

高于对照组、健康组,对照组 RDW、CA125 水平高于健康组 ($P < 0.05$),说明子宫内膜癌患者 RDW 和 CA125 水平升高,该结果与相关研究结果一致^[4]。RDW 可反映红细胞体积大小异质性,还可显示红细胞异常和血液受损状态,RDW 与机体炎症有关,为新型炎症指标,RDW 水平降低无明显临床意义,水平升高表示红细胞体积大小不一,说明机体内红细胞的动态平衡异常,引起红细胞生成障碍,导致异常红细胞存活,从而致使代谢异常、端粒长度缩短、红细胞分裂、促红细胞生成素功能异常等。子宫内膜癌患者内膜细胞黏附可导致免疫反应激发,加速细胞增殖,而炎症因子抑制促红细胞生成素的分泌,可导致骨髓中不成熟红细胞提前进入外周血液,外周红细胞体积异质性增加,最终致使高敏 C 反应蛋白和血细胞比容改变,RDW 水平升高,白细胞计数、清蛋白水平发生变化^[5-6]。本研究结果显示,RDW、CA125 水平预测子宫内膜癌的 AUC 分别为 0.802、0.636,灵敏度分别为 85.1%、76.3%,特异度分别为 77.5%、84.7%,说明 RDW、CA125 水平均与子宫内膜癌患者状态有关,RDW 诊断子宫内膜癌的正确率较高,可作为预测子宫内膜癌预后的指标,结论与伍佰秀等^[7]研究结果一致。子宫内膜癌中的炎症因子可影响红细胞的生成,导致 RDW 水平升高,RDW 可作为诊断子宫内膜癌

的指标之一^[8]。

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.21.030

剖宫产妇产褥期抑郁状况调查

董苏琳,刘艳,孙星峰,黄绍强[△]

复旦大学附属妇产科医院麻醉科,上海 200090

摘要:目的 调查和干预剖宫产产后抑郁状况以降低产后抑郁的发生率。方法 选取 2019 年 1—6 月该院择期在腰硬联合麻醉下行剖宫产术的 470 例产妇为研究对象,根据产次分为 2 组:初产妇组和经产妇组。评估产妇的一般情况,对其抑郁程度进行评分。结果 初产妇组术后 42 d 抑郁评分较术后入麻醉后恢复室(PACU)1 h 明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$);经产妇组术后 42 d 抑郁评分与入 PACU 1 h 未见明显变化($P > 0.05$)。两组产妇入 PACU 1 h 和术后 42 d 产后抑郁发生率比较,差异无统计学意义($P = 0.18$)。结论 剖宫产术后产褥期初产妇抑郁评分明显升高,医务人员和产妇家属应引起重视。

关键词:剖宫产; 产妇; 产褥期; 抑郁

中图分类号:R714.69

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)21-3179-03

产后抑郁是指产妇在产褥期出现的一系列抑郁症状的总称,包括情绪低落、思维迟缓、沮丧、焦虑,部分产妇出现自我伤害及伤害新生儿等表现^[1],是产褥期精神综合征中最常见的一种类型。产后抑郁不仅影响产妇健康,还会影响母婴关系、胎儿健康和家庭关系^[2]。研究显示,产后抑郁发生率为 10%~20%^[3-4]。手术分娩可使产妇产生抑郁和焦虑等消极

综上所述,RDW 检测可区分子宫内膜癌与子宫内膜增生,子宫内膜癌患者 RDW 和 CA125 水平升高,RDW 诊断子宫内膜癌的灵敏度、特异度高,可为临床诊断提供参考依据。

参考文献

- [1] 杨淑丽,苗劲蔚,何玥,等.人附睾蛋白 4 在早期子宫内膜癌中的诊断价值[J].中国医药导报,2018,15(9):70-73.
- [2] 郭梦凡,王抒,孟庆媛,等.CA125 在子宫内膜癌的表达及临床意义[J].黑龙江医药科学,2008,31(1):83.
- [3] 甘申慧.红细胞分布宽度在冠心病风险评估和诊断中的价值[J].临床合理用药杂志,2020,13(1):9-11.
- [4] 熊静.治疗前血清 CA125 测定在临床早期子宫内膜癌中的价值[D].重庆:重庆医科大学,2014.
- [5] 张慧玲,吕艳关.术前血清 CA125、HE4 和中性粒细胞与淋巴细胞比值联合检测在子宫内膜癌诊断中的作用[J].现代肿瘤医学,2020,28(5):792-795.
- [6] 张圆.炎症指标诊断子宫内膜癌的临床意义[D].延吉:延边大学,2019.
- [7] 伍佰秀,谢红英.红细胞分布宽度诊断子宫内膜异位症的价值研究[J].中国全科医学,2017,20(27):3391-3395.
- [8] 张红雨,陆奉科,李山,等.子宫内膜癌患者血清 CA125 水平与外周血 RDW 检测在临床病理分期中的应用价值[J].现代检验医学杂志,2020,35(1):94-96.

(收稿日期:2021-01-28 修回日期:2021-06-22)

[△] 通信作者,E-mail:timrobbins71@163.com。

本文引用格式:董苏琳,刘艳,孙星峰,等.剖宫产妇产褥期抑郁状况调查[J].检验医学与临床,2021,18(21):3179-3181.

情绪,剖宫产和阴道分娩产后抑郁风险的比值比为 1.33^[5]。那么经历初次剖宫产手术的产妇和经历多次剖宫产手术的产妇产后抑郁发生率是否存在差异。因此,本研究针对选择剖宫产手术方式分娩的产妇这一特殊群体,拟运用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)调查其产后抑郁状况,为开展产褥期心理干预提供理论依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经复旦大学附属妇产科医院医学伦理委员会批准,产妇均签署知情同意书。随机选取本院 2019 年 1—6 月择期在腰硬联合麻醉下行剖宫产手术的产妇 470 例为研究对象,根据产次分为 2 组,初产妇组和经产妇组。纳入标准:(1)美国麻醉医师协会(ASA)分级 I 级或 II 级;(2)各项生理指标正常;(3)孕 37~40 周;(4)因疤痕子宫、骨盆异常、巨大儿、胎位异常等原因需择期行剖宫产手术。排除标准:(1)产前抑郁症治疗者;(2)严重精神疾病或认知功能障碍者;(3)产后拒绝随访者;(4)有产后出血、子痫等严重妊娠合并症或分娩并发症者;(5)术中产妇及胎儿因出血、窒息等原因进行抢救者;(6)麻醉后恢复室(PACU)后 1 h EDPS 评分 ≥ 9.5 分者。

1.2 方法 所有产妇均在腰硬联合麻醉下行剖宫产术。术后入 PACU,所有产妇疼痛视觉模拟评分(VAS)均 ≤ 3 分。

采用 EPDS 对产妇进行调查^[6]。分别在产妇术后入 PACU 1 h 时和术后 42 d 回医院行产后恢复检查时,由经过统一培训的调查员发放问卷,统一指导解释问卷的填写方法和注意事项,完成后统一收回问卷。此次调查共计发放问卷 470 份,回收有效问卷

460 份,有效回收率为 97.9%(460/470),初产妇组 315 份,经产妇组 145 份,剔除入 PACU 后 1 h EDPS 评分 ≥ 9.5 分者(共 71 份),初产妇组调查问卷有 269 份,经产妇组调查问卷有 120 份。

EPDS 中文版是广泛应用于中国内地孕产妇的抑郁筛查量表^[7]。EPDS 共 10 个条目,分别涉及心境、乐趣、自责、焦虑、恐惧、失眠、应对能力、悲伤、哭泣、和自伤等。每个条目按其显示的症状严重程度从无到极重分为 4 级,即 0 分(从未)、1 分(偶尔)、2 分(经常)、3 分(总是),总分 30 分。评分 ≥ 9.5 分即可诊断为产后抑郁,信度为 0.85,效度为 0.93^[8],评分越高,表示抑郁程度越严重。

1.3 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行处理和分析。呈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,计数资料以例数和百分率表示,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 两组产妇一般情况比较 经产妇组产妇年龄大于初产妇组,差异有统计学意义($P < 0.05$),两组产妇其余一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄 (岁)	体质量 (kg)	身高 (cm)	手术时间 (min)	术中输血量 (mL)	术中失血量 (mL)	VAS(分)
初产妇组	269	31.2 \pm 3.9	72.6 \pm 10.8	162.6 \pm 5.0	46.1 \pm 12.1	1 103.8 \pm 153.9	244.1 \pm 92.7	1.2 \pm 0.5
经产妇组	120	34.3 \pm 4.2	72.0 \pm 9.1	161.8 \pm 3.8	46.3 \pm 11.0	1 098.9 \pm 149.4	239.2 \pm 70.5	1.2 \pm 0.5
<i>t</i>		-7.20	-0.59	1.58	0.61	0.41	0.25	0.01
<i>P</i>		0.01	0.55	0.11	-0.86	0.77	0.60	0.16

2.2 两组产妇术后入 PACU 1 h 和术后 42 d 抑郁评分及产后抑郁的发生率比较 两组产妇分别在入 PACU 1 h 和术后 42 d 抑郁评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。初产妇组产妇术后 42 d 抑郁评分较入 PACU 1 h 明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。经产妇组产妇术后 42 d 抑郁评分与入 PACU 1 h 比较,未见明显变化($P > 0.05$),见表 2。

初产妇组产妇术后 42 d 产后抑郁发生率为 10.4%(28/269),经产妇组产妇术后 42 d 产后抑郁发生率为 5.8%(7/120),组间比较差异无统计学意义($P = 0.18$)。

表 2 两组产妇术后入 PACU 1h 和术后 42 d 抑郁评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	入 PACU 1 h	术后 42 d	<i>t</i>	<i>P</i>
初产妇组	269	5.2 \pm 2.4	5.7 \pm 3.1	-3.86	0.01
经产妇组	120	5.3 \pm 2.6	5.4 \pm 3.0	-0.66	0.50
<i>t</i>		0.10	0.90		
<i>P</i>		0.60	0.47		

3 讨论

抑郁、紧张和焦虑是孕产期女性常见的心理问题,其中产后抑郁是最常见问题之一,发生率为 10%~15%^[3]。产后抑郁好发于产后 2~6 周,症状可伴随整个产褥期,轻者可自行恢复,重者可能持续 1~2 年,甚至更长时间,常需药物控制,严重影响产妇身心健康。

近年来,经产妇数量和比例均明显上升,上胎剖宫产史也是本次分娩实施剖宫产的主要指征之一。虽然剖宫产术在救治产妇和新生儿方面有积极的作用,但因其本身是一种非生理性过程,加之部分产妇由于术后慢性疼痛和伤口愈合情况的影响,可能会导致抑郁情绪产生^[5],同时有研究报道,剖宫产术是产后抑郁的高危因素^[9]。本研究中所纳入研究对象均为接受剖宫产的产妇,所以两组间由剖宫产因素产生的影响相似。

产褥期是指从胎盘娩出至产妇全身各器官(除乳腺外)恢复至未孕状态所需要的时期,一般为 42 d。

产褥期既是初产妇母亲角色的适应期,同时也是抑郁的高发期^[10]。研究表明,剖宫产相关并发症如切口感染、子宫复旧不良等可导致产后恢复期延长,也会使产后抑郁发病率升高^[11]。因此,本研究选择了剖宫产产妇作为调查人群,并且在剖宫产术后 42 d 对其再次进行调查,结果显示初产妇组产妇产后 42 d 抑郁评分与其术后入 PACU 1 h 时相比升高,而经产妇组产妇抑郁评分没有明显改变,提示剖宫产初产妇在产褥期患产后抑郁的风险升高,与李珊珊等^[12]报道结果相似,其结果提示历史分娩次数是产后抑郁的保护因素。此外,本研究发现,剖宫产术后产褥期产后抑郁发生率在 5.8%~10.4%,与 PENG 等^[13]报道结果一致。导致初产妇产后抑郁发生风险升高的原因,分析认为与初产妇产后缺乏育儿及自我护理知识经验,对初为人母的角色缺乏认同,与家庭成员关系不和谐等有关,较经产妇更容易发生产后抑郁^[14]。

鉴于以上影响因素,医护人员应加强产前保健教育,通过孕妇学校授课等方式使孕妇在产前学会给婴儿哺乳、换尿布等技能,为孕妇向母亲角色转换做好充分准备。产后给产妇提供安静的休息环境,对产妇进行健康宣教,使其掌握产后保健知识和产后恢复训练技能,同时指导其丈夫及父母积极照顾产妇和婴儿,给予其物质帮助及精神支持。根据既往研究报道,提出针对初产妇可以采取家庭协同护理模式和延续性护理模式等方法来减轻初产妇的心理压力,促进其身心恢复^[15-16]。此外,医护人员应积极与产妇交流并认真倾听,可以通过建立微信群、电话等方式对产妇出院后的生理、心理具体问题进行有针对性的指导和帮助,改善产褥期抑郁情绪,促进心理状态恢复,从而提高产妇的生活质量。

本研究中虽然经产妇年龄大于初产妇年龄,但经产妇组和初产妇组产妇产后 42 d 产后抑郁发生率差异无统计学意义($P < 0.05$),与 PENG 等^[13]报道的年龄和产次等因素不是产后抑郁高危因素的结果一致。

本研究存在的局限性:(1)有研究表明产后抑郁是多因素影响的结果^[17],包括心理、身体、社会、产科因素和遗传因素等,其中文化程度、经济条件、居住状况、新生儿性别等因素并不是产妇产后抑郁的主要危险因素^[18],在本研究中并未进行调查。(2)调查截止时间为产后 42 d,对可能迟发的产后抑郁没有统计在内。

综上所述,剖宫产术后产褥期初产妇抑郁评分升高,应引起医务人员和家属的重视,加强心理干预,促进身心恢复,降低产后抑郁的发生。

参考文献

[1] PAYNE J L, MAGUIRE J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression [J]. Front

Neuroendocrinol, 2019, 52: 165-180.
 [2] STEWART D E, VIGOD S N. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics [J]. Annu Rev Med, 2019, 70: 183-196.
 [3] BRUMMELTE S, GALEA L A. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care [J]. Horm Behav, 2016, 77: 153-166.
 [4] AMINI S, JAFARIRAD S, AMANI R. Postpartum depression and vitamin D: a systematic review [J]. Crit Rev Food Sci Nutr, 2019, 59(9): 1514-1520.
 [5] SUN L, WANG S, LI X Q. Association between mode of delivery and postpartum depression: a systematic review and network meta-analysis [J]. Aust N Z J Psychiatry, 2021, 55(6): 588-601
 [6] LIU S, YAN Y, GAO X, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2017, 17(1): 133.
 [7] 毋小茜. 爱丁堡产后抑郁量表在产后抑郁筛查中的应用 [J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(2): 343-346.
 [8] YUQIONG W, XIUJING G, YING L, et al. Psychometric evaluation of the Mainland Chinese version of the Edinburgh postnatal depression scale [J]. Int J Nurs Stud, 2009, 46(6): 813-823.
 [9] 李少平, 崔静静, 秦海霞. 初产妇产后抑郁症发生情况及高危因素分析 [J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(1): 126-129.
 [10] MU T Y, LI Y H, PAN H F, et al. Postpartum depressive mood (PDM) among Chinese women: a meta-analysis [J]. Arch Womens Ment Health, 2019, 22(2): 279-287.
 [11] 胡绣华, 鲁娟. 产妇产后住院期间生活质量调查及相关因素分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(21): 23-26.
 [12] 李珊珊, 贝为武, 张晓庆, 等. 孕妇焦虑抑郁状况及其影响因素调查研究 [J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(24): 124-128.
 [13] PENG S, LAI X, DU Y, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression in China: a hospital-based cross-sectional study [J]. J Affect Disord, 2021, 282: 1096-1100.
 [14] 郑映雪, 张娟. 初产妇及经产妇抑郁调查及相关因素分析 [J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(13): 3076-3079.
 [15] 思耀芬, 贺秋园, 杨美玲. 家庭协同护理模式对初产妇分娩结局和产后恢复的影响 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31(5): 453-456.
 [16] 席卫娟. 延续性护理对初产妇产褥期负性情绪和生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2018, 32(10): 1621-1624.
 [17] MUNRO A, GEORGE R B, MACKINNON S P, et al. The association between labour epidural analgesia and postpartum depressive symptoms: a longitudinal cohort study [J]. Can J Anaesth, 2021, 68(4): 485-495.
 [18] 杜黎黎, 王林, 蔡璐. 影响产妇产褥期抑郁症的相关危险因素 [J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(5): 1153-1155.