

[4] 张秀明,杨志钊,杨有业. 临床基础检验质量管理与标准操作程序[M]. 北京:人民军医出版社,2010:63-78.

[5] 李萍. 临床实验室管理学[M]. 北京:高等教育出版社,2006:98-99.

[6] 中国合格评定国家认可委员会. 医学实验室质量和能力认可准则在体液学检验领域的应用说明:CNAS-CL02-A002 2018[S]. 北京:中国标准出版社,2018.

[7] 张时民. 医学检验领域人工智能技术应用与展望[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(5):513-516.

[8] 熊立凡,刘成玉. 临床检验基础[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2007:169.

(收稿日期:2020-05-10 修回日期:2020-10-28)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.05.021

基于多学科联合诊疗体系的延伸护理在人工流产患者中的应用

党伟,石敏[△]

西北妇女儿童医院门诊手术室,陕西西安 710000

摘要:**目的** 探讨基于多学科联合诊疗(MDT)体系的延伸护理在人工流产(简称人工流产)患者中的应用价值。**方法** 选择 2016 年 6 月至 2018 年 8 月在该院行人工流产术的患者 72 例作为研究对象,根据随机数字表法分为观察组与对照组,每组 36 例。对照组给予常规诊疗护理,观察组给予基于 MDT 体系的延伸护理,2 组护理观察时间为 3 个月,记录 2 组的术后恢复情况、护理前后焦虑评分、护理后生活质量评分,并随访妊娠情况。**结果** 观察组患者术后阴道出血持续时间、月经复潮时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者护理后焦虑评分低于护理前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理后的总体健康、社会功能、活力、生理功能、精神健康、生理职能、躯体疼痛、情感职能等生活质量评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。随访到 2020 年 1 月 1 日,观察组妊娠率(47.2%)高于对照组(19.4%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于 MDT 体系的延伸护理能促进人工流产术后患者康复,缓解焦虑情绪,提高生活质量与随访妊娠率。

关键词:多学科联合诊疗; 人工流产; 延伸护理; 生活质量
中图法分类号:R473.71 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2021)05-0653-03

由于各种因素的影响,导致人工流产(简称人工流产)的患者越来越多。虽然人工流产技术比较成熟,但也容易出现吸宫过度、阴道出血多等并发症^[1]。且绝大多数患者尤其是年轻患者对继续妊娠的期望值高,术后精神高度紧张,应激指标水平急剧提升,导致术后恢复不良^[2]。同时很多患者在出院后经常出现期待与失望的情绪,导致生活质量下降,而随着各种疾病的分类更加细化,原有专科门诊模式已经不能满足患者需要^[3]。多学科联合诊疗(MDT)是一种“多对一”的诊疗模式,即在妇产科门诊中从患者就诊、拿药、咨询与随访工作量统计等多个环节进行优化,缩短就医、诊断到治疗的时间,让患者获得最佳治疗方案^[4]。该模式主要依据临床治疗最新规范与进展,为患者设计出专属的治疗方案和计划,合理统筹医疗资源,促进规范诊疗,已经成为医院诊疗模式中重要的部分^[5]。不过当前 MDT 体系的建立和应用仅存在于少数医院,也没有建立标准化体系^[6]。本文具体探讨了基于 MDT 体系的延伸护理在人工流产患者中的应用价值,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 6 月至 2018 年 8 月在

本院行人工流产术的患者 72 例作为研究对象,根据随机数字表法分为观察组与对照组,每组 36 例,2 组患者的体质量指数、年龄、流产次数、孕周等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。纳入标准:顺利完成人工流产术(传统刮宫术);已婚,术后有正常性生活与生育需求,配偶无生育功能障碍;临床调查资料完整;30~40 岁。排除标准:凝血功能障碍者;生殖道感染者;临床资料缺乏者;心、肝、肾功能异常者;无法完成调查研究者。患者知情本研究并签署知情同意书,该研究经本院伦理委员会审核批准。

表 1 2 组患者一般资料对比($\bar{x}\pm s$)					
组别	<i>n</i>	体质量指数 (kg/m ²)	年龄(岁)	流产次数 (次)	孕周(周)
观察组	36	23.59±1.48	35.29±2.49	3.21±0.56	8.88±0.32
对照组	36	23.02±2.19	35.10±3.19	3.17±0.44	8.92±0.11
<i>t</i>		0.522	0.291	0.122	0.098
<i>P</i>		0.598	0.832	0.912	0.943

1.2 护理方法 对照组给予常规诊疗护理,主要为妇产科治疗、营养支持、心理支持、功能锻炼等。观察组在对照组常规诊疗护理基础上给予基于 MDT 体系的延伸护理,具体措施如下:(1)MDT 体系特征及团

[△] 通信作者,E-mail:Smallstone323@163.com.
本文引用格式:党伟,石敏. 基于多学科联合诊疗体系的延伸护理在人工流产患者中的应用[J]. 检验医学与临床,2021,18(5):653-655.

队建立。MDT 体系最大的特征在于秉承“以患者为中心”的理念,由各科室专家通过一个共同认定的诊疗指南作为平台,同为患者提供专业的诊疗工作,减少患者进入医院之后的“盲目”体验,顺应患者习惯的就诊流程,创造了相对新颖的诊疗模式。本研究中由妇产科医师、妇产科护士、临床药师、营养师、心理治疗师等专业领域人员共同组成 MDT 团队。(2)明确各成员职责及诊疗流程。由临床药师给予用药指导,营养师进行营养评估,心理治疗师给予心理支持,多科室联合制订会诊方案,并依据患者具体检查结果和实际情况,根据病情的变化制订并调整诊疗计划,由所在科室主任提出初步处理意见,接着由 MDT 小组的专家进行讨论给出评估意见,并提出进一步诊疗方案,指导以后的诊疗工作。(3)患者的临床诊断及护理管理。由护士长协调,负责多学科成员之间的沟通并监督各项护理措施的实施。责任护士在患者入院 2 h 内了解其基本情况,妇产科医师了解患者的病情,并由护士长组织协调 MDT 团队成员进行会诊,各成员按照各自的职责履行诊疗活动。如患者出现异常,应再次进行会诊,根据病情变化调整护理措施,形成动态的护理过程。(4)与患者及家属建立良好的护患关系。适当给予安慰和解释,通过病友分享、讲座等方式转变患者的认知,从而缓解患者的焦虑等负性情绪;帮助患者掌握认知行为管理方法,用心理暗示等行为训练应对患者对疾病的消极态度,提高其自我管理水平。将所有诊疗活动方案全部告知家属,以获得更好的诊疗及护理效果。(5)团队管理。团队成员须职责明确并严格执行落实,在会诊时无单独决策权,参会人员积极发表不同意见,并将患者的利益放在第 1 位,确保最佳护理方案的落实。2 组护理观察时间为 3 个月。

1.3 观察指标 (1)记录 2 组患者术后恢复情况,包括月经复潮时间、阴道出血持续时间等。(2)在护理前后采用汉密尔顿 17 焦虑量表(HAMD-17)对患者进行焦虑水平评价,评分越高表明患者焦虑状况越严重。(3)在护理后采用健康调查简表(SF-36)评价患者的生活质量,包括总体健康、社会功能、活力、生理

功能、精神健康、生理职能、躯体疼痛、情感职能等 8 个维度,各维度分值范围均为 0~100 分,分数越高表示生活质量越好。(4)随访到 2020 年 1 月 1 日,记录 2 组患者的妊娠情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.00 软件进行数据处理。正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以频数、率表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准为 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后恢复情况对比 观察组患者的术后阴道出血持续时间、月经复潮时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.2 2 组患者护理前后焦虑评分比较 2 组患者护理前焦虑评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后的焦虑评分低于护理前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 2 2 组患者术后恢复情况对比($\bar{x} \pm s, d$)			
组别	<i>n</i>	阴道出血持续时间	月经复潮时间
观察组	36	5.63±0.33	28.98±3.14
对照组	36	7.98±1.02	36.02±2.84
<i>t</i>		7.823	11.932
<i>P</i>		0.005	<0.001

表 3 2 组患者护理前后焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	<i>n</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	36	25.69±1.29	8.92±0.48	17.883	<0.001
对照组	36	25.10±1.09	16.39±1.00	9.433	0.001
<i>t</i>		0.495	8.954		
<i>P</i>		0.653	0.001		

2.3 2 组患者护理后生活质量评分比较 观察组患者护理后总体健康、社会功能、活力、生理功能、精神健康、生理职能、躯体疼痛、情感职能等生活质量评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.4 2 组患者随访妊娠情况比较 随访到 2020 年 1 月 1 日,观察组患者妊娠率(47.2%)高于对照组(19.4%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 4 2 组患者护理后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)									
组别	<i>n</i>	总体健康	社会功能	活力	生理功能	精神健康	生理职能	躯体疼痛	情感职能
观察组	36	58.29±6.33	56.30±6.78	53.19±6.58	57.20±6.65	55.44±6.14	56.63±6.60	57.83±6.48	53.36±6.69
对照组	36	42.48±5.14	41.49±5.45	40.22±6.19	43.29±6.09	41.35±5.72	42.51±5.84	42.44±5.73	40.12±5.92
<i>t</i>		16.024	15.024	13.999	14.762	14.093	14.782	15.092	13.777
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 5 2 组患者随访妊娠情况比较			
组别	<i>n</i>	妊娠(<i>n</i>)	妊娠率(%)
观察组	36	17	47.2
对照组	36	7	19.4
χ^2			6.250
<i>P</i>			0.012

3 讨 论

当前人工流产术的成功率越来越高,但是很多患者在术后伴随有阴道出血、月经不调等症状,影响患者的身心健康。人工流产术后患者容易产生焦虑等不良情绪,导致内分泌紊乱。传统的护理比较单一,护理内容比较简单,患者的依从性不佳,达不到改善

患者预后的目的^[7]。在高等级医院专科划分越来越细的背景下,MDT 体系应运而生^[8]。该模式指的是针对特定患者的诊治过程,由多个固定的临床学科的专家组成团队进行咨询与讨论,并且最终形成最佳诊疗方案。该模式可不断优化就诊流程,提升诊疗效率^[9]。

本研究显示,观察组患者术后阴道出血持续时间、月经复潮时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。从机制上分析,MDT 体系可使团队成员能够对自身的诊治水平感受进行描述,对诊治内容进行分析与评价等,从而使团队人员的综合能力明显提高。并且 MDT 团队也可及时发现自身在实际诊治中的不足,进行改正,并采取有效方法,强化优势,保障诊治质量,促进人工流产后患者恢复^[10]。

人工流产后患者多伴有焦虑情绪,特别是需要承担流产造成的心理压力与经济负担。本研究显示,2 组患者护理后的焦虑评分低于护理前,且观察组评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。从机制上分析,基于 MDT 体系的延伸护理可开展综合心理护理工作,把心理干预标准化、程序化、科学化,能够使患者正确认识所面临的困难,增加其外援性的支持,学习正确处理患者应激反应,解决心理问题,使患者焦虑情绪得到缓解^[11-12]。

当前人工流产技术非常成熟,对正常早孕妇女效果肯定,但人工流产术可使子宫平滑肌张力下降,胚胎与宫壁不同程度粘连,不利于患者的康复,特别是常规刮宫手术可对患者的子宫内膜带来不同程度损伤,引起阴道出血时间增加,下次月经来潮时间延长,甚至不孕^[13]。本研究显示,观察组患者护理后的总体健康、社会功能、活力、生理功能、精神健康、生理职能、躯体疼痛、情感职能等生活质量评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。随访到 2020 年 1 月 1 日,观察组患者的妊娠率为 47.2%,高于对照组的 19.4%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。从机制上分析,MDT 体系能够有效地利用和整合医疗资源,将各个学科相互融合,组成“科室联合体”,较大幅度地发挥各学科的优势,避免单一学科的局限性和片面性,提高了团队凝聚力和各个科室间相互协调能力,从而提高临床疾病诊治效率和准确性,最大限度地改善患者的生活质量,提高患者术后的妊娠率^[14-15]。本研究也存在一定的不足,如随访时间比较短,且对于医院的资源要求比较高,将在后续研究中深入探讨。

总之,基于 MDT 体系的延伸护理能促进人工流产后患者的康复,缓解焦虑情绪,提高其生活质量

与随访妊娠率。

参考文献

[1] ILBOUDO P G C,GRECO G,SUNDBY J,et al. Estimating the costs for the treatment of abortion complications in two public referral hospitals;a cross-sectional study in Ouagadougou,Burkina Faso[J]. BMC Health Serv Res, 2016,16(1):559-569.

[2] 张海燕,赵敏. 基于心理学的健康宣教模式对人工流产术患者认知水平及情感状况的干预效果[J]. 西部中医药, 2019,32(1):118-122.

[3] 曾妍,黄凤霞,吴少勇,等. 联合社工开展 PAC 在未婚青少年女性中的临床应用研究[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(13):2315-2317.

[4] 易梅珍,董四五,周艳霞,等. 基于微信平台的关爱护理干预对重复人工流产患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2019,16(7):103-104.

[5] 欧阳海珍. 优质护理应用人工流产患者术后意外妊娠价值评价[J]. 系统医学, 2018,3(20):151-153.

[6] 洪敦恕. 综合护理干预对人工流产患者术后子宫痉挛疼痛及心理状况的影响[J]. 泰山医学院学报, 2018,39(1): 105-106.

[7] 周俨,庞刚. 心理护理在无痛人流手术麻醉护理中的应用价值[J]. 中国急救医学, 2018,38(2):253.

[8] 李艳群. 基于微信平台的随访护理对人流术患者避孕自我效能及预后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37 (21):2911-2914.

[9] 孙红梅. 微信延续随访护理对无痛人流术患者避孕自我效能及自护能力的影响[J]. 当代护士(上旬刊), 2018,25 (11):97-100.

[10] 周月影. 心理护理在无痛人流术患者护理中的效果观察[J]. 中国急救医学, 2017,37(2):280-281.

[11] 苏布赛. 流产后关爱护理在计划生育门诊人流术中的应用效果[J]. 中国保健营养, 2017,27(2):216.

[12] 孙洪敏. 心理护理对无痛人流产术病人疼痛及情绪稳定的改善作用[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2016,23(8): 56-57.

[13] 罗红菊. 时间位点管理对无痛人流产术病人的影响[J]. 全科护理, 2016,14(15):1575-1577.

[14] CACIQUE D B,PASSINI JUNIOR R,DUARTE OSIS M J M,et al. Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion;a multicenter study in seven Brazilian public hospitals[J]. Health Care Women Int, 2020, 41 (7):761-776.

[15] 冯冲. 加强围生期宣教护理对高危人工流产后再次妊娠孕妇分娩结局的影响研究[J]. 实用医技杂志, 2019,26 (4):524-525.