

- 50(2):149-149.
- [3] 胡剑,王相玉,何媛,等. 超声及 MRI 诊断胎儿中枢神经系统畸形灵敏度、特异度比较[J]. 现代仪器与医疗, 2016,22(4):4-5.
- [4] 王海玉. 二维超声联合四维超声对不同孕周胎儿畸形诊断的价值分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2015,23(1):38-40.
- [5] SCHEPKER N, GARCIA-ROCHA G J, VERSEN-HÖYNCK F V, et al. Clinical diagnosis and therapy of uterine scar defects after caesarean section in non-pregnant women [J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(6):1417-23.
- [6] 胡文婕,李晓菲,吴青青. 孕早期超声诊断胎儿神经管畸形的应用进展[J]. 中国生育健康杂志, 2017,28(1):85-87.
- [7] ENGELS A C, JOYEUX L, BRANTNER C, et al. Sonographic detection of central nervous system defects in the first trimester of pregnancy[J]. Prenat Diag, 2016, 36(3):266-273.
- [8] 吴美云. 孕早期标准化超声切面筛查胎儿结构畸形的临
• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.06.040
- [9] EVANS J A. Brief report pregnancy outcome in women assigned an ICD-9/ICD-9-CM 655.0 code “central nervous system malformation in fetus affecting management of pregnancy”: can these codes aid in surveillance for central nervous system defects? [J]. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 2015, 100(11):848-851.
- [10] 杨碧云,李虎宜. 产前常规超声检查对胎儿中枢神经系统畸形的临床应用探讨[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014,17(2):63-64.
- [11] 华方明,任苓,曾庆新,等. 早孕期胎儿中枢神经系统畸形的超声影像诊断[J]. 中华超声影像学杂志, 2017,26(5):410-413.
- [12] 王铭. 超声检查对中孕早期胎儿中枢神经系统畸形的诊断价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016,19(11):60-62.
- (收稿日期:2019-05-10 修回日期:2019-09-02)

多模式分层心理干预对无痛分娩初产妇心理状态的影响

解文迪¹, 刘 静^{2△}, 冯巧芳¹

1. 陕西省延安市宝塔区人民医院妇产科, 陕西延安 716000; 2. 西北妇女儿童
医院产房, 陕西西安 710061

摘要:目的 探讨多模式分层心理干预对无痛分娩初产妇心理状态的影响。方法 选取延安市宝塔区人民医院进行无痛分娩的 80 例初产妇为研究对象, 采用随机分组方式分为观察组与对照组, 每组 40 例。观察组采用多模式分层心理干预进行心理护理, 对照组则采用常规住院护理。在入院时及产后 24 h 分别比较两组初产妇分娩恐惧量表评分、分娩自我效能量表评分、分娩压力, 以及各产程所用时间。结果 产后 24 h, 观察组分娩恐惧量表中胎儿健康评分为(9.7±1.5)分, 产痛伤害评分为(7.6±1.3)分, 自我控制评分为(4.6±1.3)分, 医疗护理评分为(7.2±1.1)分, 均显著低于对照组的(11.4±1.3)、(8.4±1.7)、(5.3±1.4)、(8.5±1.2)分(P<0.05)。产后 24 h, 观察组分娩自我效能量表评分中结果期望值为(137.6±15.2)分, 分娩自我效能期望值为(131.2±14.6)分, 均显著高于对照组的(125.2±16.4)、(93.7±17.6)分, 且对照组自我效能期望值显著低于入院时(P<0.05)。两组分娩压力较干预前显著减轻, 但组间差异无统计学意义(P>0.05)。观察组第一、二产程时间均显著短于对照组(P<0.05), 但两组第三产程时间差异无统计学意义(P>0.05)。结论 多模式分层心理干预能有效缓解无痛分娩初产妇分娩前紧张、恐惧情绪, 帮助初产妇正确、积极面对分娩, 且有助于缩短产程。

关键词:心理干预; 初产妇; 无痛分娩; 恐惧; 紧张

中图法分类号:R473.71

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)06-0845-04

我国在 20 世纪 90 年代开始应用无痛分娩技术, 旨在推行安全有效的椎管内分娩镇痛, 并在降低我国剖宫产率的同时改善产妇的住院分娩体验, 缓解产妇在自然分娩过程中的剧烈疼痛^[1], 但我国无痛分娩计划发展缓慢。对于初产妇, 不仅要面临初次分娩的恐惧及疼痛, 同时还可能存在着难产的风险^[2], 导致初产妇在分娩前普遍存在紧张、恐惧同时又对本次分娩寄予希望的复杂心理状态。因此, 在分娩前进行心理干预十分重要。由于本地区的无痛分娩技术开展较

晚, 且接受该技术的初产妇并不多, 因此对选择无痛分娩的初产妇更需要加强心理干预, 正确引导初产妇认识无痛分娩技术及了解分娩过程, 避免负性情绪影响母婴结局。现以 80 例行无痛分娩的初产妇为研究对象, 分析多模式分层心理干预对无痛分娩初产妇心理状态的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2019 年 3 月于延安市宝塔区人民医院进行无痛分娩的 80 例初产妇

△ 通信作者, E-mail:76148711@qq.com.

为研究对象。研究对象纳入标准:(1)均为初产妇,孕周在37~42周,且为单胎妊娠;(2)具有阴道分娩条件且愿意阴道分娩;(3)无沟通障碍,能独立完成各项问卷;(4)所有参与研究的初产妇均了解本研究并签署相关知情同意书。排除标准:(1)既往有精神类疾病史;(2)存在智力障碍、沟通交流困难;(3)产检显示低体质量儿或巨大儿等非健康胎儿。采用随机分组方式将研究对象分为观察组与对照组,各40例。观察组年龄24~32岁,平均(26.2±3.4)岁;孕周37~42周,平均(40.5±2.4)周。对照组23~31岁,平均(26.5±3.1)岁;孕周37~42周,平均(40.2±2.3)周。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规住院护理,包括产程观察、胎心监测、营养补充等,护士耐心回答初产妇各项提问,给予人性化护理。观察组采用多模式分层心理干预。具体措施如下。

1.2.1 多角度发现产妇问题 (1)从护士角度发现问题。护士采用半结构式访谈问卷进行调查,即在初产妇入院待分娩期间,护士观察初产妇是否严格执行饮食要求,以及进行各项问卷调查,发现初产妇存在的问题;同时询问初产妇家属有关初产妇妊娠期间的生活状态及精神状态,尤其是询问初产妇配偶,了解初产妇及其配偶从妊娠初期到入院期间的心态变化,从交谈中了解初产妇存在的问题。(2)从亲属角度发现问题。护士采取观察法,从家属和护士之间、家属与初产妇之间及家属与医生之间的沟通中发现问题,并将问题分为分娩问题、胎儿问题、初产妇身体素质问题三大类。(3)从初产妇角度发现问题。除护士与初产妇之间的沟通外,主要通过问卷中的低分或高分项目发现初产妇的问题。多角度收集问题,再进行汇总。

1.2.2 重点询问选择无痛分娩的原因 护士采用半结构式访谈问卷,提出问题后让初产妇回答,如询问初产妇为何选择无痛分娩,选择无痛分娩时医生是否详细告知相关事宜,并询问家属是否支持初产妇选择无痛分娩。访谈期间护士尽量避免诱导性提问,例如是否因为惧怕疼痛,疼痛阈值低或者认为疼痛严重影响自己的心态才选择无痛分娩之类问题。

1.2.3 整合并制订心理干预措施 将第1步和第2步收集到的信息进行整合,评估不同初产妇的心理干预需求。例如:本研究中有1名研究对象为医护人员,对无痛分娩知识有一定了解,其在征得家属同意后选择无痛分娩。针对此例初产妇,护士从初产妇对即将分娩胎儿的期望值、对自己分娩过程的期望值进行心理干预,避免该初产妇因进行无痛分娩而提高自己的分娩要求(快速、顺利、无痛、健康),避免形成

心理落差,不利于产后恢复。另外,对过度依赖无痛分娩的初产妇,护士需适当增加其紧迫感,强调无痛分娩并不完全为字面意义上的“无痛”,同时还需告知可能的并发症及临床症状,以免术中出现低血压或嗜睡等不良反应,造成家属的恐慌。

1.2.4 活动干预 上述措施多为语言上的心理干预,本研究还结合活动干预:护士除指导初产妇进行肢体放松训练,如本院自编的孕妇保健操(腿部运动、摆动骨盆运动、推动骨盆运动),还可借助辅助工具,转移初产妇注意力。

1.3 观察指标 在初产妇入院及产后24h采用分娩恐惧量表(中文版)^[3]进行评估,分别从胎儿健康、产痛伤害、自我控制及医疗护理4个维度进行评测。该量表包括16个条目,采用1~4级评分,总分16~64分,分数越高表示分娩恐惧程度越高。同时采用分娩自我效能量表(简化中文版)^[4]进行评估,该量表共32个条目,包括结果期望值和分娩自我效能期望值两个量表组成,每个量表由16个条目组成,总分320分,分数越高表示产妇对自然分娩越有信心,分娩自我效能越高。采用妊娠压力量表(PPS)^[5]评估本次分娩的心理状态,该量表包括3个维度27个压力相关条目,该量表中0分表示无压力,>0~1分表示轻度压力,>1~2分表示中度压力,>2~3分表示重度压力。比较两组第一、二、三产程时间。

1.4 统计学处理 采用SPSS22.0统计软件进行统计处理和分析。分娩恐惧量表评分、分娩自我效能量表评分及产程时间等资料为计量资料,以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;初产妇分娩压力情况为等级资料,以例数表示,组间比较采用Ridit检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇分娩恐惧量表评分比较 入院时两组的胎儿健康、产痛伤害、自我控制、医疗护理评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),产后24h,观察组各项评分显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组初产妇分娩恐惧量表评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	胎儿健康	产痛伤害	自我控制	医疗护理
观察组	40	入院时	12.3±1.4	9.2±1.1	6.5±1.7	9.1±1.3
		产后24h	9.7±1.5 ^{ab}	7.6±1.3 ^{ab}	4.6±1.3 ^{ab}	7.2±1.1 ^{ab}
对照组	40	入院时	12.2±1.6	9.3±1.5	6.6±1.5	9.3±1.4
		产后24h	11.4±1.3 ^a	8.4±1.7 ^a	5.3±1.4 ^a	8.5±1.2 ^a

注:与同组入院时比较,^a $P<0.05$;与对照组产后24h比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组初产妇分娩自我效能量表评分比较 入院时两组的的结果期望值、分娩自我效能期望值评分差异

无统计学意义($P>0.05$)。产后 24 h, 观察组两项评分均显著升高, 且高于对照组($P<0.05$); 对照组产后 24 h 的结果期望值与入院时比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 分娩自我效能期望值较入院时显著下降($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组初产妇分娩自我效能量表评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	时间	结果期望值	分娩自我效能期望值
观察组	40	入院时	118.4±14.3	97.4±12.7
		产后 24 h	137.6±15.2 ^{ab}	131.2±14.6 ^{ab}
对照组	40	入院时	120.5±15.6	101.2±12.8
		产后 24 h	125.2±16.4	93.7±17.6 ^a

注: 与同组入院时比较, ^a $P<0.05$; 与对照组产后 24 h 比较, ^b $P<0.05$ 。

2.3 两组初产妇分娩压力情况比较 入院时两组的分娩压力比较, 差异均无统计学意义($Z=0.919, P>0.05$), 干预后两组分娩压力较干预前下降($Z=6.895, 5.740, P<0.05$), 但两组分娩压力比较, 差异无统计学意义($Z=0.082, P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组初产妇分娩压力情况比较(n)

组别	n	时间	无压力	轻度	中度	重度
观察组	40	入院时	0	13	25	2
		产后 24 h	23	17	0	0
对照组	40	入院时	0	17	22	1
		产后 24 h	18	20	2	0

2.4 两组产程时间比较 观察组第一、二产程时间显著短于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 但两组第三产程时间比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组产程时间比较($\bar{x}\pm s$, min)

组别	40	第一产程	第二产程	第三产程
观察组	40	452.4±68.7	72.4±14.8	4.8±1.1
对照组	40	510.3±74.2	94.5±17.6	4.7±1.2
t		3.621	6.078	0.389
P		0.001	<0.001	0.699

3 讨 论

分娩是女性特殊的生理过程, 丈夫及家庭成员的关心, 在很大程度上给予了产妇极大的精神支持。但分娩时, 产妇仍需独自承受因妊娠带来的身体脏器移位、妊娠期并发症等^[6-7], 同时还需忍受分娩时身体疼痛, 易产生紧张、焦虑、恐惧等情绪。为缓解初产妇分娩疼痛, 积极主动参与整个分娩过程, 本研究采用无痛分娩技术——椎管内分娩镇痛。麻醉师在产妇腰椎间隙穿刺后, 在蛛网膜下腔注入局部麻醉药物或阿片类药物, 并连接上电子镇痛泵, 其镇痛效果可持续

至分娩结束。尽管有众多研究证实无痛分娩对产妇和胎儿并无伤害^[8-9], 但该项技术在国内运用较少。笔者通过调查发现, 未进行无痛分娩的初产妇分为两种: 一种是不了解无痛分娩; 另一种是拒绝无痛分娩, 坚持认为最自然的分娩方式才符合正常的生理过程。而选择无痛分娩的初产妇对无痛分娩技术有一定的认知, 其中少数是自己主动选择无痛分娩, 多数仍是由身边已有无痛分娩经历的亲朋好友推荐。无论哪种分娩方式, 产妇仍容易出现紧张、恐惧、无信心、压力大等心理状态^[10]。特别是选择无痛分娩这一特殊分娩方式的初产妇, 一方面担心自己对麻醉不耐受, 分娩中会出现不良反应; 另一方面又盲目自信, 认为有了镇痛药, 无痛分娩不会出现丝毫疼痛, 对本次分娩的信心极高。不同初产妇的心理需求并不一致, 因此笔者采用多模式分层心理干预, 通过从多角度收集不同问题, 再进行分类、汇总, 最后根据个体需求, 有重点地进行护理。

本研究发现, 观察组产后 24 h 的分娩恐惧量表评分、分娩自我效能量表评分明显优于对照组, 焦虑、恐惧情绪以及分娩的自我效能显著改善。但两组分娩压力比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。笔者分析, 妊娠压力量表中的评估项目主要来自产妇对本次妊娠结果的期望, 与分娩过程并无较大关系。另外, 对照组的分娩自我效能期望值较入院时显著下降, 笔者认为可能是初产妇低估了分娩疼痛所致。由第一、二产程时间可看出, 在无痛分娩过程中应用多模式分层心理干预还能缩短产程, 有助于产妇分娩。

综上所述, 给予无痛分娩初产妇心理干预, 不仅能有效缩短产程, 还能积极改善初产妇的焦虑、恐惧情绪, 并缓解妊娠压力, 有助于分娩。

参考文献

- [1] 乔翠峰, 吕改华, 李艳, 等. 无痛分娩对产程及分娩结局的影响[J]. 中国药物与临床, 2010, 10(11): 1267-1269.
- [2] 王丽军, 马珺. 论我国无痛分娩普及的现实诉求和阻碍因素: 基于对榆林产妇坠亡事件的思考[J]. 医学与哲学, 2018, 39, 8(4): 88-91.
- [3] 危娟, 刘洁英, 张莉芳, 等. 分娩恐惧量表的汉化及信效度检测[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2): 81-83.
- [4] 刘伟平, 王香枝, 杨晓, 等. 妊娠晚期孕妇分娩自我效能与社会支持、心理健康的研究分析[J]. 河南医学研究, 2017, 26(1): 8-11.
- [5] 尹航, 陈志红, 张利卷, 等. 自我效能感在妊娠压力和产前抑郁关系中的中介效应[J]. 解放军护理杂志, 2017, 33(1): 21-24.
- [6] 王咏雪, 王丽娟, 卢晓宁. 责任制助产护理对初产妇分娩及护理满意度的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20): 208-209.
- [7] 张淑玲. 无痛分娩前心理护理对初产妇产程及母婴结局

的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(5): 73-75.

继续医学教育, 2016, 8(20): 96-97.

[8] 宗银东, 聂颖, 姜义铁, 等. 罗哌卡因硬膜外患者自控镇痛的无痛分娩效果及应激反应的临床研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(17): 2407-2409.

[10] 董理. 无痛分娩初产妇产后抑郁的心理护理及效果分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(7): 283-284.

[9] 王凤双. 无痛分娩和常规分娩的质量比较分析[J]. 中国

(收稿日期: 2019-05-05 修回日期: 2019-10-12)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 06. 041

优质护理在高血压脑出血患者微创治疗围术期的应用效果分析

李 琳¹, 徐 萍^{2△}

陕西省渭南市中心医院: 1. 耳鼻喉头颈外科; 2. 重症医学科, 陕西渭南 714000

摘要:目的 分析优质护理在高血压脑出血患者微创治疗围术期的应用效果。方法 选取该院于 2018 年 3 月至 2019 年 3 月收治的高血压脑出血行微创手术治疗患者 70 例, 按照交叉双盲法分为两组, 对照组 35 例患者围术期采取常规护理干预, 观察组 35 例患者围术期采取优质护理干预。采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对比两组干预前后焦虑、抑郁情况。对比两组干预后肺部感染、尿路感染、消化道出血、压疮的发生率。采用神经功能缺损评分表(DNF)、巴氏指数(Barthel)评定两组患者干预前后神经功能及日常生活能力。结果 两组干预前 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 干预后观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后观察组肺部感染、尿路感染、消化道出血、压疮的发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预前两组 DNF、Barthel 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 干预后观察组 DNF 评分低于对照组, Barthel 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对高血压脑出血行微创治疗的患者进行优质护理干预, 可疏导患者不良情绪, 降低术后并发症发生率, 同时增强患者神经功能及日常生活能力, 显著改善患者预后, 值得临床推广。

关键词: 高血压; 脑出血; 微创; 并发症

中图分类号: R473

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)06-0848-03

高血压脑出血是一种常见于神经科的危重疾病, 也是高血压最严重的并发症之一, 该病具有发病快、病情进展迅速等特点, 如未能及时治疗可造成血肿量增加等病理变化, 对脑组织造成极大损伤。有研究指出, 高血压脑出血致死率在 40% 左右, 严重威胁患者生命安全^[1]。该病多发于高血压患者激动或剧烈运动时, 发病迅速, 患者会出现强烈的头疼、恶心、昏迷等症状, 并伴随出血部位对侧偏瘫及瞳孔变化等^[2]。当前临床对脑出血最有效的方案为外科手术治疗, 但传统手术创伤较大, 加之该病患者多为老年人, 机体恢复能力下降, 收效甚微。脑出血微创手术近年来广泛应用于临床, 具有创伤小、恢复快、并发症风险小等优势。微创手术围术期的护理工作也非常重要, 可保障手术治疗效果。本研究针对高血压脑出血患者微创手术围术期进行优质护理干预, 有效降低术后并发症风险, 疏导患者术后不良情绪, 同时改善其神经功能及日常生活能力, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院于 2018 年 3 月至 2019 年 3 月收治的高血压脑出血行微创手术治疗患者 70 例, 按照交叉双盲法分为两组。对照组 35 例, 男 22 例,

女 13 例; 年龄 51~74 岁, 平均(61.09±2.46)岁; 高血压病程 2~16 年, 平均(8.53±0.87)年。观察组 35 例, 男 21 例, 女 14 例; 年龄 50~73 岁, 平均(60.63±2.28)岁; 高血压病程 2~14 年, 平均(8.22±0.71)年。两组患者男女比例、年龄、病程等一般资料对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。纳入标准: (1)所有患者均符合高血压诊断标准, 确诊为高血压脑出血并接受微创手术治疗; (2)患者资料真实。排除标准: (1)合并心、肝、肾等重要脏器功能受损或功能障碍者; (2)手术禁忌证者; (3)合并精神系统疾病或意识障碍者; (4)合并恶性肿瘤者; (5)依从性较差或不能配合治疗者。本研究内容均已告知患者及家属, 经其同意并签署相关知情文件。本研究经本院伦理委员会审批通过。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组采取常规护理干预模式, 主要包括病房布置及术中、术后进行相应对症护理, 监测患者生命体征等。

1.2.2 观察组 观察组在常规护理基础上, 采取优质护理干预, 主要包括, (1)优质心理护理^[3]; 本研究中, 微创治疗脑出血患者年龄较大, 心理及生理承受

△ 通信作者, E-mail: 1075067925@qq.com。