

[5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南(2009 年,武夷山)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(12):977-978.

[6] 杨志超. 微量元素锌辅助治疗变应性鼻炎临床疗效观察[D]. 银川:宁夏医科大学,2013,15.

[7] 殷凯生,何韶衡,周林福,等. 临床过敏疾病学[M]. 北京:科学出版社,2012:207.

[8] Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision [J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126(12): 466-476.

[9] 祁沁红,赵人. 过敏性鼻炎与 5 种微量元素关系的探讨[J]. 微量元素与健康研究,1999,16(2):26-27.

[10] 李炎梅,梁荣伟. 儿童变应性鼻炎免疫功能与血清微量元素关系[J]. 中国医药导刊,2009,11(7):1203-1204.

(收稿日期:2016-02-23 修回日期:2016-05-02)

• 临床探讨 •

助产责任制护理模式配合体位干预对初产妇负性情绪及产程的影响

张雯瑶

(海南省儋州市农垦那大医院妇产科 571700)

**摘要:**目的 探讨助产责任制护理模式配合体位干预对初产妇负性情绪及产程的影响。方法 选取 2013 年 8 月至 2014 年 8 月在本院待产的 110 例初产妇,根据护理方法进行分组,对照组产妇实行常规助产、常规护理模式,研究组产妇实行助产责任制护理模式配合体位干预。比较两组产妇在护理前后焦虑、抑郁情况以及两组产妇的产程时间。结果 研究组初产妇剖宫产率(7.27%)、自然分娩率(90.91%)、钳产率(1.82%)与对照组初产妇剖宫产率(41.82%)、自然分娩率(43.64%)、钳产率(14.54%)相比差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预后,研究组初产妇与对照组初产妇的汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分均降低,研究组的总有效率(96.36%)高于对照组的总有效率(56.36%),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。研究组初产妇自然分娩的第一产程用时(317.64±79.41)min、第二产程用时(26.37±6.60)min、第三产程用时(4.10±1.03)min,均低于对照组初产妇自然分娩的第一产程用时(401.47±100.37)min、第二产程用时(38.13±9.54)min、第三产程用时(6.38±1.60)min,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 助产责任制护理模式配合体位干预可以有效缓解初产妇的负性情绪,提高自然分娩率,促进各产程的顺利进行,可以在临床上推广运用。

**关键词:**初产妇; 助产责任制护理模式; 体位干预; 负性情绪; 产程时间

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.060 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1885-03**

随着社会的不断进步,产妇对于分娩过程护理的要求越来越高,尤其是初产妇缺少孕产期的相关知识,从而会对分娩产生担心、恐惧、焦虑等负性情绪,严重者将影响母婴的安全<sup>[1]</sup>。助产责任制护理模式是一种新型助产护士实践模式,为产妇提供更人性化的护理,重视产妇的精神因素,对患者进行身心护理,为产妇提供更为优质的护理服务<sup>[2]</sup>。在分娩中产妇选择最合适的分娩体位,不仅可以减轻产妇的痛苦,同时可以提高分娩的治疗。助产责任制护理模式配合体位干预对改善初产妇的负性情绪及缩短产程具有积极作用,为进一步探讨助产责任制护理模式配合体位干预对初产妇负性情绪及产程的影响,选取本院 110 例初产妇作为研究对象进行分析,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2013 年 8 月至 2014 年 8 月入住本院的 110 例初产妇作为研究对象。纳入标准:产妇为初产妇,骨盆各径线值在正常范围内,能够分娩胎儿;为单胎,胎儿头位正常,能入骨盆,胎儿双顶径在正常值之间;产妇无孕产期高危因素及严重妊娠合并症;产妇精神正常,排除心、肝、肾等严重疾病;产妇及家属签署知情同意书。排除标准:妊娠期间产检出现异常的产妇。采用随机数字表法将研究对象平均分成研究组和对照组两组,每组 55 例。研究组初产妇年龄 22~32 岁,平均年龄(27.31±6.83)岁,平均孕周(39.62±9.91)周。对照组初产妇年龄 22~33 岁,平均年龄(27.31±6.31)岁,平均孕周(39.28±9.82)周。两组产妇在年龄、孕周及习惯上比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组护理方法

对照组产妇实行常规助产、常规护理模式:由值班助产士进行护理,先在待产室待产,待宫口全开后交由接产助产士进行接生,同时做好常规护理措施。

##### 1.2.2 研究组护理方法

研究组产妇则实行助产责任制护理模式配合体位干预。首先,对初产妇实施一对一的护理模式,即初产妇首次入组时为其指定一位助产士,该初产妇在整个备产和分娩的过程中,均由这名助产士进行护理和管理,这样不仅能促进护士与初产妇的沟通,而且有利于初产妇信息的收集,积累,护理策略制订与执行等,提高护理的有效性。助产士进行护理和管理的内容主要包括产前教育,心理护理,分娩时护理。(1)产前教育:助产士应主动与产妇进行沟通、交流,向产妇讲解有关围产期的分娩知识,尤其应告知产妇孕期的相关症状,分娩期的生理过程。助产士指导产妇学习深呼吸,以达到减轻第一产程阵痛的目的。指导产妇在第二产程适当用力,以加快产程的发展。护士通过口头讲解,临床示范和播放视频等模式对产妇进行指导,在课堂上与产妇进行交流,及时解答产妇在健康教育方面的问题,组织初产妇与经产妇交流,经产妇向初产妇传授分娩经验,鼓励产妇自然分娩的信心。(2)心理护理:助产士应该耐心的听取产妇的各种疑问并为其解答,如胎儿安全,分娩痛苦,孩子喂养与教育,产前准备,产后恢复等问题;助产士应充分了解产妇的基本情况,如家庭条件、社会关系等,根据不同类型的产妇采用合理的护理方法,详细了解产妇的心理情况,经常与产妇交流,及时疏导产妇的不良情绪,

促进产妇时刻保持愉悦的心情,给予产妇更多的关心与爱护,让产妇尽快熟悉病房的环境,尽可能的满足产妇提出的要求,消除产妇担心、紧张、恐惧等负性情绪。(3)在产妇分娩时,进行体位干预:对于胎先露但未入盆或者半入盆的产妇,在助产士的指导下用双手托起腹部行走,或在助产士陪同下上下爬楼梯;指导产妇垂直坐在床上上下左右的晃动,助产士应在旁协助保护。对于枕后位或枕横位的初产妇,助产士指导产妇呈与胎儿脊柱同侧侧俯卧,并微微躬腰,并将大腿抬至与脊柱呈垂直的高度,腹部前侧壁紧贴向床垫,直到宫口全开为止。

**1.3 观察指标** 观察两组初产妇的分娩结局情况,比较两组初产妇干预前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分的变化情况。HAMA 量表由 Hamilton 于 1959 年编制,共 14 个项目:焦虑心境、紧张、害怕、失眠、认知功能、抑郁心境、躯体性焦虑(肌肉系统)、以及感觉系统、心血管系统症状、呼吸系统症状、胃肠道症状、生殖泌尿系统症状、植物神经系统症状会谈时行为表现。主要用于评定焦虑症状的严重程度,每个项目 0~4 分,5 个级别:0 分为无症状,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度,4 分为极重度。HAMD 量表是评价抑郁状态时最常用的量表,共分为 24 个项目,包括抑郁情绪、有罪感、自杀、入睡困难等,每个项目 0~4 分,5 个级别:0 分为无症状,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度,4 分为极重度。HAMA 和 HAMD 评定标准:评分小于或等于 7 分为正常,分值下降超过 50%的为轻度,分值下降超过 25%的为中度,分值下降小于或等于 25%的为重度。总有效率=正常率+轻度率。同时对比观察两组初产妇分娩的各产程时间。

**1.4 统计学处理** 统计分析时采用 SPSS17.0 软件分析,计数资料组间比较用  $\chi^2$  检验,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组初产妇的分娩结局情况** 研究组初产妇剖宫产率(7.27%)、自然分娩率(90.91%)、钳产率(1.82%),与对照组初产妇剖宫产率(41.82%)、自然分娩率(43.64%)、钳产率(14.54%)相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组初产妇的分娩结局情况[n(%)] |          |           |            |          |
|------------------------|----------|-----------|------------|----------|
| 组别                     | <i>n</i> | 剖宫产       | 自然分娩       | 钳产       |
| 研究组                    | 55       | 4(7.27)*  | 50(90.91)* | 1(1.82)* |
| 对照组                    | 55       | 23(41.82) | 24(43.64)  | 8(14.54) |

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

**2.2 两组初产妇干预前后 HAMA 评分和 HAMD 评分的变化情况** 干预后,研究组初产妇与对照组初产妇的 HAMA 评分和 HAMD 评分均有所降低,但研究组的总有效率(96.36%)高于对照组的总有效率(56.36%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

| 表 2 两组初产妇干预前后 HAMA 评分和 HAMD 评分的变化情况[n(%)] |          |     |            |           |           |           |
|-------------------------------------------|----------|-----|------------|-----------|-----------|-----------|
| 组别                                        | <i>n</i> | 时间  | 正常         | 轻度        | 中度        | 重度        |
| 研究组                                       | 55       | 干预前 | 0(0.00)    | 10(18.18) | 23(41.82) | 22(40.00) |
|                                           |          | 干预后 | 37(67.27)* | 16(29.09) | 2(3.64)   | 0(0.00)   |
| 对照组                                       | 55       | 干预前 | 0(0.00)    | 11(20.00) | 21(38.18) | 23(41.82) |
|                                           |          | 干预后 | 17(30.91)  | 14(25.45) | 15(27.27) | 9(16.36)  |

注:与干预后对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

**2.3 对比观察两组初产妇自然分娩的各产程时间** 研究组初

产妇自然分娩的第一产程用时(317.64±79.41)min、第二产程用时(26.37±6.60)min 和第三产程用时(4.10±1.03)min,均低于对照组初产妇自然分娩的第一产程用时(401.47±100.37)min、第二产程用时(38.13±9.54)min 和第三产程用时(6.38±1.60)min,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

| 表 3 两组初产妇自然分娩的各产程时间(min, $\bar{x} \pm s$ ) |          |               |             |            |
|--------------------------------------------|----------|---------------|-------------|------------|
| 组别                                         | <i>n</i> | 第一产程          | 第二产程        | 第三产程       |
| 研究组                                        | 50       | 317.64±79.41* | 26.37±6.60* | 4.10±1.03* |
| 对照组                                        | 24       | 401.47±100.37 | 38.13±9.54  | 6.38±1.60  |

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨 论

近几年来,我国剖宫产的发生率逐年增加,很多初产妇即使胎位等各项指标均符合自然分娩要求,但是因为恐惧、焦虑和害怕分娩疼痛,担心发生意外等不愿采取自然分娩而选择剖宫产<sup>[3]</sup>。临床上,产妇在分娩过程中如果负性情绪较严重,将会造成产程延长,增加了难产的风险,影响到分娩结局。剖宫产虽减少了产妇分娩过程中的痛苦,却也存在一定的弊端,如术后恢复较自然分娩慢,产后容易出现并发症等。目前,临床是对初产妇多采用助产责任制护理模式进行护理,它是一种新型助产护士实践模式,为产妇提供更人性化的护理,重视产妇的精神因素,实施有效的心理护理,产妇提供更为优质的护理服务<sup>[4]</sup>。

全程助产责任制是在导乐分娩基础上发展起来的,比起较传统的助产模式,全程助产责任制的责任更加明确。助产人员实行弹性工作制,为产妇提供一对一的全程陪伴分娩,同时负责健康教育、心理和生活上的护理,而工作人员和整体工作时间并不增加,充分利用的医院的人力资源,调动了护理人员的积极性,也避免了传统助产模式在交接过程中对产妇的处理存在拖延的现象;全程助产责任制的护理模式使产妇和助产士的接触时间较长,可以有针对性地可以对产妇进行个性化的指导。初产妇在助产士的全程陪同下,可以缓解产妇紧张、焦虑等情绪,使得产妇积极配合分娩,有利于母婴健康<sup>[5]</sup>。本研究结果显示,研究组初产妇剖宫产率(7.27%)、自然分娩率(90.91%)、钳产率(1.82%)与对照组初产妇剖宫产率(41.82%)、自然分娩率(43.64%)、钳产率(14.54%)相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预后研究组初产妇与对照组初产妇的 HAMA 评分和 HAMD 评分均有所改善,但研究组的总有效率(96.36%)明显高于对照组的总有效率(56.36%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。通过助产士向初产妇开展产前教育,向产妇讲解分娩的相关知识及信息,不同程度的减轻了初产妇对分娩过程的恐惧心理,以达到提高自然分娩的目的<sup>[6]</sup>。另外,助产士具有丰富的助产经验,对初产妇实施产前教育更加具有说服力。助产士对产妇进行全面的产前教育,心理护理,指导初产妇在分娩过程中正确呼吸、用力,克服恐惧心理,还为初产妇提供了分娩前,分娩中和分娩后的全面知识,有助于初产妇充分配合,缓解产妇的负性情绪以及分娩过程中的疼痛,促进胎儿顺利娩出,保证母体和胎儿的安全<sup>[7-8]</sup>。

研究还发现,研究组初产妇自然分娩的第一产程用时(317.64±79.41)min、第二产程用时(26.37±6.60)min、第三产程用时(4.10±1.03)min 均明显短于对照组初产妇自然分娩的第一产程用时(401.47±100.37)min、第二产程用时

(38.13±9.54)min、第三产程用时(6.38±1.60)min,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。通过体位干预,使初产妇变换体位找到一个最适合的分娩体位,同时在变换体位的过程中转移产妇的注意力,使得身心得到放松,减轻了分娩的疼痛,缩短了产程;通过体位干预,还能有效预防难产的发生及避免剖宫产<sup>[9-10]</sup>。虽然全程助产责任制护理模式存在着诸多优势,但由于目前医院的临床和护理工作普遍比较繁忙,一对一的护理模式是否能长期执行下去还有待研究。

综上所述,助产责任制护理模式配合体位干预可以有效缓解初产妇的负性情绪,提高自然分娩率,促进各产程的顺利进行,可以在临床上推广运用。

参考文献

[1] 周凤勤,杨志敏. 责任制助产护理对初产妇分娩方式及产程进展的影响[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(22):177-179.

[2] 赵晓玲,张军,周燕莉. 责任制助产模式的临床应用及效果评价[J]. 护理学报,2012,19(14):55.

[3] 贾红光,马金霞,马海燕. 产程中实施舒适护理对初产妇分娩的影响[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(32):3893-3894.

• 临床探讨 •

[4] 顾春怡,武晓丹,张铮,等. 助产服务模式的实践研究现状[J]. 中华护理杂志,2011,46(4):413-415.

[5] 郭翠琴,常慧. 责任制助产护理对产科产妇分娩方式及母婴结局的影响[J]. 国际护理学杂志,2012,31(9):1609-1611.

[6] 丰贵香. 舒适护理对初产妇负性情绪、疼痛及分娩结局的影响[J]. 中国现代医生,2013,51(17):106-107,110.

[7] 鲁燕,马慧华. 责任制助产护理对初产妇分娩方式及产程进展的影响[J]. 国际护理学杂志,2014,33(2):302-304.

[8] 康秀兰. 舒适护理在产程中的应用效果观察[J]. 护理实践与研究,2011,8(18):14-15.

[9] 潘小萍,周晔,麻晓敏,等. 全程优质护理模式对初产妇妊娠结局及焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国现代医生,2012,50(36):122-123,126.

[10] 黄萍. 优质护理服务对孕产妇幸福指数的影响[J]. 中华现代护理杂志,2012,18(7):785-787.

(收稿日期:2016-02-25 修回日期:2016-05-05)

癌症疼痛护理策略团队在胃癌术后患者癌性疼痛管理中的应用价值

陈海珠

(海南省儋州市农垦那大医院外三科 571700)

**摘要:**目的 探索癌性疼痛护理策略团队在胃癌患者术后癌性疼痛管理中的应用价值。方法 将本院 2013 年 1 月至 2014 年 7 月行手术治疗的 66 例胃癌患者纳入本研究,且采用随机数字表法分作两组,对照组 33 例接受常规护理,而观察组 33 例接受癌症疼痛护理策略团队实施的护理干预,评价并比较患者术后情况、疼痛视频模拟评分法(VAS 评分)及患者对疼痛控制的满意率。**结果** 观察组患者下床活动时间及平均住院时间均低于对照组,而患者芬太尼用量高于对照组,且组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者干预后 VAS 评分低于对照组干预后,且组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者对疼痛控制满意率高于对照组,且组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 癌性疼痛护理策略团队用于胃癌患者术后癌性疼痛管理效果较好,能够减轻患者癌性疼痛,并提高患者对疼痛控制满意度,应用价值较高。

**关键词:**癌症疼痛护理策略团队; 胃癌; 癌性疼痛管理

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.061 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1887-02**

胃癌一直是我国发病率较高的一种恶性肿瘤,主要采取根治手术治疗,但患者术后会产生恐惧、焦虑等负性情绪,增加其术后疼痛。癌症疼痛是行手术治疗的癌症患者最常见的并发症,不仅影响患者睡眠及正常生活,还给患者的精神和心理均造成极大的影响,不利于患者的术后恢复<sup>[1-2]</sup>。随着近些年临床护理的发展,癌症患者术后疼痛护理已经逐渐被患者和临床所重视,而癌性疼痛的护理也成为临床研究的重点课题<sup>[3]</sup>,本研究旨在探索癌症疼痛护理策略团队在胃癌患者术后癌性疼痛管理中的应用价值,为临床工作提供一定的帮助,现将取得的成果报道如下。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将本院 2013 年 1 月至 2014 年 7 月行手术治疗的 66 例胃癌患者纳入本研究,其中男 36 例,女 30 例,年龄 34~76 岁,平均年龄(62.04±4.33)岁,预计生存期在 6 个月以上。所有患者当中胃体癌 32 例,胃底贲门癌 19 例和胃窦癌 15 例。患者文化程度均为初中及以上,能与医护人员进行良

好沟通,确保医疗工作的顺利进行;排除伴精神异常、意识模糊或语言、听力障碍者;存在其他躯体疾病引起疼痛的患者;合并其他重要脏器严重功能异常者等。本研究符合医院伦理委员会相关要求且通过审核批准,患者本人均知情并同意参与研究,采用随机数字表法将其分作两组,各有 33 例,而患者性别、年龄、肿瘤部位及文化程度等临床资料经比较后差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 对照组患者均接受常规护理,包括心理护理、健康教育、药物指导等。

**1.2.2 观察组** 观察组患者则接受癌症疼痛护理策略团队实施的护理干预,具体如下。(1)组建癌症疼痛护理策略团队,由具有丰富临床护理经验的疼痛专科或肿瘤专科护士担任队长,相关科室优秀护士作为核心队员,相关科室临床一线护理人员作为联络员。所有人员均定期进行培训,组织学习疼痛相关知识,以不断丰富护理人员对疼痛相关知识的掌握,了解疼痛的