

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.18.032

临床综合护理干预措施在子宫收缩乏力产妇中应用效果

王清萍

(四川省甘孜藏族自治州人民医院妇产科 626000)

摘要:目的 考察临床综合护理干预措施在子宫收缩乏力产妇中的应用效果及体会。方法 选取子宫收缩乏力的孕产妇 84 例,将按照随机数字表法分为对照组(42 例)和观察组(42 例),两组患者均采用常规处理方法治疗产后出血,在此基础上,对照组实施普通护理,观察组则采用临床综合护理干预,考察两组分娩情况、产后出血及满意率等。结果 观察组自然分娩率、新生儿窒息发生率及总产程分别为 83.3%、2.4%、(7.6±1.9)h,对照组自然分娩率、新生儿窒息发生率及总产程分别为 57.1%、16.7%、(10.8±2.4)h,两组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组产后各阶段出血情况与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组的临床总满意率 95.2%与对照组的临床总满意率 78.6%比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 产妇产娩时,护理人员密切关注产妇生理状况,实施综合护理干预措施,可提高自然分娩率,减少产后出血及提高患者的满意率,有助于产妇产后康复,具有一定的临床借鉴意义。

关键词:子宫收缩乏力; 产后出血; 综合护理干预

中图分类号:R714

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)18-2795-03

产后出血(PPH)是指胎儿娩出后 24 h 内出血量大于 500 mL,是孕妇分娩中较常见的危险因素之一,诱发产后出血的因素比较多,如胎盘粘连、胎盘植入、软产道损伤、凝血功能障碍、子宫收缩乏力等,其中因子宫收缩乏力导致产后出血约占 70%以上,及时采取合理的治疗方案纠正子宫收缩乏力,可减少产后出血的发生率,对提高产妇产后的生活质量具有十分重要的意义。近年研究发现,在纠正子宫收缩乏力的过程中给予良好的临床护理对改善产妇产后子宫收缩性乏力性出血有关键作用^[1-3]。本文笔者回顾性分析本院临床综合护理干预措施在子宫收缩乏力产妇中应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1—12 月本院妇产科收治的 84 例子宫收缩乏力的孕产妇,将其按照随机数字表法分为对照组(42 例)和观察组(42 例)。其中对照组初产妇 31 例,经产妇 11 例;年龄 22~35 岁,平均(28.3±6.8)岁;孕期 36~42 周,平均(39.2±1.6)周。观察组初产妇 33 例,经产妇 9 例;年龄 21~36 岁,平均(28.1±6.9)岁;孕期 37~42 周,平均(39.1±1.5)周。两组患者的年龄、孕期等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 参与研究的两组患者均根据其实际病情,采用合适的治疗方法进行止血,所用药物主要有缩宫素、麦角甾醇、米索前列醇等,若仍无效则行子宫全切除术进行止血。对照组实施常规护理,即根据患者的实际情况并遵循医嘱进行护理,观察组则实施综合护理干预措施,具体如下。

1.2.1 产前预防干预 详细了解患者的基本情况,对有产后出血高危因素的患者应加强监测,严格遵循

医嘱注射缩宫素等药物,以便能够有效促进产后子宫的快速恢复;加强对产妇产阴部的护理,防止会阴部出现裂伤;胎儿娩出后,护理人员应及时为产妇的子宫进行按摩,以促进子宫的快速收缩,如果护理人员持续按摩超过 15 min 仍未获得较好的效果,应及时告知主治医生,以便能够及时调整护理方案,确保获得良好的护理效果^[4]。

1.2.2 心理护理 孕产妇在分娩前拥有良好的心理状态,对于减少因子宫收缩乏力而诱发的产后出血具有极其重要的意义。分娩前,护理人员应积极加强与孕产妇的沟通交流,了解孕产妇的心理状态,对出现恐慌情绪等不良心理状况的孕产妇,护理人员应及时进行疏导,鼓励和安慰孕产妇积极配合医生进行分娩,使其增强信心,有利于降低产后出血的发生^[5]。

1.2.3 第一产程护理 孕产妇的心理状态对第一产程具有极其重要的影响,护理人员应在孕妇产前将分娩知识等进行详细的讲解,使孕产妇对分娩的生理过程、宫缩阵痛等有一初步的了解,做好心理准备,同时向孕产妇科学讲解减轻宫缩痛的技巧,确保孕产妇均熟练掌握和使用;向孕产妇讲述不良心理会对产程等产生较大的负面影响,鼓励孕产妇积极面对分娩过程,防止负面情绪对产程的影响;告知孕产妇应保持良好的心态,亦应保持体力,以便能够积极应对分娩。

1.2.4 第二产程护理 分娩前应做好各种准备,尤其应做好抢救的准备工作。产妇如果出现宫缩乏力型出血,通常会比较严重,甚至会因失血过度而出现休克等,会给临床救治带来较大的影响。如过度失血会致使血管的充盈性较差,静脉穿刺变得十分困难,往往会贻误抢救的时机,甚至会危及产妇的生命健康,严重影响临床救治的效果。因此产妇进入产房

后,除了严密监测患者的基本生理指标外,还应预防性建立静脉通道,一旦发生意外情况,可为成功抢救创造有利的条件。

1.2.5 第三产程护理 为有效预防子宫收缩乏力诱发出血状况的出现,通常在胎儿娩出后立即于产妇的宫颈部位注射适量的缩宫素,同时静脉滴注缩宫素,以便能够有效防止子宫下段出现收缩乏力情况的出现;待胎盘娩出后,护理人员应立即按摩产妇的子宫,以便能够及时发现产后宫缩性乏力性出血,并采取合理的方案进行治疗;产后护理人员应仔细检查胎盘胎膜的状况,避免胎膜残留诱发产后出血;对于子宫过度膨隆的孕产妇,护理人员应在产后可将砂袋置于子宫底部或使用收腹带包扎,以便能够促进子宫肌收缩复功能^[6-7]。

1.2.6 产后 2 h 护理 临床研究经验显示,子宫收缩乏力性出血通常发生在产后 2 h 内,因而产后 2 h 实施良好的临床护理对降低产后出血的发生率具有十分重要的作用。护理人员在产后 2 h 内应对产妇进行严密监测,如血压、子宫收缩情况、阴道流血情况等,同时每隔 30 min 按摩 1 次子宫,如有意外以便及时处理。产妇在分娩后应注意休息并进食营养物质,以促进产后体力的恢复;及时进行心理疏导工作,防止因新生儿的性别影响产妇的心情,同时做好家属的思想工作,缓解因性别不如意而影响产妇的心情等。

1.3 疗效判定 考察并比较两组产妇的分娩情况,考察指标主要包括自然分娩情况、新生儿窒息发生情况及总产程的时间等,同时将出血量分为一般、过多和过大。一般:产时出血量在 200 mL 以上;过多:产后 2 h 出血量在 200 mL 以上;过大:产后 2~24 h 持续出血在 200 mL 以上。采用自制的满意度调查表对参与研究的人员进行满意度调查,其中满意度根据得分情况分为非常满意、基本满意、一般和不满意,非常满意:得分 ≥ 90 分;基本满意:得分 $\geq 75 \sim < 90$ 分;一般:得分 $\geq 60 \sim < 75$ 分;不满意:得分低于 60 分。临床总满意率=(非常满意例数+基本满意例数+一般例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对数据进行处理,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 两组患者分娩情况比较 观察组自然分娩率、新生儿窒息率及总产程时间与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者产后出血情况比较 观察组产后各阶段出血情况与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者的满意率比较 对照组的临床总满意率为 78.6%,观察组的临床总满意率为 95.2%,两组

临床总满意率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组患者分娩情况统计

| 组别 | <i>n</i> | 自然分娩率 [<i>n</i> (%)] | 新生儿窒息率 [<i>n</i> (%)] | 总产程时间 ($\bar{x} \pm s, h$) |
|-----|----------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| 对照组 | 42 | 24(57.1) | 7(16.7) | 10.8 \pm 2.4 |
| 观察组 | 42 | 35(83.3)* | 1(2.4)* | 7.6 \pm 1.9* |

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表 2 两组患者产后出血情况统计[*n*(%)]

| 组别 | <i>n</i> | 一般 | 过多 | 过大 |
|-----|----------|-----------|----------|---------|
| 对照组 | 42 | 20(47.6) | 15(35.7) | 7(16.7) |
| 观察组 | 42 | 31(73.8)* | 9(21.4)* | 2(4.8)* |

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表 3 两组患者临床满意情况比较

| 组别 | <i>n</i> | 非常满意 (<i>n</i>) | 基本满意 (<i>n</i>) | 一般 (<i>n</i>) | 不满意 (<i>n</i>) | 总满意率 (%) |
|-----|----------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| 观察组 | 42 | 17 | 20 | 3 | 2 | 95.2* |
| 对照组 | 42 | 11 | 15 | 7 | 9 | 78.6 |

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨 论

产后出血系指胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL,产后 2 h 容易出现产后出血。宫缩乏力诱发出血是重要的因素之一,产后出血的临床主要表现为阴道在短时间内大量出血,部分为长时间持续流血,如未采取有效的措施进行干预,将会出现感染、贫血、休克等,严重者会出现脏器衰竭甚至死亡等后果^[8-9]。针对产妇产后出血的原因,果断止血对避免患者死亡、确保患者生命安全具有十分重要的意义。近年研究发现,心理因素与子宫收缩具有一定的相关性,产妇若分娩的过程中始终保持良好的心态,将有助于降低产后出血的发生率,护理人员及时对产妇进行心理护理对产妇心态保持具有积极的促进作用^[10]。

综合护理是一种基于普通护理的新模式,护理人员以提高患者的就医质量为目的,全面、细致地为患者提供个性化的护理^[11]。本文笔者通过为孕产妇提供综合护理,通过从产前预防干预、产妇心理、第一产程、第二产程、第三产程和产后 2 h 各个阶段提供优质的临床护理,患者的产后出血量、分娩情况等较常规护理组明显改善,患者的满意率明显提高,表明该护理模式对孕产妇产后恢复有积极的促进作用,具有一定的临床借鉴意义。

参考文献

[1] 封维恭. 90 例子宫收缩乏力产妇各产程的观察及护理措施对于产妇安全的意义研究[J]. 中国医院药学, 2016, 36(4): 403.
[2] 梁凤桃. 子宫收缩乏力性产后出血患者的护理策略探究

- [J]. 中外医学研究, 2014, 12(8): 93-94.
- [3] 韦秀芬, 王小龙. 子宫收缩乏力性产后出血的高危因素分析及护理干预[J]. 全科护理, 2010, 8(9): 770-771.
- [4] 王小林. 子宫收缩乏力引起产后出血的护理[J]. 实用妇科内分泌杂志, 2016, 3(3): 186-187.
- [5] 孙晶晶. 子宫收缩乏力性产后出血患者的护理策略探究[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(17): 233-234.
- [6] 施晓冬, 李培君. 中西医结合治疗联合护理干预对剖腹产子宫收缩性乏力产后出血影响的分析[J]. 新中医, 2015, 47(2): 274-275.
- [7] 陈丹凤. 中西医结合产程护理对分娩结局的影响[J]. 新中医, 2014, 46(3): 212-214.
- [8] 陈兰. 子宫收缩乏力引起产后出血的原因分析及护理干预[J]. 中外医疗, 2013, 32(32): 159-160.
- [9] 曹晶, 曲红梅, 李珊珊, 等. 综合护理干预在预防宫缩乏力性产后出血中的应用效果评价[J]. 中外女性健康研究, 2017, 3(1): 79.
- [10] 叶慧珍. 综合护理干预在预防宫缩乏力性产后出血中的应用效果[J]. 包头医学院学报, 2017, 33(1): 80-82.
- [11] 李尉东. 综合护理在子宫收缩乏力产妇产后护理中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2015, 24(3): 151-152.

(收稿日期: 2018-02-15 修回日期: 2018-04-30)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.18.033

幽门螺杆菌感染与甲状腺结节患者相关炎性因子的相关性研究

李天沛, 蔡术荣, 尹晓乐, 卢亚敏[△]

(河北省石家庄市裕华区东苑社区卫生服务中心检验科 050000)

摘要:目的 通过研究幽门螺杆菌(HP)感染与甲状腺结节患者血清相关炎性因子的变化,探讨 HP 感染对甲状腺结节的影响及其之间的关系。方法 选取社区体检甲状腺结节患者 108 例,并进行¹⁴C-尿素呼气试验(¹⁴C-UBT),分为 HP 弱阳性组(32 例)、HP 强阳性组(30 例)和 HP 阴性组(46 例)。化学发光法检测甲状腺激素水平和抗体、白细胞介素-6(IL-6),肿瘤坏死因子 α (TNF- α)采用放射免疫分析法测定,用散射比浊法测血清中 C 反应蛋白(CRP)水平,同期检测各组受检者的体质量指数(BMI)、空腹血糖、胰岛素,评估各组胰岛素抵抗指数(HOMA-IR),并对结果进行分析。结果 3 组间游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)、促甲状腺素(TSH)水平差异无统计学意义($P > 0.05$),但异常检出率 3 组间两两比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)、促甲状腺素受体抗体(TRAb)、IL-6、TNF- α 、CRP、BMI、空腹血糖、HOMA-IR 在 3 组间依次升高,均明显高于 HP 阴性组($P < 0.05$);HP 强阳性组 TPOAb、TRAb、IL-6、CRP、BMI、HOMA-IR 高于 HP 弱阳性组($P < 0.05$)。结论 HP 感染与甲状腺结节发病密切相关,可能是其高危因素之一;HP 感染与甲状腺结节的发病机制可能是 IL-6 等促炎症反应的级联放大效应及 HOMA-IR、BMI 的影响。

关键词:幽门螺杆菌感染; 甲状腺结节; 白细胞介素-6; 肿瘤坏死因子; C 反应蛋白; 胰岛素抵抗

中图分类号: R446.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)18-2797-03

幽门螺杆菌(HP)感染是世界范围内的一种主要传染病,约感染了世界上半以上的人口。HP 是消化系统疾病的重要致病因素之一,常导致慢性胃炎、消化性溃疡甚至胃恶性肿瘤等。研究表明,HP 感染所致炎症并不局限于消化道,还可能参与了一些胃肠外疾病的发生、发展过程,并提出这种全身效应可能是通过交叉反应抗体形成、炎性介质、内毒素作用及脂质紊乱等机制发挥作用^[1]。文献研究认为,HP 感染与自身免疫性甲状腺疾病有关,HP 感染的增加与甲状腺自体抗体如甲状腺蛋白抗体(抗 TG)和甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)关系密切,导致了胃分泌功能的异常^[2]。同时,胃黏膜炎性反应诱导了一系列细胞因子表达的上调。近年来甲状腺结节发病率呈快速增高趋势,HP 感染与甲状腺结节的结论各不相同,因此,本研究对甲状腺结节患者的 HP 感染

情况,以及与炎症因子之间的变化关系进行分析,旨在进一步完善 HP 感染对甲状腺结节影响的发病机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2017 年 7 月社区体检甲状腺结节患者 108 例,其中男 58 例,女 50 例;年龄 24~62 岁,平均(41.5±14.7)岁。根据¹⁴C-尿素呼气试验(¹⁴C-UBT)结果,将患者分为 HP 弱阳性组 32 例,其中男 17 例,女 15 例,年龄(39.9±14.0)岁;HP 强阳性组 30 例,其中男 14 例,女 16 例,年龄(40.8±13.5)岁;HP 阴性组 46 例,其中男 27 例,女 19 例,年龄(41.3±13.57)岁。3 组间性别、年龄比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。排除可能影响¹⁴C-UBT 检查结果的药物,肝、肾疾病及其他自身免疫系统疾病,以及创伤或两周内手术史等。甲状腺功