

[9] 肖震.布地奈德鼻喷剂在支气管哮喘合并变应性鼻炎中的治疗效果观察[J].中国医学创新,2013,10(4):142-143.

[10] Asako O,Kazuto M,Tadashi K,et al. Ongoing allergic rhinitis impairs asthma control by enhancing the lower airway inflammation[J]. The Journal of Allergy and Clinical Immunology,In Practice,2014,2(2):172-178.

[11] Carmen R,Paloma C,Maria AZ,et al. Follow-up study in local allergic rhinitis shows a consistent entity not evolving to systemic allergic rhinitis [J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology,2014,133(4):1026-1031.

[12] 李岚,崔碧云,骆翠媚. 屋尘螨特异性免疫治疗全身不良反应分析[J]. 护理实践与研究,2013,10(1):34-36.

[13] 徐振华,罗菁,古志林,等. 三伏灸治疗变应性鼻炎的疗效与贴药年限的关系[J]. 中华中医药杂志,2015,30(7):2490-2492.

[14] 张志敏,李国义,陈向军. 特异性免疫治疗对变应性鼻炎患者免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(3):281-283.

[15] 齐景翠,赵玉林,李伟亚. 郑州地区变应性鼻炎患儿变应原谱分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(5):404-406.

[16] 李江丽,刘积平,文玉敏. 百色市儿童变应性鼻炎过敏原调查与分析[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(6):885-886.

(收稿日期:2017-01-19 修回日期:2017-02-27)

• 临床探讨 •

某地区 9 373 例新生儿出生体质量分析

陈古月

(重庆市沙坪坝区妇幼保健计划生育服务中心公共卫生科 400030)

摘 要:**目的** 探讨某地区新生儿出生体质量的状况及其相关影响因素,为孕期保健工作提供指导。**方法** 收集 2015 年 6 月 1 日至 12 月 31 日沙坪坝区助产机构分娩的新生儿 9 373 例,并进行回顾性研究。**结果** 新生儿出生体质量为(3 268.43±493.736)g,最大 5 270 g,最小 320 g,不同性别的新生儿出生体质量比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。新生儿出生体质量与孕母年龄、孕周、分娩方式有关,与孕次、产次无明显关系。低体质量儿的发生率为 5.68%,巨大儿发生率为 5.30%。**结论** 本调查结果显示,新生儿性别、孕母年龄、孕周是新生儿出生体质量的影响因素,分娩方式与出生体质量有关。

关键词:新生儿; 出生体质量; 影响因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.060 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)13-1987-03

新生儿出生体质量可体现遗传、种族、生活习惯、孕期营养及是否受并发症影响等综合因素,同时反映孕期胎儿宫内的发育状况,也是衡量新生儿身体素质的重要指标。目前,早产或出生低体质量已成为中国婴儿首要的病死因素,而巨大儿发生后出血的概率明显增高,增加分娩中母婴的安全风险^[1]。现探讨该地区新生儿出生体质量现状及其相关影响因素,为提高母婴健康水平提供参考资料。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月 1 日至 12 月 31 日沙坪坝区助产机构分娩的新生儿及其母亲为研究对象。纳入标准:娩出时具有呼吸、心跳、脐带搏动,以及随意肌运动至少 1 项基本信息的新生儿。排除标准:分娩时为死胎、死产。符合纳入标准的新生儿共 9 373 例,男 4 859 例(51.84%),女 4 514 例(48.16%),男:女=107.64:100。根据《儿科学(第 8 版)》标准^[2],将新生儿按照出生体质量进行分组。出生 1 h 内,体质量大于或等于 2 500 g 且小于或等于 4 000 g 为正常出生体质量儿,体质量小于 2 500 g 为出生低体质量儿,其中体质量小于 1 500 g 为出生极低体质量儿,体质量大于 4 000 g 为巨大儿。

1.2 方法 采用回顾性整群抽样方法,将该地区所有助产机构的出生证明系统地录入所有活产儿及其母亲信息的详细资料进行分析比较,包括新生儿性别、出生体质量和产妇产周、年龄、孕次、胎次、分娩方式等。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验,计数资料以率

(%)表示,组间比较应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 男女性新生儿出生体质量结果比较 男婴出生平均体质量为(3 326.850±501.589)g,其中最小 745 g,最大 5 240 g;女婴出生平均体质量为(3 205.540±477.269)g,其中最小 320 g,最大 5 270 g;男女性比较,差异有统计学意义($P<0.001$)。见表 1。

表 1 男女性新生儿体质量结果比较(g)				
性别	例数(n)	体质量($\bar{x}\pm s$)	最小值	最大值
男性	4 859	3 326.850±501.589	745	5 240
女性	4 514	3 205.540±477.269	320	5 270
合计	9 373	3 268.430±493.736	320	5 270

2.2 新生儿体质量单因素分析 孕母年龄小于 20 岁时,分娩极低体质量儿和出生低体质量儿的比例较大,分别为 1.86%和 10.56%,不同年龄段生产的新生儿体质量比较,差异有统计学意义($\chi^2=64.907,P<0.001$)。孕周为 28~32 周时,分娩出极低体质量儿的比例较大,为 30.86%;92.39%孕周为 37~42 周的孕妇都可分娩出正常体质量的新生儿,不同孕周生产的新生儿体质量比较,差异有统计学意义($\chi^2=4 510.678,P<0.001$)。剖宫产巨大儿发生率为 7.46%,低体质量发生率为 7.22%;不同生产方式的新生儿体质量比较,差异有统计学意

义($\chi^2=153.861, P<0.001$)。见表 2。

表 2 新生儿体质量单因素分析结果[n(%)]

因素		合计(n)	极低体质量儿	低出生体质量儿	体质量正常儿	巨大儿	χ^2	P
孕母年龄(岁)	<20	161	3(1.86)	17(10.56)	135(83.85)	6(3.73)	64.907	<0.001
	20~25	2 512	12(0.48)	112(4.46)	2 273(90.49)	115(4.58)		
	>25~30	4 179	17(0.41)	177(4.24)	3 748(89.69)	237(5.67)		
	>30~35	1 854	4(0.22)	120(6.47)	1 624(87.59)	106(5.72)		
	>35	667	4(0.60)	67(10.04)	563(84.41)	33(4.95)		
孕周(周)	27	1	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	4 510.678	<0.001
	>27~32	81	25(30.86)	55(67.90)	1(1.23)	0(0.00)		
	>32~36	589	10(1.70)	276(46.86)	302(51.27)	1(0.17)		
	>36~42	8 702	4(0.05)	162(1.86)	8 040(92.39)	496(5.70)		
	>42	0	0(0.00)	0(0.00)				
分娩方式	经阴产	4 924	17(0.35)	172(3.49)	4 570(92.81)	165(3.35)	153.861	<0.001
	剖宫产	4 449	23(0.52)	321(7.22)	3 773(84.81)	332(7.46)		
胎次(次)	1	5 935	24(0.40)	304(5.12)	5 302(89.33)	305(5.14)	15.789	0.071
	2	3 208	15(0.47)	165(5.14)	2 852(88.90)	176(5.49)		
	3	213	1(0.47)	22(10.33)	174(81.69)	16(7.51)		
	>3	17	0(0.00)	2(11.76)	15(88.24)	0(0.00)		
孕次(次)	1	3 184	15(0.47)	156(4.90)	2 843(89.29)	170(5.34)	9.033	0.172
	2 或 3	4 298	17(0.40)	216(5.03)	3 851(89.60)	214(4.98)		
	≥4	1 891	8(0.42)	121(6.40)	1 649(87.20)	113(5.98)		
合计		9 373	40(0.43)	493(5.26)	8 343(89.01)	497(5.30)		

3 讨 论

孕前保健咨询、孕前体质量指数、孕前有害物质接触史,以及妊娠期营养状况等孕前和孕期保健情况和新生儿体质量密切相关^[3]。目前,我国新生儿出生平均体质量为 3 000 g,本研
究结果显示该地区新生儿出生平均体质量为(3 268.430±493.736)g,略高于国内标准,可能与近年来生活水平提高相关。男性平均体质量明显高于女性($P<0.05$),符合新生儿体质量有性别差异的观点。

新生儿出生体质量与孕母年龄、孕周、分娩方式有关,与孕次、产次无明显关系。随孕周增加,新生儿体质量也增加。我国各地区出生低体质量儿发生率不同,为3.53%~7.21%^[4-5]。本研究结果表明,出生低体质量儿的发生率为5.26%,随孕周延长,胎儿生长快速,体质量明显增加,32 孕周以下的新生儿几乎都为出生低体质量儿,33~36 孕周新生儿低体质量发生率为 46.86%,足月新生儿低体质量发生率为1.86%。早产是导致出生低体质量的主要因素,宫内胎儿生长和妊娠持续时间是决定出生体质量的直接因素,既有母孕期的环境因素,也有遗传因素。

本地区孕母年龄小于 20 岁,低出生体质量发生率最高,达 10.56%,随着年龄增加,低出生体质量发生率逐渐降低至 5%~6%左右,但随着孕母年龄大于 35 岁,低出生体质量发生率又增至 10.04%,与国内相关调查研究基本一致^[6]。女性最佳的生殖预后年龄为 25~30 岁。生育年龄过小,母体生理发育尚不成熟,产前保健不完善,胎盘营养不足导致妊娠风险增

加。而生育年龄过大,母体的慢性合并症增多,子宫血管内皮损伤,胎盘功能不良会导致妊娠并发症的风险增加^[7]。

本研究巨大儿发生率为 5.30%,低于相关研究报道^[8-9]。男性巨大儿发生率为 6.94%,女性巨大儿发生率为 3.54%,男性明显高于女性($P<0.05$),与有关研究一致^[10]。巨大儿增加了生产的难度,也增加了产后出血的概率,此外巨大儿也易发生窒息和低血糖、颅内出血等,增加围生儿病死率。孕产妇在孕期摄入过度营养且未合理运动,孕妇体质量增速过快,妊娠期糖尿病,糖尿病合并妊娠、大孕周,父母高大等,易导致巨大儿发生。众多高危因素中,孕前体质量指数和孕期体质量增长是巨大儿发生的主要危险因素,对这 2 项指标进行控制才能有效降低巨大儿的发生^[11-12]。因此,加强孕期教育宣传和合理调整饮食十分重要,建立科学的饮食结构,适当锻炼,早期筛查、诊断、治疗妊娠期糖尿病,防止巨大儿发生^[13]。

综上所述,新生儿出生体质量受多方面因素影响,新生儿的性别、孕周、孕母年龄会对出生体质量产生较明显的影响,从孕前和孕期不同阶段针对高危因素入手,根据孕妇实际情况,加强待孕女性及孕产妇的健康教育,加强孕期管理提供营养指导,做好孕期保健工作,可减少巨大儿和低体质量儿的发生率,预防各种并发症的发生。

参考文献

[1] 崔浩,何春华.1996—2013 年中国早产或低出生体重儿死亡率变化趋势分析[J].中华预防医学杂志,2015,49(2):

161-165.

[2] 王卫平. 儿科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 93.

[3] 李珍珍, 赵晓燕. 孕前及孕期保健对新生儿出生体重的影响分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(15): 2125-2126.

[4] 陈奕, 李光辉. 我国低出生体重儿的影响因素[J]. 中华围产医学杂志, 2015, 18(10): 755-760.

[5] 邓秀容. 低出生体重儿的围生期相关因素及对策分析[J]. 中国实用医药, 2015, 15(3): 240-241.

[6] 房少华, 赵钟敏. 1989—2011 年云南低出生体重流行病学研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(35): 5753-5756.

[7] 徐阳. 女性生育的最佳时期[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(4): 242-244.

[8] 黄彦红, 李荔荔. 沈阳市新生儿出生体重分布及影响因素 • 临床探讨 •

调查分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(18): 3046-3047.

[9] 王小新, 姜海利. 2 221 例新生儿出生体重影响因素分析[J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44(4): 89-91.

[10] 何微微, 金艳君. 829 例巨大儿影响因素分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2015, 35(2): 231-233.

[11] 沈婉容, 谈韬. 孕期体重增长与出生体重关系研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(2): 249-251.

[12] 黄微, 袁秀琴. 新生儿出生体重影响因素[J]. 中国医学科学杂志, 2013, 41(4): 365-368.

[13] 于海玉. 巨大儿发生的相关因素对母婴的影响[J]. 中国当代医药, 2014, 21(12): 39-41.

(收稿日期: 2017-01-20 修回日期: 2017-02-28)

人文关怀能力培训对护士关怀能力和生命意义感的影响

文 燕, 李 敏, 张 丹

(四川省安岳县人民医院护理部 642350)

摘 要:目的 探讨人文关怀能力对护士关怀能力和生命意义感的影响。方法 抽取该院不同科室的护士共 506 例, 通过调查问卷的形式对其基本的人口学资料进行统计, 对关怀能力进行调查, 分析影响护士关怀能力的因素。将 502 例护士随机分为 2 组, 每组 251 例, 干预组护士接受为期 20 学时的人文关怀课程培训, 并参与实践活动; 对照组护士不接受任何培训, 比较干预前后 2 组护士的关怀能力、生命意义感。结果 2 组护理人员初次调查时的关怀能力、生命意义感评分结果分别为(195.52, 19.578)、(68.10, 14.29)分, 均处于较低水平。护士的关怀能力随职称升高而增加, 不同职称护士的关怀能力得分比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 而对职称进行两两比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。护士基本资料对其生命意义感均无显著影响($P>0.05$)。干预后干预组护士的关怀能力和生命意义感的单项评分、总得分均显著高于干预前和干预后的对照组(除生活自由外), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 护士基本状态对其关怀能力和生命意义感并无显著影响, 通过人文关怀课程的培训则有利于提高关怀能力, 以及生活品质、生命价值、生活目标。

关键词:人文关怀能力; 培训; 护士关怀能力; 生命意义感

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.061 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)13-1989-04

随着医疗技术水平的提升和我国医疗卫生事业改革的不断推进, 人们对医疗服务的要求不断提高, 临床医疗工作中的新模式: 生物-心理-社会也应运而生^[1]。护理工作的重点也从人的生物属性不断向社会属性调整。注重患者的人文关怀和人文护理在全世界范围内形成广泛的共识, 在护理中以患者为中心, 做到以人为本, 重视患者的心理需求、尊严与人格需求, 才能深入贯彻落实优质护理服务的内涵, 建立健康和諧的护患关系, 这对患者、患者家属、护士都具有重要的意义^[2-3]。现通过调查问卷的形式对护士的关怀能力、生命意义感进行评价, 分析其影响因素, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取该院不同科室的护士共 506 例作为研究对象, 通过调查问卷的形式对其基本的人口学资料进行统计, 对其关怀能力进行调查。本调查发放问卷 506 份, 回收 506 份, 回收率 100%, 其中无效问卷 4 份, 有效率 99.60%。调查对象的平均年龄(29.13±6.654)岁, 平均工作年限(7.738±7.281)年。将 502 例护士随机分为 2 组, 每组 251 例, 2 组护士的年龄、文化程度等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 培训活动

对照组护士不接受任何培训干预。干预组

护士接受为期 20 学时的人文关怀课程培训, 培训以课堂讲授为主要方式, 结合授课需要和实际要求综合性应用小组讨论、分析、经验交流、情景模拟及多媒体播放等多种形式, 如《人生不设限》、《心灵点滴》、《心灵捕手》等, 对人文关怀的相关知识进行教授, 让护理人员了解实施人文护理的重要性和必要性; 同时, 积极进行医院文化形象、文化氛围的建设, 加强对护士礼仪、沟通技巧的培训, 提高其人文素养, 为建立良好护患关系夯实基础^[4-5]。

1.2.2 实践活动

建立关怀小组、微信群, 加强护士之间交流, 关心、帮助生病及有困难的护士, 让其感受领导、同事的关心、关怀, 舒缓工作生活的压力; 并以各种节假日、纪念日为契机有计划地让护士参与义诊、关爱贫困患者、贫困学生等公益活动, 通过正能量传播, 培养护士博爱、奉献、互助的志愿服务精神和服务社会的人文情怀^[6-7]。让护士对生命的价值、意义深入了解, 做到尊重生命、积极生活, 对待患者的态度和对待个人生活的态度都有一个新的提升。

1.3 评价标准

采用生命意义量表(PIL)对所有参与本调查研究护士的生命意义进行调查, 共 4 个维度(20 个条目)^[6]。分别是生活品质、生活目标、生命价值、生活自由, 以 likert 5 级评分制进行评分, 每个条目的评分为 1~5 分, 得分越高, 生命意义越强。总分大于 80 分为有明确的生活目的和意义感, 总