

全程护理干预对分娩镇痛中转剖宫产产妇的影响

王虹 刘雯爽 刘朝霞 徐同顺

【关键词】 护理干预;分娩镇痛;剖宫产

【中图分类号】 R 473.71 【文献标识码】 A 【文章编号】 1002-7386(2014)20-3196-03

随着围生医学的发展和人们生活水平及生活质量的提高,孕妇及其家属对分娩过程的舒适度有了更高的需求,越来越多的人要求分娩镇痛。持续硬膜外麻醉是一种理想的镇痛方法,这种方法已在临床广泛应用,它不仅可以有效缓解产痛,而且安全可靠,对母婴无不利影响,可以有效缓解疼痛,安全可靠,已在临床广泛应用^[1]。为了缓解因分娩镇痛失败改剖宫产的产妇的心理、生理应激反应程度,确保手术顺利实施,我们对这部分产妇采用了全程护理干预,有效缓解了产妇宫缩痛及剖宫产后疼痛,促进产妇早期下床活动和胃肠功能恢复,早吸吮、早开奶、提高母乳喂养技巧,利于术后恢复及母婴健康,且能提高患者满意度值得推广应用。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选用回顾性分析的方法,选择 2012 年 1 月至 2013 年 4 月在石家庄市第四医院住院,孕足月、单活胎头位的初产妇,自愿行硬膜外分娩镇痛,因各种原因分娩镇痛失败而中转剖宫产的产妇 200 例作为研究对象。选取 2012 年 1 月至 2012 年 9 月的分娩镇痛中转剖宫产的产妇 100 例作为观察组。2012 年 9 月至 2013 年 4 月行分娩镇痛中转剖宫产的产妇 100 例作为对照组;研究对象孕产妇年龄 22~40 岁,平均 28.2 岁;孕周 37~42 周,平均 39 周;身高 1.56~1.72 m,平均身高 1.61 m;体重 55~78 kg,平均体重 74.3 kg。2 组产妇在年龄、孕周、身高、体重等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法 产妇入院后评估母婴状况,无妊娠合并症及阴道分娩禁忌症者签署阴道分娩知情同意后,密切观察产程进展,待产程进入活跃期,产妇有规律宫缩,宫口扩张伴胎头下降,胎心监护无异常,生命体征平稳,送入待产室。助产士常规给产妇建立静脉液路,进行生命体征监护,胎心监护,宫口开大 2~

3 cm 后,家属及产妇签署分娩镇痛知情同意后,由麻醉师行硬膜外麻醉(CEA),常规于 $L_2 \sim L_3$ 间隙进针,进行硬膜外穿刺,硬膜外穿刺成功后,固定硬膜外导管,采用微量镇痛泵与硬膜外导管连接持续给药。观察组则实行由助产士参与的全程护理模式。产妇进入产房由一名助产士对产妇进行一对一陪伴(从产妇进入产房,到分娩后送产妇回病房,全程陪伴分娩),除上述常规护理外,助产士指导产妇规律宫缩过程中如何调整呼吸,配合舒缓音乐或与产妇进行亲切交谈以转移其注意力,减轻腹痛,为产妇提供连续的生理及心理的护理。产妇对疼痛的耐受性因人而异,分娩环境、医护人员的态度、其他产妇表现、家人的态度等,都会直接影响产妇的心理及生理变化。如产妇害怕疼痛、担心产后大出血以及难产等,担心母婴安全,从而产生恐惧担忧的心理,易造成害怕-紧张-疼痛综合征;助产人员(助产士、产科大夫、麻醉医师)应正确评估产妇的身理心理状况,安慰产妇,与产妇建立良好的护患关系,及时提供产程中的相关信息,帮助其采取相应的应对措施,使产妇、产妇家属与助产人员、一起参与围产期管理,形成医护患一体化护理模式。

1.3 心理干预

1.3.1 分娩镇痛中转剖宫产前心理干预:当进行分娩镇痛的产妇因为各种原因需行剖宫产术时,产妇会产生焦虑、悲伤心理,担心自己受“二茬罪”,更担心胎儿安全。助产人员此时应根据孕妇的性格、文化程度、家庭状况、孕产次的不同,及时采用正确的方法对产妇进行心理疏导向产妇提供相关信息,包括阴道试产改行剖宫产的目的、操作过程、预期后果及产妇需要的配合,强调主观因素在术中及术后恢复过程中的作用。对手术中可能发生的危险,既要说明实际情况,又要避免给孕产妇增加心理负担,必要时给予体态语言,使其减轻焦虑,增加安全感,充分配合医护人员,尽快适应新的角色变化,从而以良好的心态接受手术。助产士可握紧产妇的手给予肢体的温暖,向孕产妇讲解手术的必要性及告知其一些手术常识:已行硬膜外分娩镇

痛后,只要保护好硬膜外导管,剖宫产麻醉只需通过已穿刺的硬膜外导管给药即可,硬膜外麻醉分娩镇痛中转剖宫产术缩短了麻醉时间,不必二次硬膜外穿刺,痛苦小、为抢救母婴安全节约了时间。移动产妇过程中,麻醉师小心保护硬膜外导管,防止脱落。

1.3.2 剖宫产术中心理干预:助产士、手术医生麻醉医师一起护送产妇产进入手术室,安置产妇仰卧位于手术床,听胎心,进行生命体征监护,同时开放静脉通路,巡回护士帮产妇加盖棉被,注意保护产妇的隐私,避免不必要的暴露。手术室要保持安静,关怀和重视产妇,避免谈及与手术无关的问题。阵发性宫缩痛及对胎儿安危的担心;对手术的恐惧和在陌生环境的孤寂感,此时是产妇最紧张的时刻,手术开皮前准备时,助产士可握住产妇的手,安抚产妇并转移其注意力,缓解产妇的紧张、恐惧情绪,增强产妇信心,增加产妇对医护人员的信任感,保证手术顺利进行。巡回护士更要有耐心与高度的责任心,与麻醉师、手术医师认真完成术前、术中、术后安全核查及风险评估;配合助产士完成产妇阴道分娩转剖宫产角色的转变,分散产妇的注意力,减轻其紧张心理。通过术前术中及术后的沟通交流对产妇提出的问题耐心的解答,巡回护士术中加强巡视,及时观察产妇生命体征变化及产妇情绪的变化,注意术中出血量。胎儿娩出助产士处理好脐带,擦干新生儿血迹后,把新生儿抱给产妇看,并与之脸贴脸,告之新生儿的性别、出生的准确时间及新生儿体重,使产妇得到安慰。手术完成后,及时为产妇遮盖被褥保暖。待产妇病情平稳后,巡回护士、助产士、麻醉师及手术医师共同送产妇及新生儿回病房。

1.3.3 剖宫产术后心理干预:当产妇回到病房后,及时告知家属手术顺利,母子平安。使产妇安心、满意,有助于产妇术后身心恢复。向产妇及其家属解释剖宫产术后疼痛的原因、疼痛程度及疼痛持续的时间。向产妇及其家属讲解麻醉过后床上翻身活动及 24 h 后下床活动的重要性。教会母亲新生儿喂养的方法和技巧。指导产妇早吸吮,早开奶,如何在喂奶前后造好乳房护理,如何解决乳房胀痛,防乳头皲裂,防乳腺炎,对于喂奶初期,乳汁不足的产妇,指导其按需哺乳、夜间坚持哺乳、调节饮食,鼓励产妇树立信心。提高母乳喂养成功率,有利于增进母子感情。术后要定时对产妇进行随访,了解产妇及新生儿的情况,及时给与相应指导。

1.4 观测指标

1.4.1 观察组与对照组 2 组产妇满意度比较:采用石家庄第四医院院质控专用的满意度调查问卷进行资料

收集,涉及到健康教育、基础护理、专科护理、护患沟通等方面共计 14 项条目,满分为 10 分。分为满意、较满意、较不满意、不满意四个选项。由医院医德医风小组在患者出院时完成满意度调查问卷。

1.4.2 产妇产分娩镇痛转剖宫产术中、术后镇痛效果评估参考 WHO 疼痛分级标准:WHO 对疼痛程度的分级标准为四级:0 级:无痛。1 级(轻度疼痛):有疼痛感但不严重,可忍受、睡眠不受影响。2 级(中度疼痛):疼痛明显,不能忍受,睡眠受干扰,要求用镇痛药。3 级(重度疼痛):疼痛剧烈,不能忍受,睡眠严重受干扰,需要镇痛药。

1.4.3 术后恢复资料:采用术后恢复调查表进行评估。内容包括:术后首次下床活动时间、肛门排气时间、首次母乳喂养时间以及术后 24、48、72 h 母乳喂养技巧掌握情况。

1.5 统计学分析 应用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组产妇术后伤口疼痛程度分级比较 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组产妇术后伤口疼痛程度分级比较 $n = 100$, 例

| 组别 | 0 | I | II | III |
|-----|----|----|----|-----|
| 观察组 | 12 | 42 | 38 | 8 |
| 对照组 | 8 | 25 | 50 | 17 |

2.2 术后恢复情况 术后第 3 天比较 2 组剖宫产手术患者术后恢复资料,包括首次下床活动、肛门排气、首次母乳喂养时间及术后 24 h、48 h、72 h 母乳喂养技巧掌握情况进行比较,观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2、3。

表 2 2 组产妇术后恢复情况比较 $n = 100$, $\bar{x} \pm s$

| 组别 | 首次下床时间 | 肛门排气时间 | 首次母乳时间 |
|-------|------------------|-----------------|-----------------|
| 观察组 | 24.69 \pm 2.68 | 10.9 \pm 7.8 | 43.1 \pm 9.40 |
| 对照组 | 30.29 \pm 9.95 | 25.8 \pm 10.2 | 35.3 \pm 8.20 |
| P 值 | 0.02 | 0.04 | 0.04 |

表 3 术后 24、48、72 h 母乳喂养技巧掌握情况

$n = 100$, 例 (%)

| 组别 | 产后 24 h | 产后 48 h | 产后 72 h |
|-------|---------|---------|---------|
| 观察组 | 36 (36) | 50 (50) | 14 (14) |
| 对照组 | 16 (16) | 30 (30) | 38 (38) |
| P 值 | 0.023 | 0.041 | 0.026 |

2.3 满意度 实行护理干预后,患者满意度观察组较对照组明显提高 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

随着医学发展和护理模式的改变,社会对人性化的医疗护理服务要求越来越高。2011 年中国妇幼保健协会启动了“促进自然分娩,保障母婴安康”项目,

表 4 2 组产妇满意度比较 分, $n = 100$

| 组别 | 满意(分) | 较满意(分) | 较不满意(分) | 不满意(分) | 满意度(%) |
|-------|-------|--------|---------|--------|--------|
| 观察组 | 1394 | 4 | 2 | 0 | 99.86 |
| 对照组 | 1242 | 104 | 24 | 30 | 96.14 |
| P 值 | 0.023 | 0.041 | 0.026 | 0.035 | 0.01 |

从国家层面通过系列措施给剖宫产降温。我国分娩镇痛有很大的上升空间,大力开展分娩镇痛不仅为产妇提供了人文化、人性化的服务,让产妇享受到现代医学的关爱^[2]。分娩镇痛主要是硬膜外阻滞麻醉,阻断感觉神经的传导,但对运动神经影响不大,可以保证在降低产妇疼痛的同时不影响产妇产下运动,能够配合助产士完成分娩过程。另外,硬膜外阻滞麻醉使产妇疼痛减轻,焦虑、紧张情绪消失,宫缩协调,可加速宫口扩张,盆底组织松弛,伸展性好,缩短产程,有利于经阴道分娩^[3]。硬膜外分娩镇痛是由医护、产妇及其家属共同制定的分娩计划,有助于医护人员关注产妇身心变化,和产妇进行有效沟通。能及早发现母亲或胎儿异常,如果自然分娩失败中转剖宫产无需另行椎管内麻醉,通过已置的硬膜外导管给药即可,大大缩短术前准备时间,给立即手术赢得了时间,降低母婴死亡率。

国际疼痛研究会对疼痛的定义是:疼痛是一种不愉快的感觉和实际的、潜在的组织损伤,所引起的情感经历或对这一感受所做的描述。疼痛对产妇而言是一种应激源,恐惧、紧张、焦虑可使交感神经兴奋,增加疼痛。深呼吸,指导想象、松弛疗法、触摸、音乐疗法等分散疼痛注意力的方法从心理、生理等方面加强健康指导,可降低产妇交感神经兴奋度,降低肌肉紧张程度,有利于产妇对抗各种应激的影响。增强产妇对疼痛的心理适应性和生理耐受性。宫缩痛及术后腹部伤口的疼痛所带来的一系列问题影响着产妇的舒适、下床活动、母乳喂养、切口愈合等,从而影响产妇的术后恢复。从本研究中看出,观察组较对照组疼痛评分有显著降低,差异有统计学意义。由此可见,实行全程护理进行干预,可预见性的针对产妇的具体情况,制定适合产妇的具体措施:心理护理、疼痛指导等。观察组对疼痛有预期的心理承受能力,一对一全程护理,提高了产妇对疼痛的阈值,结果比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

母乳喂养有利于母婴的健康,是国内外大力提倡的婴儿喂养方法。术后 24 h 内因心理、生理、营养及内分泌变化等诸因素的影响初乳的分泌,加之手术创伤、疼痛,母乳喂养知识缺乏,技能不熟练,很容易发生吸吮、喂哺困难,导致信心不足。心理因素可直接兴奋或抑制大脑皮质来刺激或抑制催乳素及催产素的释

放,也可以通过神经-内分泌轴来影响乳汁分泌的调控,产妇的心理护理在临床母乳喂养工作中起了极大促进作用,所以对剖宫产产妇进行相应的护理干预非常重要。观察组应用护理干预的方法,教会母亲新生儿喂养的方法和技巧。指导产妇早吸吮,早开奶,如何在喂奶前后造好乳房护理,如何解决乳房胀痛,防乳头皲裂,防乳腺炎,对于喂奶初期,乳汁不足的产妇,指导其按需哺乳、夜间坚持哺乳、调节饮食,鼓励产妇树立信心。提高了母乳喂养成功率,同时有利于增进母子感情。本研究结果表明,观察组产妇首次母乳喂养充足,时间较早($P < 0.05$);产后 24 h、48 h、72 h 的母乳技巧掌握情况均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

陈晓红^[4]在对开展“优质护理服务示范工程”活动有关问题的思考中提到,卫生部推行的“优质护理服务示范工程”就是一个抓手以落实国家卫生部对护理的总体要求,即:服务改革大局,改善护理服务,树立行业新风,促进医患和谐,提高患者满意度。健康教育和围手术期指导是护理工作的重点内容之一,病人获取知识是护理满意度的一个先决条件,知识增加可提高满意度。患者的满意度是衡量医院服务水平的重要指标。通过全新的护理模式进行护理干预,创新了整体护理模式,有效地提高了优质护理服务质量,提升了患者满意度及护士职业满意度,充分调动了护士的工作积极性,推动了护理管理体制的改革,为最终实现患者满意、政府满意、社会满意、医院满意、医生满意、护士满意的目标提供了有力保障^[5]。

全程护理干预能有效缓解分娩镇痛中转剖宫产的产妇宫缩痛及剖宫产术后疼痛,促进产妇早期下床活动和胃肠功能恢复,早吸吮、早开奶、提高母乳喂养技巧,利于术后恢复及母婴健康,且能提高患者满意度、值得推广应用。

参考文献

- 戴丽杰,宗华.硬膜外阻滞无痛分娩的护理.临床合理用药,2013,4:139.
- 徐铭军.分娩镇痛是降低剖宫产的有效手段.中国妇产科临床杂志,2013,5:196-197.
- 杨红,张清华.妊娠期糖尿病孕妇应用硬膜外分娩镇痛及中转剖宫产的临床观察.河北医药,2013,35:2816-2817.
- 陈晓红.对开展“优质护理服务示范工程”活动有关问题的思考.中国护理管理,2010,10:16-18.
- 王引侠,冯小菊,张亚军,等.医护一体化分层级责任制整体护理模式临床应用研究.中国护理管理,2012,8:2181-2182.

(收稿日期:2014-04-17)