

复发率差异无统计学意义。

表 1 两组患者观察指标结果(±s)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院天数 (d)	并发症 (%)	复发率 (%)
对照组	53.0±6.2	20.0±2.2	6.5±2.2	15.4	0.0
腹腔镜组	25.0±3.1**	2.0±1.1**	2.5±1.3**	7.0*	0.0

注:与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01。

3 讨论

小儿腹股沟斜疝疝囊颈较细,外环较狭小,易发生嵌顿,小儿腹肌不发达,腹股沟管肌肉压力较小,疝囊颈和疝环较柔软,并且小儿系膜血管有较大的弹性,发生嵌顿坏死少见,本组 95 例小儿术中探查均未发现嵌顿肠管坏死。1982 年 Ger^[1]报道了首例腹腔镜疝囊高位结扎术,开创了腹腔镜疝手术的先河。此后腹腔镜手术不断改进,特别是近年来,随着对腹股沟区腹膜前解剖的深入研究^[2],以及疝手术器械的不断完善,腹腔镜下疝囊颈高位结扎术及修补术在发达国家逐渐成为治疗腹股沟疝的首选术式,微创效果亦得到公认^[3-5]。腹股沟嵌顿疝的腹腔镜下复位和处理因结扎位置更高,损伤小、恢复快、住院时间短等优点已经被绝大部分外科医生和患儿家长认可并应用。此种全新概念下的疝治疗方式,充分体现了腹腔镜的微创效果以及技术设计的合理性,较传统术式相比,手术后出现并发症的发生率也明显降低,这是腹腔镜手术的基本优势之一^[6]。传统开放手术行嵌顿疝还纳疝囊高位结扎术,术中须解剖腹股沟管各层组织,充分游离疝囊至腹膜外脂肪后行高位结扎。但嵌顿疝发生后,疝囊壁及周围组织水肿黏连,界限不清,分离疝囊壁较为困难,增加了损伤输精管和精索血管的概率;操作中容易将疝囊壁破破,增加疝囊高位结扎的难度,从而增加术后复发率^[7]。且手术创面较大,术后腹股沟区及阴囊区域肿胀,腹股沟血肿及阴囊血肿、积液发生率较高,恢复时间明显延长。腹腔镜下手术时,不需像开放手术那样解剖腹股沟管,减少了损伤,避免了精索血管及输精管的损伤,术后出现各种并发症的概率明显减低。同时术中可及时发现并治疗对侧隐

匿性疝和肠管缺血坏死情况。由于可在一次手术中同时对对侧的隐匿性疝一并处理,可大大减少患儿将来受再次手术痛苦及危险性。所以小儿嵌顿性疝腹腔镜术与开放手术相比,在手术时间、微创效果、术中出血、住院时间、术后疼痛、并发症发生率、观察肠管缺血情况及发现隐匿性疝等方面均显示出明显的优越性。故作者认为对腹股沟嵌顿性疝,如患儿术前一般情况良好,术前无明显疝内容物坏死表现,可优先考虑腹腔镜下腹股沟嵌顿性斜疝复位并疝囊颈高位结扎术。

参考文献

- [1] Ger R. The management of certain abdominal hernia by intra-abdominal closure of the neck of sac Preliminart communicatio [J]. Am R Coll Surg Eng, 1982, 64(5): 342-344.
- [2] 江浩,丁锐,姚琪远,等. 腹股沟区腹膜前解剖和疝修补术 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2008, 26(2): 209.
- [3] Mirilas P, Colborn GL, McClusky DA, et al. The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space [J]. Arch Surg, 2005, 140(1): 90-94.
- [4] Al-Qudah HS, Rodriguez AR, Sexton WJ. Laparoscopic management of kidney cancer: updated review [J]. Cancer Control, 2007, 14(3): 218-230.
- [5] Farber AJ, Wilckens JH. Sports hernia: diagnosis and therapeutic approach [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2007, 15(8): 507-514.
- [6] 白立芳,刘国庆,唐华建,等. 小儿腹股沟嵌顿疝的腹腔镜手术 [J]. 临床小儿外科杂志, 2006, 5(2): 105-106.
- [7] Molinelli BM, Tagliavia A, Bernstein D. Total extraperitoneal preperi-toneal laparoscopic hernia repair using spinal anesthesia [J]. JSLS, 2006, 10(3): 341-344.

(收稿日期:2012-01-07)

• 临床研究 •

实施导乐陪伴分娩的临床效果分析

赵 萍,容莉莎(广东省中山市古镇医院产科 528421)

【摘要】 目的 探讨产妇实施导乐陪伴分娩的临床效果。方法 将 2010 年 9 月至 2011 年 6 月接受导乐陪伴分娩服务的初产妇 220 例作为观察组,由有分娩经验的导乐师全程陪伴,持续给予心理和生理上的帮助。同期选择初产妇 250 例作为对照组,无导乐师陪伴,由责任医护人员观察,按常规产科处理。结果 在分娩方式、阴道助产率、剖宫产率、第一和第二产程时间、产后出血量、新生儿 Apgar 评分等方面,观察组与对照组之间差异均有统计学意义(P<0.01)。结论 导乐陪伴分娩的实施,能使产妇全方位的得到优质服务,同时也提高了护理质量,促进母婴安全健康。

【关键词】 导乐陪伴; 分娩; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)13-1620-02

分娩痛是人类最常见的疼痛,是大部分妇女一生所遇到的最剧烈的疼痛,有统计资料^[1]表明约 80% 的初产妇认为分娩时的宫缩痛难以忍受,部分产妇由于疼痛难以忍受,烦躁不安,大喊大叫,影响休息,增加体力消耗,甚至造成产妇衰竭,胎儿宫内窘迫,增加难产率或新生儿窒息率。导乐陪伴分娩是由一个有爱心、有生育经验的女性,在整个产程中给产妇以持续的

心理、生理及感情上的支持,陪伴整个分娩过程,使产妇消除恐惧、焦虑情绪,保持良好的心理、精神状态,以保证产程进展顺利,母婴安全健康^[2]。本院产科自 2010 年 9 月开始开展导乐陪伴分娩至今,取得了良好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2010 年 9 月至 2011 年 6 月在本院产科住

院的无严重妊娠并发症和阴道分娩禁忌证等影响分娩因素的初产妇(不包括急诊、择期剖宫产)共 470 例,其中 220 例接受导乐陪伴分娩服务为观察组,同期选择接受传统分娩服务的 250 例初产妇为对照组。两组产妇在年龄、身高、孕期及新生儿体重等经统计学比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 选择合适的导师,她们应性格开朗、富有爱心、责任心和同情心,临床工作经验在 5 年以上,有生育经历、业务能力强,人际交往技巧良好。观察组产妇入院后,导师即与其认识并建立感情,提供一对一无偿服务,简单介绍分娩常识,解除孕妇的紧张心理,使其以一种良好的精神状态进入产程。导师从临产开始即陪伴在产妇身旁,给予亲切、细心的关怀,解释每一阶段情况,进行指导,如第一产程中鼓励其适当活动、合理饮食、正常排尿排便;宫口近开时或有早期破膜,指导其左侧卧位休息;宫缩强、产妇呼痛时,导师抚摸产妇腹部或按摩其腰骶部,紧握产妇的手,嘱其深呼吸,转移注意力等缓解疼痛。密切观察产程进展,及时发现问题,提供准确资料供临床医师做出及时正确地处理,并与产妇商讨处理意见,争取产妇的理解和配合。对产妇所取得的良好进展给予表扬,增强其阴道分娩的自信。第二产程中指导产妇如何正确地配合宫缩向下屏气增加腹压,宫缩间歇期放松肌肉,安静休息,进食高热量、易消化的食物,保存体力。持续给予舒适地抚摸和按摩,减轻产妇疼痛直到胎儿娩出。产后在产房观察 2 h,指导产妇母乳喂养方法及产褥期的注意事项;协助与新生儿多接触,并一起回忆分娩过程,畅谈分娩经验,让产妇尽量分享正面感受,补充产妇遗忘的内容。对照组无导师陪伴,由责任医护人员观察,按常规产科处理。第一产程可由 1 名家属陪伴,第二产程入产房后由助产士(师)观察指导。孕妇的病情有变化则与家人联系。

1.3 评价指标 观察比较两组产妇的分娩方式、阴道助产率、剖宫产率、第一和第二产程时间、产后出血量及新生儿 Apgar 评分。

1.4 统计学方法 所得数据用 SPSS15.0 软件包处理。计量资料用 t 检验,组间构成比或率用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组分娩方式及阴道助产率比较 见表 1。

表 1 两组分娩方式比较[n(%)]

组别	n	自然分娩	剖宫产	阴道助产
观察组	220	188(85.4)	28(12.7)	4(1.9)
对照组	250	160(64.0)	70(28.0)	20(8.0)
P	—	<0.01	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

2.2 两组产程时间及产后出血量比较 见表 2。

表 2 两组产程时间及产后出血量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	第一产程时间 (min)	第二产程时间 (min)	产后出血量 (mL)
观察组	220	336.9±134.8	37.3±27.8	185.0±18.9
对照组	250	496.1±152.4	53.7±35.9	207.4±27.6
P	—	<0.01	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

2.3 两组新生儿 Apgar 评分比较 见表 3。

表 3 两组新生儿 Apgar 评分比较[n(%)]

组别	n	8~10 分	4~7 分	1~3 分
观察组	220	211(95.9)	6(2.7)	3(1.4)
对照组	250	219(87.6)	21(8.4)	10(4.0)
P	—	>0.05	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

3 讨 论

分娩是一个特殊的生理过程,产妇往往有一种不安的期待体验,尤其是初产妇,由于没有分娩经验,对分娩过程缺乏认识,担心分娩不适和不测,而对分娩产生恐惧和焦虑心理,致使中枢神经系统发生功能性紊乱,影响正常的子宫收缩,体内儿茶酚胺升高,子宫收缩受到影响。这种情绪可通过内分泌系统影响子宫血流量,造成子宫平滑肌和胎盘的供血减少,使产程延长,出血量增多^[2]。调查表明^[3],98%的产妇分娩时有恐惧感,82%的产妇在住院时有心理负担,80%以上的产妇希望在分娩过程中有专人在身边陪伴,以便获得鼓励和安慰。20 世纪 70 年代由美国 M. KLAUS 医生倡导的 Doula 陪伴分娩^[1],即表示一个妇女照顾另一个妇女。现被引伸为一个有爱心、乐于助人、有生育经验的妇女,在整个产程中给产妇以持续的心理、生理及情感上的支持,可顺应产妇的这一心理需求。

表 1 结果显示,观察组的自然分娩率为 85.4%,较对照组 64.0% 明显升高,剖宫产率和阴道助产率分别为 12.7% 和 1.9%,分别对低于对照组的 28.0% 和 8.0%,差异均有统计学意义($P<0.01$),表明导乐陪伴分娩可在一定程度上消除产妇恐惧自然分娩的生理和精神因素。由于导乐陪伴者针对产妇的心理给予正确地解释和指导,使产妇在生理和心理上得到支持、安慰和帮助,减少了由于产时负性心理反应引起的异常分娩。加上产程的严密观察和异常情况的及时处理,保证了自然分娩的顺利进行,从而使阴道分娩率上升,剖宫产率下降。

表 2 和表 3 结果显示,观察组产妇阴道分娩时的第一、二产程时间较对照组明显缩短,产后出血量较对照组明显减少,新生儿发生轻、重度窒息率亦较对照组明显降低,差异均有统计学意义($P<0.01$),表明采用导乐陪伴分娩能改善产妇的周围环境,导乐者给予产妇体贴、关怀、抚摸、安慰和产程指导,从精神和经验上给予了产妇的大力支持,使产妇明白了在不同的产程中应该如何与医务人员密切配合,最大限度地帮助产妇顺利渡过分娩期,促进母婴安全健康。

可见,导乐陪伴分娩的实施,能使产妇全方位地得到优质服务,同时也提高了护理质量,无不体现出“以人为本”的服务理念,是真正把心理疗法融合于医疗保健之中,深受广大育龄妇女的欢迎,值得大力推广。

参考文献

[1] 马惠芬. 采用 Doula 陪伴分娩的临床观察与护理[J]. 现代护理, 2002, 8(5): 400.
 [2] 李转珍, 王朝娟, 史素玲. 导乐陪伴分娩对孕产妇的干预效果[J]. 护理学杂志, 2003, 18(5): 380-381.
 [3] 赵有业, 关俊, 谢华. 孕妇心理需求及分娩过程的心态调查[J]. 中国妇幼保健, 1990, 6(6): 30.