

· 论著 ·

综合护理干预在合并心力衰竭产妇的围手术期应用效果

赵倩华*

民权县中医院妇产科 (河南 商丘 476800)

【摘要】目的 探讨综合护理干预在合并心力衰竭产妇的围手术期应用效果。**方法** 选择2016年3月至2019年3月我院产科就诊的72例合并心力衰竭孕妇,机械抽样随机将其中43例分为观察组,在一般护理模块之上加用预设综合护理干预措施;余者29例分为对照组,采取一般常规护理模块。**结果** 观察组心衰加重发生率为2.3%,无母婴死亡发生;对照组心衰加重发生率为17.2%,母婴死亡发生率为13.8%,观察组心衰加重及母婴死亡发生率均显著低于对照组($P<0.05$)。观察组的疾病认知评分为(4.2 ± 0.6),显著高于对照组的(1.6 ± 0.3 , $P<0.05$);而躯体不适评分为(2.7 ± 1.2),显著低于对照组(6.3 ± 1.3 , $P<0.05$)。观察组和对照组护理干预前HAMD和HAMA评分无显著差异性($P>0.05$),而干预后HAMD和HAMA评分差异性显著($P<0.05$)。**结论** 常规护理基础之上加用综合护理干预,可显著改善合并心衰产妇的负性情绪,降低不良事件的发生率。

【关键词】 心力衰竭;围手术期;综合护理;干预

【中图分类号】 R541.6+2; R473.71

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2021.02.023

Effect of Comprehensive Nursing Intervention on the Perioperative Period of a Parturient with Heart Failure

ZHAO Qian-hua*

Department of Gynecology and Obstetrics, Minquan Traditional Chinese Medicine Hospital, Shangqiu 476800, Henan Province, China

Abstract: Objective To explore the effect of comprehensive nursing intervention on the perioperative period of parturients with heart failure. **Methods** From Mar. 2016 to Mar. 2019, 72 cases of parturients with heart failure in our gynecology department and obstetrics were selected and randomly divided into two groups. 43 cases in the observation group were given the general nursing added to pre-set comprehensive nursing, while 29 cases in the control group were only given the general nursing. **Results** Between the observation group and the control group, The incidence of aggravation of heart failure was 2.3% vs.17.2% ($P<0.05$), the incidence of maternal and infant death was 0 vs.13.8% ($P<0.05$), The cognitive score of disease was (4.2 ± 0.6) vs. (1.6 ± 0.3) ($P<0.05$), the score of body discomfort was (2.7 ± 1.2) vs. (6.3 ± 1.3) ($P<0.05$). The HAMD and HAMA score was no significant difference between the observation group and the control group before nursing intervention ($P>0.05$), but was significant difference after the nursing intervention ($P<0.05$). **Conclusion** General nursing combined with comprehensive nursing intervention can significantly improve the negative mood of the parturient with heart failure and reduce the incidence of adverse events.

Keywords: Heart Failure; Perioperative Period; Comprehensive Nursing; Intervention

随着重症急救学科的发展,近年来,妊娠合并心力衰竭的诊治水平虽得到很大程度上的提高,但流行病学调查显示,其仍是导致孕妇死亡的常见内科合并症之一^[1-2],尤其是在基层医疗机构。为有效降低产妇及新生儿的死亡率,一般临床中都是在心力衰竭有效控制的情况下及时行剖宫产终止妊娠^[3]。部分学者研究发现^[1],危重情况下,对于自身疾病治疗预后及婴儿生命安全的未知,产妇常常因惊慌、恐惧等因素而产生不同程度的焦虑及抑郁负性情绪。更因疾病特征所需特殊体位或监护,期间不良护理诱发产妇躯体不适等^[4-5],使本身所具有的负性情绪陷入恶性循环。负性情绪所致的应激反应进一步影响身体机能而加重心血管系统的负担,无形中使疾病的抢救难度上升,增加母婴的死亡率。疾病的这一特征给我们临床护理也提出了新的课题。本研究设计针对负性情绪易感因素而采取对应综合护理干预措施,现将研究情况报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 选择2016年3月至2019年3月于我院产科就诊的72例合并心力衰竭的产妇,所有产妇均为初产妇,在心力衰竭纠正后行剖宫产。机械抽样随机将其中43例分为观察组,余者29例分为对照组。其中观察组产妇年龄为20~33岁,中位年龄26.2岁;孕周34~40周,中位孕周36.5周;心功能情况:III级者23例,IV级者20例。对照组产妇年龄为22~32岁,中位年龄24.7岁;孕周33~41周,中位孕周37.1周;心功能情况:III级者14例,IV级者15例。所有产妇文化背景、住院前期医疗干预情况无统计学差异。

1.2 方法 本科研设计采用单盲法。对照组产妇采取一般常规护理模块;观察组产妇在一般护理模块之上加用预设综合护理干预措施,有当日专职助产士全程负责。采用汉密尔顿制定的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组产妇分别于干预前后进行评分。躯体不适评分参照李姝静学者报道^[6],自制疾病认知评分量表:(1)熟知疾病发展及预后者评为5分;(2)基本了解疾病发展及预后者评定为3分;(3)简单了解或仅少量了解者评定为1分。分别统计两组

【第一作者】赵倩华,女,主管护师,主要研究方向:妇产科护理。E-mail: 542977298@qq.com

【通讯作者】赵倩华

产妇疾病认知评分、躯体不适评分及干预前后HAMD和HAMA评分,同时记录两组产妇住院期间不良事件情况:心衰加重例数、母婴死亡例数。

1.2.1 预设护理干预措施

1.2.1.1 术前健康宣教 通过科内自媒体公众号发布的微文让产妇和家属对妊娠与心力衰竭等病理生理知识有初步认知,了解如何配合医护人员来满足将要来临的剖宫产。同时使产妇对照对自身状况有一全面认识,了解到合并心力衰竭的产程变化与正常分娩差异,使劳累紧张和情绪波动得以缓解而降低剖宫产过程中处理的难度。熟知产妇及家属的心里疑惑,依据不同焦虑状况给予指导,在产妇及家属盼子心切的心理基础之上灌输将要当妈妈的幸福感,帮助其树立信心;指导产妇及家属如何最大程度地配合术前准备,使产妇能以最佳心理状态进行手术^[7]。

1.2.1.2 术中干预 (1)利用手术室导乐系统播放舒缓音乐,整体塑造手术室为一个整洁、舒适的环境,于不同季节调节好适当的温度和湿度。(2)术前的宣教可能一定程度上缓解了产妇的焦虑,但走进手术室的应激会使其再次产生不同程度的心理压力。为使产妇的焦虑抑郁情绪进一步缓解,当值专职助产士依据不同评分而给予路径式宣教。患者术中无异常的情况下,在胎儿娩出时发生窒息,应立即按照预设步骤给予急救,为临床救治赢取时间。如产妇和胎儿情况允许,抢救结束后及时把新生儿抱至母亲处,让其了解新生儿的情况,以缓解其对孩子健康状况的忧虑。同期对产妇宣教如何母婴交流,分散产妇的注意力,最大范围内使产妇的生理及心理需要得以满足,缓解其心理压力。(3)如产妇心功能评定不宜平卧位,可在手术通知单上标识为坐位,嘱陪同责任护士站

于其前面,双手分别放于其肩部或前胸部,以确保患者处于舒适体位。麻醉达成后协助于平卧,不能耐受平卧位时,可调整为头高脚低位,在不影响手术的情况下,以不呼吸困难为最佳角度。为改善血液循环,降低心脏负担,可将手术床适当左倾,缓解下腔静脉来自子宫的压迫。分娩结束时,可以在腹部放置1沙袋,避免腹压骤变而加重病情^[8]。(4)由于手术时需要多科协作而人员众多,在身体的暴露相对较多时,传统观念往往还使产妇对术中身体隐私的暴露产生羞怯,责任护士要给予充分的宣教,并尽量暴露范围缩小,注重产妇的自尊心^[9]。

1.2.1.3 术后干预 为减少患者术后恐惧加剧心脏负担,术后及时用温水擦净术野消毒液和血迹,此过程应注意保暖。依据医嘱,术后加强护理巡视,严格记录出入量,动态监测产妇生命体征,依据情况及时通知当班医生调整治疗方案。为减轻术后疼痛加重心脏负担,给产妇及家属讲解使用镇痛泵的必要性,必要时给予辅助使用镇痛药以缓解疼痛,保证产妇充足的睡眠。

1.3 统计学方法 采用SPSS 14.8计算机统计软件包处理数据,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)记录,采用t检验, $P < 0.05$ 为有差异性具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组不良事件情况对照结果 住院期间,观察组心衰加重者1例,发生率为2.3%;无母婴死亡发生。对照组中,心衰加重者5例,发生率为17.2%,母婴合计死亡4例,发生率为13.8%。对照显示,观察组心衰加重及母婴死亡发生率均显著低于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 观察组和对照组不良事件情况对照结果(n.%)

组别	观察组(n=43)	对照组(n=29)	χ^2	P
心衰加重例数	12.3	517.2	3.96	0.041
母婴死亡例数	0 (0.0)	4 (13.8)	4.01	0.038

2.2 观察组和对照组负性情绪影响因素评分对照结果 对照显示,观察组的疾病认知评分为(4.2 ± 0.6),显著高于对照组于对照组(6.3 ± 1.3 , $P < 0.05$),详见表2。

表2 观察组和对照组负性情绪影响因素评分对照结果($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组(n=43)	对照组(n=29)	t值	P值
疾病认知评分	4.2 ± 0.6	1.6 ± 0.3	8.62	0.037
躯体不适评分	2.7 ± 1.2	6.3 ± 1.3	9.68	0.028

2.3 观察组和对照组护理干预前后负性情绪评分对照结果 观察组和对照组护理干预前HAMD和HAMA评分对照显示,无显著差异性($P > 0.05$);而干预后HAMD和HAMA评分对照显示,显著差异性显著($P < 0.05$),详见表3。

表3 观察组和对照组护理干预前后负性情绪评分对照结果($\bar{x} \pm s$)

组别		观察组(n=43)	对照组(n=29)	t值	P值
HAMD	干预前	31.1 ± 7.3	30.8 ± 6.8	0.49	0.193
	干预后	9.3 ± 3.2	21.8 ± 4.4	22.32	0.011
HAMA	干预前	21.2 ± 8.2	20.9 ± 7.6	0.57	0.178
	干预后	6.1 ± 2.1	12.7 ± 2.6	21.36	0.013

(下转第 82 页)

3 讨论

临床中观察发现,妊娠合并心力衰竭采取剖宫产终止妊娠时,如缺乏行之有效的护理措施,诸多高危诱因常会加重心脏负担而使心功能在围手术期恶化,使产妇和胎儿死亡率显著增加^[10]。动物模型研究显示,围手术期的焦虑及抑郁等负性情绪就是高危因素之一^[11]。焦虑及抑郁等负性情绪可使躯体交感神经活动增强,诱发不同程度的病理生理变化:如因应激而所致的神经内分泌功能改变,儿茶酚胺的大量分泌加重外周循环阻力,进而增加心脏的前后负荷;同期过量的儿茶酚胺分泌对心肌毒副作用促使心肌凋亡^[12],负性调控心脏的重塑过程,从而使心功能恶化。

回归分析发现,对于合并心力衰竭的产妇,疾病认知障碍和躯体不适是诱发焦虑、抑郁相关性较强的因素之一^[13]。为去除易感因素,缓解负性情绪,本研究采取了针对性的健康宣教措施,结果显示,观察组患者疾病认知评分为 (4.2 ± 0.8) ,显著高于对照组 (1.6 ± 0.3) 。因优化了特殊体位的护理方案,本研究中调查发现,观察组躯体不适评分显著低于对照组。由于负性情绪因易感因素的脱离,本研究表明,观察组干预后的HAMD和HAMA评分显著低于对照组。得益于负性情绪的改善,同等治疗条件下更利于心脏功能的恢复,两组产妇不良事件评估时,观察组中仅1例心衰恶化者,无母婴死亡案例。

综上,常规护理基础之上加用综合护理干预,可显著改善合并心衰产妇的负性情绪,降低不良事件的发生率。

参考文献

- [1] 李喜莲, 张斌. 高龄妇女孕期心脏病的管理[J]. 实用妇产科杂志, 2017, 1(33): 12-14.
- [2] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠合并心脏病的诊治专家共识(2016)[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(6): 401-409.
- [3] 周杨, 郑峰, 刘慧妹. 剖宫取胎终止中期妊娠相关因素分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(5): 380-382.
- [4] 于晓丽, 李斌. 晚期妊娠合并心脏病发生心力衰竭相关危险因素研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(5): 916-918.
- [5] 田文英. 妇产科护理管理中引入风险管理的效果研究[J]. 现代医药卫生, 2018, 14(34): 2261-2263.
- [6] 李姝静, 马丽萍. 专职护理小组在唤醒麻醉手术中的护理新模式[J]. 重庆医学, 2018, 47(12): 1696-1697.
- [7] 李影, 韩平. 妊娠合并肺动脉高压36例临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2019, 28(1): 41-44.
- [8] 刘立旻, 顾晴, 张宇辉. 围产期心肌病研究现状及诊治进展[J]. 中国实用内科杂志, 2017, 37(12): 1111-1114.
- [9] Bauersachs J, Arrigo M, Hilfiker-Kleiner D, et al. Current management of patients with severe acute peripartumcardiomyopathy: practical guidance from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study group on peripartumcardiomyopathy[J]. Eur J Heart Fail, 2016, 18(9): 1096-1105.
- [10] Arrigo M, Mebazaa A. Understanding the differences among inotropes[J]. Intensive Care Med, 2015, 41: 912-915.
- [11] Melinda D, Claire D. Peripartum cardiomyopathy: current knowledge and future directions[J]. Women's Health, 2015, 11(4): 565-573.
- [12] Hilfiker-Kleiner D, Haghikia A, Nonhoff J, et al. Peripartum cardiomyopathy: Current management and future perspectives[J]. Eur Heart J, 2015, 36: 1090-1097.
- [13] 黄滔滔, 林建华. 妊娠合并心脏病孕妇的风险评估和管理[J]. 现代妇产科进展, 2011, 20(3): 233-235.

(收稿日期: 2020-03-04)