

系统化健康教育对初产妇的影响

黄非男
(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨系统化健康教育对初产妇分娩的影响。方法:将 240 名初产妇随机分为两组,每组 120 例。观察组实施系统化健康教育,对照组接受常规产科检查,比较两组孕妇分娩方式、产程时间、产后 2h 出血量及产时疼痛程度。结果:观察组经系统化健康教育后,自然分娩率提高,产程时间缩短,产后 2h 出血量减少,产时疼痛程度降低,与对照组相比差异有统计学意义, P 均 < 0.01 。结论:系统化健康教育能支持、促进、保护自然分娩。
关键词:系统化健康教育;初产妇;分娩

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0079-03

分娩是一个正常而又复杂的生理过程,它不仅取决于产力、产道和胎儿,也与孕妇的心理状态密切相关。目前,我国实行计划生育,绝大部分为初产妇,由于怀孕阶段体形、内分泌激素水平的改变,以及缺乏对妊娠分娩知识的了解和分娩的直接体验,都会给孕妇造成显著的焦虑、恐惧心理,导致产程延长及分娩方式的改变。我科针对这种情况,对初

便控制 10 项,共 100 分。总分 60 分以上者为生活能基本自理,40~60 分者生活需要帮助,≤40 分者需要很大帮助甚至完全帮助。

1.4 统计学处理 两组患者运动功能、日常生活自理能力比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

两组患者运动功能改善程度比较见表 1, 两组日常生活自理能力改善程度的比较见表 2。结果显示:早期良肢位的康复护理对运动功能改善程度明显优于对照组,对日常生活自理能力的改善程度亦明显优于对照组。

表 1 两组运动功能改善程度的比较 例				
组别	n	明显好转	好转	无效
实验组	50	12	32	6
对照组	50	3	16	31
P 值		<0.05	<0.01	<0.01

表 2 发病当天及 4 周日常生活自理能力改善程度的比较 例						
n	入院时 BI 指数			治疗 4 周后 BI 指数		
	≤40 分	40~60 分	60 分以上	≤40 分	40~60 分	60 分以上
50	29	13	8	5	24	21
50	28	12	10	25	14	11
	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.05	<0.05

3 讨论

脑卒中可致中枢神经功能障碍,表现为肢体瘫痪、失语、心理障碍等;虽然药物对这些神经损伤有一定的作用,但早期积极创造损伤神经修复或代偿的条件能使遭到破坏的运动反射在良好的条件刺激下重新建立起来^[4]。体位、坐位锻炼、站立锻炼、步行锻炼、日常生活活动训练等功能锻炼均有助于偏瘫肢体的功能恢复。

脑卒中偏瘫痉挛姿势表现为上肢的肩下沉后缩、肘关节屈曲、前臂旋前、腕关节掌屈、下肢外旋、髋膝关节伸直、足下垂内翻。采取正确的良肢位是

产妇孕期的生理、心理变化给予个性化、系统化健康教育指导,取得满意效果。现报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象 2007 年 4~7 月在我院产科门诊接受产科检查并住院分娩的孕妇 240 例,随机分为观察组和对照组,每组 120 例。两组孕妇均为初产妇,经 B 超及临床检查为头位,排除巨大儿、多胎、高龄初产。观察组在入院时即给予良肢位摆放,并指导其家属共同参与,保持肢体良好功能的关键^[5]。黄云英等报道经早期给予良肢位摆放,大大降低了足内翻、足下垂等并发症和继发损伤,能明显改善上、下肢运动功能,有效地减少肢体的痉挛和挛缩,促进瘫痪肢体的康复,从而提高患者的生活自理能力,提高生活质量^[6]。良肢位与功能位不同,它是从治疗角度出发而设计的一种临时性体位。偏瘫急性期大部分患侧肢体呈弛缓状态,此阶段不仅不能运动,还会导致关节半脱位和关节周围软组织损伤,甚至由于长时间异常体位造成关节挛缩。良肢位的摆放有助于保护肩关节、防止半脱位,防止骨盆后倾和髋关节外展、外旋,预防和缓解痉挛,早期诱发分离运动,为下一步更好地康复治疗打好基础^[7]。

本研究通过探讨早期良肢位的设计摆放,运动功能和日常生活自理能力的改善均明显优于对照组,提高了脑卒中患者的生活质量。

参考文献

[1]王洪忠,许健鹏.实用中西医结合偏瘫康复学[M].北京:中国医药科技出版社,1997.70

[2]袁光辉.急性脑卒中患者的早期康复护理[J].中华现代内科杂志,2004,1(3):39

[3]王玉龙.康复评定[M].北京:人民卫生出版社,2000.292-300

[4]黄颖琼,叶俊英,王淑琼.脑卒中病人康复护理和早期肢体功能锻炼的疗效观察[J].现代护理,2002,8(2):137-138

[5]金春莲,刘肇清.超早期良肢位对偏瘫病人日常生活能力的影响[J].护理研究,2004,18(4):605-606

[6]黄云英,连秀李.早期良肢位摆放在脑卒中患者中的应用[J].护理实践与研究,2006,3(3):29-30

[7]于竞生.偏瘫康复治疗技术图解[M].北京:华夏出版社,2006.58

(收稿日期:2008-07-24)

产、妊娠合并其它疾病及妊娠并发症等高危因素，骨盆外测量无异常。两组孕妇的年龄、身高、体重等无明显差异(P 均 >0.05)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 健康教育方法 对照组孕妇在产科门诊给予一般常规产前检查。而观察组孕妇在此基础上给予个性化系统健康教育，具体健康教育内容有：(1)护理人员自我介绍，与孕妇结对交谈，对孕妇的心理变化和健康状况做出正确的分析和评估，并进行针对性地心理疏导和健康教育，发放联系卡，互留电话，随时实行电话咨询与指导。(2)采用阶段性授课、图片、录像光盘及现场示范等多种形式，为孕妇提供孕期健康知识，了解怀孕、分娩各期的生理变化及孕期饮食指导，介绍产前腹、盆底肌的锻炼方法，详细讲解分娩机制及影响分娩的各种因素，使孕妇了解分娩各产程的特点及宫缩的性质与变化规律，指导孕妇练习各产程中应对及放松技巧，包括体位、呼吸、用力及减轻疼痛的方法。(3)组织孕妇实地参观产科病房、产房、待产室，熟悉产科环境。(4)提供与已分娩的产妇进行现场交流的机会，由已分娩的产妇传授分娩体验，讲解分娩过程中的亲身体会，使孕妇从已分娩产妇的亲身体验中进一步了解分娩知识和主动配合的方法。

1.2.2 观察内容 观察两组孕妇分娩方式、产程时间、产后 2h 出血量及产时疼痛程度等情况。

1.2.3 判断标准 (1)分娩方式：顺产、阴道助产和剖宫产。(2)产时疼痛程度：采用 VRS-5 方法，描述疼痛量分 5 个等级。0 级：为无疼痛；1 级：为轻度疼痛，可忍受，能正常生活睡眠；2 级：为中度疼痛，适当干扰睡眠，需用止痛药；3 级：为重度疼痛，干扰睡眠，需用麻醉止痛剂；4 级：为剧烈疼痛，干扰睡眠较重，伴有其它症状；5 级：为无法忍受，严重干扰睡眠，伴有其它症状或被动体位。

1.2.4 统计学方法 将所得数据进行统计学分析，结果以均数±标准差表示，两组比较采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组产妇产娩方式的比较 见表 1。观察组自然分娩顺产率明显高于对照组，经阴道助产率、剖腹产率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组分娩方式比较 例(%)				
组别	n	顺产	经阴道助产	剖腹产
观察组	120	94(78.33)	4(3.33)	22(18.33)
对照组	120	73(60.83)	9(7.50)	38(31.67)

2.2 经阴道分娩的产妇产程时间及产后 2h 出血量比较 见表 2。观察组第一、第二产程时间均短于对

照组，产后 2h 出血量少于对照组，两组比较差异有统计学意义(P 均 <0.01)。

表 2 两组阴道分娩第一、第二产程时间及产后 2h 出血量比较 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	n	第一产程时间(h)	第二产程时间(min)	产后 2h 出血量(mL)
观察组	98	6.8±1.5	42.2±16.2	113.5±26.8
对照组	82	8.9±2.7	58.3±24.2	164.7±42.6
t 值		6.6	5.3	9.8
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

2.3 两组产妇产时疼痛程度比较 见表 3。观察组产妇产娩时的疼痛程度比对照组明显改善，两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组阴道分娩疼痛程度比较 例(%)					
组别	n	0~1 级	2 级	3 级	4~5 级
观察组	98	30(30.61)	56(57.14)	7(7.14)	5(5.10)
对照组	82	10(12.20)	24(29.27)	39(47.56)	9(10.98)

3 讨论

3.1 心理因素对产程的影响 精神紧张、焦虑、抑郁是孕产妇分娩时常见的心理反应，过度的焦虑、紧张可导致一系列的生理病理反应。相当数量的初产妇从亲朋好友处听到有关分娩的负面诉说，害怕疼痛、出血、难产，担心胎儿畸形等，以致于孕产妇临产时，常处于紧张不安、焦虑、恐惧的心理状态。研究证明^[1]，产妇的情绪变化可使机体发生一系列的变化，如：心率加快、呼吸急促、肺内气体交换不足、痛阈下降，同时也使产妇神经内分泌发生变化，如：交感 * 肾上腺髓质系统、下丘脑 - 垂体 - 肾上腺皮质活动增强，血浆中皮质醇和儿茶酚胺浓度增高^[2]，导致宫缩紊乱或乏力，致产程延长，造成难产。

3.2 系统化健康教育可促进自然分娩，缩短产程 分娩是一种自然的生理过程，正常分娩能否顺利取决于产力、产道、胎儿及精神因素四个方面^[3]，而产力受孕妇心理因素与体力的影响。对孕妇实施系统化健康教育能够正确指导孕妇充分地休息，合理的营养，有效地锻炼腹、盆底肌，增强孕妇的体力，为分娩做好物质准备。同时，有效的健康教育使产妇获得有关分娩的知识及各产程中的应对技巧，积极与医护人员密切配合，在第一产程中应用自由体位、腹式呼吸等技巧来应对产程中的不适^[4]。从表 2 可知，经过系统化健康教育观察组第一、第二产程时间均短于对照组，产后 2h 出血量少于对照组，两组比较差异有统计学意义(P 均 <0.01)。说明系统化健康教育可以消除孕产妇临产时紧张不安、焦虑、恐惧的心理状态，从而促进产妇自然分娩，缩短产程。

3.3 健康教育可减轻疼痛程度 本研究表 3 显示：观察组产妇产娩时的疼痛程度比对照组明显改善。临近分娩孕妇的恐惧、紧张、焦虑是产生疼痛的重要因素^[5]，系统化地健康教育能使孕妇心理状态平稳，正确对待分娩中的阵痛，对分娩有正确认识，具

急性白血病合并肛瘘的围手术期护理

刘玉珠

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:通过对白血病并发肛瘘患者围手术期的护理,提高对白血病并发肛瘘的治疗水平,总结护理经验。方法:对我院 2002~2007 年收治的 16 例病例进行追溯性护理回顾。结果:16 例患者均于局麻或腰俞麻下行肛瘘切除术,均治愈。本组护理过程提示,围手术期心理干预及预防切口感染是保证手术成功的关键。结论:通过围手术期护理提高了手术后成功率,改善了预后,为白血病人人的下一步治疗奠定了基础。

关键词:白血病;肛瘘;护理;围手术期

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)03-0081-02

近年来,随着化疗药物的不断出现,化疗方案的不断完善,白血病人的生存率也大大得到提高,但在白血病的各阶段病程中,仍有各种原因而引起的感染^[1],其中因肛门周围感染导致肛瘘较多见。2002 年 1 月~2007 年 4 月我科共收治伴有白血病的肛瘘患者 16 例,经精心手术治疗及细致地护理,均痊愈出院。现将 16 例患者围手术期护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 白血病合并肛瘘病人 16 例,均系我科住院病人。男 14 例,女 2 例;年龄 18~43 岁,平均 28 岁。其中急性淋巴细胞性白血病 9 例,急性非淋巴细胞性白血病 7 例。病人均化疗后处于白血病缓解期,且均为低位肛瘘。

1.2 治疗方法 所有患者取侧卧位,局麻或腰俞麻醉下按常规手术方法进行肛瘘切除术,创面不缝合。手术当天可进普食,但不宜解大便,手术次日即可排大便,便后用本院自制洗剂 1 包加 1 500mL 开水混匀先熏,待水温至 38~40℃后坐浴 15min 擦干,之后用红油膏纱条进行换药,静脉给予抗生素治疗,直至创面愈合。原发疾病的所有治疗不间断。

1.3 结果 16 例患者均一次手术治愈出院,住院时间 10~24d,平均 15.6d,住院期间均未出现不良反应,无手术创口感染。术后随访 3 个月,未见复发。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理干预 由于白血病患者经常反复发作,周期性化疗药物对机体产生一些副作用,如胃肠道反应、细胞毒性反应、脱发等,患者饱受病痛折磨,有健康的心态,其焦虑、恐惧的程度较轻,提高了耐痛阈,减轻了产时的疼痛程度,使分娩顺利进行。

此外,系统化健康教育有利于医患关系的融洽,同时增加了孕妇对医务人员的信任感和依从性,对保护、促进、支持自然分娩有着重要作用。

参考文献
[1]郭玉琪,姚梅玲.孕产妇心理与调适[J].中华围产医学杂志,2006,9

并发肛瘘时,有些患者情绪低落,担心手术是否顺利,害怕不能一次成功,有些患者则担心手术费用。针对患者的心理问题,护士要关心体贴病人,多和病人交谈,鼓励病人提出问题,然后有针对性进行解释和积极地疏导,千方百计地消除病人的顾虑,使病人情绪安定。

2.1.2 常规皮肤准备 要求患者术前洗澡,清洁术区皮肤,一般不备皮,如术区毛发浓密,则于术前剪刀剪毛即可。

2.1.3 术前饮食护理 无需禁食禁水,指导患者进食高热量、富有营养、易消化、无辛辣刺激性的清淡食物。

2.2 术中护理 (1)认真作好查对制度,热情接待手术病人,让病人感到满意放心、有安全感,消除紧张情绪。(2)注意观察病人的情绪变化,随时给予安慰、鼓励,并指导病人配合手术。(3)要熟练地配合医生手术,使手术时间缩短,以减少病人痛苦。

2.3 术后护理及并发症的预防

2.3.1 心理护理 及时认真地执行术后医嘱,注意用药后的反应。告诉病人手术成功,使其心情愉快,积极地配合恢复期的治疗。

2.3.2 病情观察 (1)术后会出现手术热,应密切观察体温变化,若体温在 38℃以上,应随时监测体温变化,并予物理降温,体温持续不退,应予药物降温^[2]。(2)术后应密切观察切口渗出情况,随时保持切口敷料清洁干燥,如伤口出血,应通知医生,采取止血措施。有的病人对伤口出血感到惊慌,此时护士应多关心、体贴、安慰病人。

2.3.3 预防感染 (1)保护性隔离:置单人病室,病

(1):51-54
[2]陈华,王雅玲.孕妇心理对分娩的影响[J].中华妇产科杂志,1994,29
(1):45-46
[3]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2000.81
[4]李从业,冯容庄,王子方,等.实用产科护理[M].北京:科学技术文献出版社,1999.351
[5]刘海棠.心理疗法与分娩镇痛[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(2):77-78

(收稿日期:2008-12-24)