HOU M, ZHAO T, YANG X, et al. Response to ^{131}I therapy in non-metastatic differentiated thyroid cancer patients with preablative stimulated thyroglobulin above 10 n/mL[J]. Chin Med Sci J, 2016, 38(1):83-87.
 - [4] TRIMBOLI P, ZILIOLI V, IMPERIALI M, et al. Thyroglobulin autoantibodies before radioiodine ablation predict differentiated thyroid cancer outcome[J]. Clin Chem Lab Med, 2017, 55(12):1995-2001.
 - [5] 林岩松, 李娇. 2015 年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读: 分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗新进展[J]. 中国癌症杂志, 2016, 26(1):1-12.
 - [6] SUN Y G, OUYANG W, FENG H J, et al. Association between iodine intake and treatment outcomes of radioiodine remnant ablation in patients with papillary thyroid cancer[J]. Chin J Nucl Med Mol Imaging, 2015, 35(4):268-271.
 - [7] 陈金燕, 赵春雷, 方圣伟, 等. 甲状腺乳头状癌患者术后首次 ^{131}I 治疗疗效的影响因素[J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2017, 37(12):777-782.
 - [8] 丛慧, 梁军, 李方, 等. 分化型甲状腺癌治疗后 TgAb 变化趋势及其影响因素[J]. 中国医学科学院学报, 2015, 37(1):61-65.
 - [9] 徐凌云, 谭建, 张桂芝, 等. 甲状腺乳头状癌 ^{131}I 清甲治疗前后刺激性甲状腺球蛋白对清甲疗效的预测价值[J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2018, 38(3):156-159.
 - [10] 陈鹏, 宋长祥, 陆武, 等. 首次 ^{131}I 治疗前监测甲状腺球蛋白预测分化型甲状腺癌转移的临床价值[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2018, 34(2):102-105.
 - [11] 张雯, 胡薇. 甲状腺球蛋白抗体与甲状腺乳头状癌相关性分析[J]. 医学综述, 2015, 21(17):3133-3135.
 - [12] YAMADA O, MIYAUCHI A, ITO Y, et al. Changes in serum thyroglobulin antibody levels as a dynamic prognostic factor for early-phase recurrence of thyroglobulin antibody-positive papillary thyroid carcinoma after total thyroidectomy[J]. Endocr J, 2014, 61(10):961-965.
 - [13] JUNG K W, WON Y J, KONG H J, et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2012[J]. Cancer Res Treat, 2015, 47(2):127-141.
 - [14] FAN Q, SU X, KUANG A. The diagnostic value of serum TgAb in the Tg-negative and TgAb-positive DTC patients after successful ablation[J]. J Cancer Ther, 2016, 7(12):889-900.
 - [15] 黄雪梅, 马丽, 陈正福, 等. 血清 TgAb 评价 DTC 术后 ^{131}I 治疗疗效及预后的临床价值[J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(12):1659-1661.

(收稿日期:2019-06-14 修回日期:2019-09-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.05.033

高危妊娠产妇产后母婴分离时的心理状态及影响因素分析

加 燕, 冯延柳[△], 陈 敏

西安大兴医院产科, 陕西西安 710000

摘 要:目的 分析高危妊娠产妇产后母婴分离时的心理状态及影响因素。方法 以 2013 年 4 月至 2017 年 6 月于该院住院分娩的 312 例高危妊娠产妇为研究对象。其中 134 例产妇因新生儿转新生儿重症监护病房(NICU)监护治疗而进行母婴分离作为母婴分离组, 178 例新生儿未转 NICU 监护、未进行母婴分离作为母婴同室组。对母婴分离高危妊娠产妇及其新生儿基本情况和高危妊娠产妇抑郁、焦虑情况进行调查分析。结果 母婴分离组产后焦虑、抑郁的产妇占比均高于母婴同室组($P < 0.05$); 母婴分离组产后焦虑、抑郁的产妇占比均高于产前($P < 0.05$); 母婴同室组产后焦虑的产妇占比低于产前($P < 0.05$); 母婴分离组高危妊娠产妇产后焦虑、抑郁心理的产生与家庭经济收入状况、户籍状况、配偶文化程度、产次、流产史、孕前计划妊娠情况、产前是否定期检查、有无妊娠合并症或并发症, 以及新生儿的出生孕周、出生体质量和出生即刻 Apgar 评分均有一定相关性($P < 0.05$)。结论 经历母婴分离的高危妊娠产妇更易出现焦虑、抑郁等不良心理, 护理人员应鼓励家属密切关注这类人群的身心健康, 可以结合生理、心理和社会诸多影响因素, 制订有针对性的护理方案给予有效的护理干预, 以帮助母婴尽早恢复健康。

关键词: 高危妊娠; 母婴分离; 心理状态**中图分类号:** R714.7**文献标志码:** A**文章编号:** 1672-9455(2020)05-0676-04

高危妊娠是指女性妊娠期由于某些不良因素的影响或在妊娠期并发对健康不利的某些合并症, 而导

[△] 通信作者, E-mail: 360935292@qq.com.

致难产或母婴健康受损的情况^[1],具有高危妊娠因素的产妇称为高危妊娠产妇^[2]。较多高危妊娠产妇产后需要母婴分离而将新生儿送至新生儿重症监护病房(NICU)接受监护治疗^[3]。母婴分离使产妇处于一种应激状态,而对患儿状况的担忧和产妇自身的机体状态又会加重不良心理应激^[4]。此外,一些潜在的因素也可能会对处于母婴分离状态的高危妊娠产妇心理产生一定的影响^[5]。因此,本研究调查分析了高危妊娠产妇在产后母婴分离后的心理状态及其影响因素,以为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2013 年 4 月至 2017 年 6 月于本院住院分娩的 312 例高危妊娠产妇为研究对象。其中 134 例产妇因新生儿转 NICU 监护治疗而进行母婴分离作为母婴分离组,178 例新生儿未转 NICU 监护、未进行母婴分离作为母婴同室组。纳入标准:(1)产妇语言沟通顺畅无障碍,分娩方式均为剖宫产;(2)均为单胎;(3)新生儿未患先天性疾病,孕周>28 周,出生体质量>1 000 g,出生即刻 Apgar 评分≥4 分。排除标准:(1)精神障碍或者有神经系统疾病史;(2)严重躯体疾病;(3)产后出现严重并发症、身心疾病等。高危妊娠产妇的判断标准采用《高危妊娠评分标准》以及《高危孕产妇诊疗常规》对高危因素的危险性进行评分,包括基本情况、异常产史、严重内科合并症等,当产妇的各项指标达到 5 分时,记为高危情况。评分标准具体如下:(1)产妇的体质量<40 kg 或>80 kg 记为 5 分;(2)异常产史和自然流产达到 2 次或以上记为 5 分;(3)合并内科疾病或血红蛋白<100 g/L 记为 5 分。

1.2 方法

1.2.1 调查量表 设计资料调查量表。调查量表包括母婴分离组高危妊娠产妇的基本情况调查量表、母婴分离组新生儿基本情况调查量表及高危妊娠产妇抑郁、焦虑评分量表。(1)母婴分离组高危妊娠产妇的一般资料调查量表:包括年龄、文化程度、职业、家庭经济收入状况、户籍状况、居住地情况、配偶文化程度、产次、流产史、孕前计划妊娠情况、产前是否定期检查、有无妊娠合并症或并发症。(2)母婴分离组新生儿基本情况调查量表:包括性别、出生孕周、出生体质量和出生即刻 Apgar 评分。(3)高危妊娠产妇抑郁、焦虑状况评分量表:分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行测评,每个量表各 20 项,每项 1~4 级评分,分为正向、反向评分,以各项得分之和为总粗分,总粗分乘以 1.25,取整数得到标准分,分数越高,表示焦虑、抑郁程度越重,一般<50 分表示无焦虑、抑郁心理,≥50 分表示存在焦虑、抑郁心理。

1.2.2 调查方式 调查员经统一培训,于入组对象产后 24 h 进行调查(其中 SAS 和 SDS 需要高危妊娠产妇在产前和产后均要填写,故为一式 2 份,但在回收统计时,将同一调查对象完整的 2 份视为 1 份统计),使用统一的指导语,由产妇自行答卷并当场回收。回收后统一核查调查表,如有错、漏项目立即指导产妇补填或重新填写。调查共发放 336 份问卷,收回有效问卷 312 份,有效回收率 92.86%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件分析数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验。计数资料以例数或百分率表示,组间比较:理论频数≤1,采用 Fisher 的精确检验;1<理论频数<5,采用连续校正检验;理论频数≥5,采用 Pearson χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 母婴分离对高危妊娠产妇抑郁、焦虑状况的影响 产前两组焦虑、抑郁的产妇占比差异无统计学意义($P>0.05$);产后母婴分离组焦虑、抑郁的产妇占比均高于母婴同室组($P<0.05$);母婴分离组产后焦虑、抑郁的产妇占比均高于产前($P<0.05$);母婴同室组产后焦虑产妇占比低于产前($P<0.05$),其抑郁产妇占比略低于产前,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 母婴分离对高危妊娠产妇抑郁、焦虑状况的影响[n(%)]

组别	n	焦虑		抑郁	
		产前	产后	产前	产后
母婴分离组	134	70(52.24)	98(73.14)*	29(21.64)	45(33.58)*
母婴同室组	178	95(53.37)	59(33.15)*	40(22.47)	32(17.98)
χ^2		0.039	48.900	0.031	10.014
P		0.843	<0.001	0.861	0.002

注:与同组产前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 母婴分离组高危妊娠产妇的基本情况 母婴分离组高危妊娠产妇产后焦虑、抑郁心理的产生与家庭经济收入状况、户籍状况、配偶文化程度、产次、流产史、孕前计划妊娠情况、产前是否定期检查及有无妊娠合并症或并发症均有一定相关性($P<0.05$),而与年龄、文化程度、职业和居住地情况无相关性($P>0.05$)。见表 2。

2.3 母婴分离组高危妊娠产妇的新生儿基本情况 母婴分离组高危妊娠产妇产后焦虑、抑郁心理的产生与新生儿的出生孕周、出生体质量和出生即刻 Apgar 评分有一定相关性($P<0.05$),而与新生儿的性别无显著相关性($P>0.05$),见表 3。

表 2 母婴分离组高危妊娠产妇的基本情况[<i>n</i> (%)]			
因素	<i>n</i>	产后焦虑 (<i>n</i> =98)	产后抑郁 (<i>n</i> =45)
年龄(岁)			
<35	110	80(72. 73)	36(32. 73)
≥35	24	18(75. 00)	9(37. 50)
χ^2		0. 052	0. 021
<i>P</i>		0. 820	0. 654
文化程度			
高中及以下	32	26(81. 25)	12(37. 50)
大专及以上	102	72(70. 59)	33(32. 35)
χ^2		1. 409	0. 235
<i>P</i>		0. 289	0. 591
职业			
公务员、事业单位职员	17	12(70. 59)	5(29. 41)
企业职工	58	41(70. 69)	19(32. 76)
家庭主妇	39	30(76. 92)	14(35. 90)
其他	20	15(75. 00)	7(35. 00)
χ^2		0. 558	0. 904
<i>P</i>		0. 262	0. 967
家庭经济收入状况(元)			
<3 000	31	27(87. 10)	24(77. 42)
≥3 000	103	71(68. 93)	21(20. 39)
χ^2		4. 002	0. 045
<i>P</i>		0. 039	0. 001
户籍状况			
常住人口	89	59(66. 29)	23(25. 84)
流动人口	45	39(86. 67)	22(48. 89)
χ^2		6. 315	7. 117
<i>P</i>		0. 012	0. 008
居住地情况			
城市	92	65(70. 65)	30(32. 61)
郊区及乡镇	42	33(78. 57)	15(35. 71)
χ^2		0. 920	0. 125
<i>P</i>		0. 337	0. 724
配偶文化程度			
高中及以下	44	37(84. 09)	17(38. 64)
大专及以上	90	61(67. 78)	28(31. 11)
χ^2		4. 003	4. 140
<i>P</i>		0. 045	0. 042
产次			
初产	101	79(78. 22)	39(38. 61)
经产	33	19(57. 58)	6(18. 18)
χ^2		5. 394	4. 655
<i>P</i>		0. 020	0. 031

续表 2 母婴分离组高危妊娠产妇的基本情况[<i>n</i> (%)]			
因素	<i>n</i>	产后焦虑 (<i>n</i> =98)	产后抑郁 (<i>n</i> =45)
流产史			
有	31	28(90. 32)	15(48. 39)
无	103	70(67. 96)	30(29. 13)
χ^2		5. 478	3. 963
<i>P</i>		0. 019	0. 047
孕前计划妊娠情况			
有	75	60(80. 00)	31(41. 33)
无	59	38(64. 41)	14(23. 73)
χ^2		4. 087	4. 588
<i>P</i>		0. 043	0. 032
产前是否定期检查			
是	98	67(68. 37)	24(24. 49)
否	36	31(86. 11)	21(58. 33)
χ^2		4. 219	4. 106
<i>P</i>		0. 040	0. 043
有无妊娠合并症或并发症			
有	18	17(94. 44)	10(55. 56)
无	116	81(69. 83)	35(30. 17)
χ^2		4. 806	4. 501
<i>P</i>		0. 028	0. 034

表 3 母婴分离组高危妊娠产妇的新生儿基本情况[<i>n</i> (%)]			
新生儿	<i>n</i>	产后焦虑 (<i>n</i> =98)	产后抑郁 (<i>n</i> =45)
性别			
男	76	60(78. 95)	25(32. 89)
女	58	38(65. 52)	20(34. 48)
χ^2		0. 112	0. 472
<i>P</i>		0. 737	0. 492
出生孕周(周)			
<37	74	60(81. 08)	31(41. 89)
≥37	60	38(63. 33)	14(23. 33)
χ^2		5. 312	5. 117
<i>P</i>		0. 021	0. 024
出生体质量(g)			
<1 500	8	8(100. 00)	6(75. 00)
1 500~2 500	19	18(94. 74)	14(73. 68)
>2 500~4 000	72	48(66. 67)	16(22. 22)
>4 000	35	24(68. 57)	9(25. 71)
χ^2		12. 887	23. 965
<i>P</i>		0. 005	<0. 001

续表 3 母婴分离组高危妊娠产妇的新生儿基本情况[n(%)]			
新生儿	n	产后焦虑 (n=98)	产后抑郁 (n=45)
出生即刻 Apgar 评分(分)			
4~7	31	27(87.10)	14(45.16)
8~10	103	71(68.93)	31(30.10)
χ^2		4.002	3.963
P		0.045	0.047

3 讨 论

3.1 高危妊娠产妇产后母婴分离导致产妇出现焦虑、抑郁情绪 母婴分离是产妇经历的特殊情况,对产妇的心理情绪影响极大,产妇常常会产生焦虑、抑郁等不良心理情绪,严重者甚至会有自杀或对婴儿造成伤害的行为,极大地危害着母婴身心健康^[6-7]。由于产妇自身机体和担忧新生儿的状况等各种原因使得高危妊娠产妇心理难以调适,更易出现明显的焦虑、抑郁情绪^[8]。本研究中,母婴分离组产后焦虑、抑郁的产妇占比均高于母婴同室组,母婴分离组产后焦虑、抑郁的产妇占比均高于产前,可能是产妇对新生儿健康状况的担忧、产后伤口的疼痛、产前产后激素水平变化以及睡眠障碍所致。母婴同室组产后焦虑、抑郁的产妇占比均低于产前,这可能是因为消除了产前的紧张、恐惧、对生产结果不确定性的担忧,以及体会到做母亲的喜悦和幸福^[9]。

3.2 高危妊娠产妇产后母婴分离时焦虑、抑郁情绪的影响因素 高危因素易导致高危儿和难产儿的出现,此类新生儿多需要进入 NICU 进行监护治疗,由此增加了母婴分离的概率^[10]。因此,有必要对母婴分离的高危妊娠产妇的心理状态及影响因素进行分析,为有效的临床护理提供参考。本研究对母婴分离组高危妊娠产妇基本情况进行调查,结果显示,母婴分离组高危妊娠产妇焦虑、抑郁心理的产生与家庭经济收入状况、户籍状况、配偶文化程度、产次、流产史、孕前计划妊娠情况、产前是否定期检查及有无妊娠合并症或并发症均有一定相关性,可能是产妇担心孩子出生后的家庭经济开支、没有归属感、担心自己和孩子无人照顾、配偶文化程度有限给予自己的安慰和生活照料不够、初产妇经历生产后的心理创伤及初为人母而又与孩子分开的失落感、对孩子过度的关注、对自己身体状况的担心及对孩子的愧疚等诸多原因所致^[11-12]。

3.3 高危妊娠产妇产后母婴分离时焦虑、抑郁情绪的原因 本研究对母婴分离组新生儿基本情况进行调查,结果显示,母婴分离组高危妊娠产妇焦虑、抑郁

心理的产生与新生儿的出生孕周、出生体质量和出生即刻 Apgar 评分有一定相关性,可能是因为胎龄小、体质量轻和有窒息症状的婴儿并发症相应较多,危险性及医疗费较高,产妇对孩子预后的担心使其产生了焦虑、抑郁心理^[13]。所以,通过本次研究可将母婴分离组高危妊娠产妇产生焦虑、抑郁的主要原因概括为以下 3 个方面。(1)生理原因:伤口的疼痛,产前产后激素水平变化,睡眠障碍及妊娠合并症或并发症;(2)心理原因:过度担心新生儿的健康状况,怀疑可能会因没有正确备孕或者未进行定时产检等原因影响孩子的健康而产生自责,不能完整享受做母亲的喜悦和幸福,家属的关心不够等;(3)社会因素:角色转换所带来的生活和经济压力等。

综上所述,母婴分离的高危妊娠产妇更易出现焦虑、抑郁等不良心理,护理人员应鼓励家属密切关注此类人群的身心健康,可以结合生理、心理和社会诸多影响因素,制订有针对性的护理方案给予有效的护理干预,以帮助母婴尽早恢复健康。

参考文献

[1] 侯金凤,胡周俊.高危妊娠孕产妇 752 例住院分娩情况分析[J].山西医药杂志,2016,45(22):2714-2716.

[2] 任晓丽.庆城县 2016 年农村孕妇高危妊娠筛查情况分析[J].中国乡村医药,2017,24(19):65.

[3] 吴雅清.护理干预对母婴分离高危妊娠产妇心理的影响[J].山东医药,2013,53(12):96-97.

[4] 王燕.母婴分离的高危妊娠产妇心理问题分析及护理干预对策[J].中外医疗,2016,35(24):157-159.

[5] 张晶,刘纯艳.母婴分离高危妊娠产妇心理状况及影响因素研究[J].中国实用护理杂志,2009,25(8):17-20.

[6] 赵立娟.护理干预对母婴分离产妇身心状态的临床观察[J].河北医药,2016,38(18):2876-2877.

[7] 刘巧敏.网络平台对母婴分离产妇焦虑抑郁情绪改善的效果研究[D].石家庄:河北医科大学,2017.

[8] 李旭娟.产后抑郁情绪的原因分析及护理对策[J].中国初级卫生保健,2015,29(4):122-124.

[9] 季庆华.母婴分离的高危妊娠产妇心理问题分析及护理干预对策[J].中国实用护理杂志,2012,28(17):57-58.

[10] 王亚娟.预见性心理干预在高危妊娠产妇的应用[J].中国基层医药,2013,20(3):478-479.

[11] 岳风玲.产妇产后抑郁症的原因分析及护理对策[J].中国医药指南,2013,13(20):341-342.

[12] 廖大琪.衡阳市产妇产后抑郁症发生的现状及其影响因素研究[D].衡阳:南华大学,2014.

[13] 武科,王红丽.产后发生抑郁状况调查及影响因素分析[J].实用预防医学,2014,21(11):1362-1363.