

舒适護理在剖宮产手术中的应用研究

徐桂娇, 黄燕芳, 胡雪玲, 张小玲

(清远市人民医院/广州医科大学附属第六医院, 广东 清远 511500)

【摘要】目的:探讨舒适護理在剖宮产手术中的临床应用效果。**方法:**选取2022年1-9月在医院手术室行剖宮产手术的50例产妇作为研究对象,将其用随机数字表法分为对照组和观察组,各25例。对照组采用常规護理,观察组实施舒适護理,比较两组负性情绪(焦虑、抑郁)改善程度、术中疼痛程度、手术时间、产妇舒适度以及术后并发症发生率进行对比。**结果:**護理后两组焦虑评分和抑郁评分低于護理前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组术中疼痛程度轻于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组平均剖宮产手术时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组舒适度评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**对剖宮产手术患者实施手术室舒适護理既可以减轻产妇的不良情绪和术中疼痛程度,同时可缩短剖宮产手术时间,且产妇的整体舒适度更佳,术后并发症的发生风险更低,故有借鉴意义和推广价值。

【关键词】舒适護理;剖宮产;手术室護理;護理效果

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)09-0136-03

随着生育政策的开放和剖宮产技术的日益成熟,剖宮产在产科临床上的应用也愈发广泛。大多数产妇更愿意选择剖宮产,主要是因为剖宮产的生产过程更短,生产过程中的疼痛感更轻,虽然具备一定优势,但剖宮产术后的恢复时间较长,且容易出现相关并发症,对产妇和新生儿的健康造成不良影响。而且一些产妇对于剖宮产会产生恐惧情绪,术中会伴随出现疼痛症状,也会造成产妇术中血流动力学的波动,影响整体的手术效果^[1]。因此,临床上要加强对剖宮产手术患者的手术室護理干预。舒适護理是一种新型的護理措施,旨在为患者提供舒适的、优质的護理服务,让患者最大程度上感受到舒适,以减轻患者的心理负担,提高患者的配合度。本研究选取2022年1-9月在我院手术室行剖宮产手术的50例产妇作为研究对象,旨在进一步分析和评价舒适護理的干预效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2022年1-9月在我院手术室行剖宮产手术的50例产妇作为研究对象,将其用随机数字表法分为对照组和观察组,各25例。观察组年龄22~38岁,平均(28.56±2.16)岁;孕周36~40周,平均(38.45±0.16)周;孕次1~3次,平均(1.46±

0.38)次;初产妇16例,经产妇9例。对照组年龄24~37岁,平均(28.47±2.21)岁;孕周37~40周,平均(38.49±0.14)周;孕次1~3次,平均(1.44±0.39)次;初产妇14例,经产妇11例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。此次研究符合医学研究的伦理道德要求,经由医院伦理相关部门批准通过。产妇以及产妇家属在术前均签署了知情同意书。(1)纳入标准:所有产妇均具备明显的剖宮产指征,需要采取剖宮产手术的方式生产^[2];各项基础资料完整,且均是首次接受剖宮产手术;在进行剖宮产手术前均了解此次研究的目的、研究的流程,均明确表示会积极配合完成此次研究,完成术后的各项调查和随访工作。(2)排除标准:既往有剖宮产手术史;瘢痕子宫;合并意识障碍、认知障碍或沟通障碍;有精神疾病史或患有焦虑症、抑郁症等精神障碍性疾病;合并凝血功能障碍。

1.2 方法:对照组采用常规護理:护理人员手术前向患者介绍手术室的环境,帮助患者取麻醉体位,配合麻醉医生对产妇进行麻醉。麻醉后摆放手术体位,手术过程中对产妇的各项生命体征指标的变化情况进行持续密切监测,传递手术器械,辅助医生完成剖宮产手术操作。手术结束,向产妇家属说明手

术情况,同时向其介绍术后护理和产后恢复中的一些注意事项,和病房做好交接工作。观察组实施舒适护理,(1)在手术室成立舒适护理小组,小组的组长由手术室护士长担任,手术室全体护理人员均是小组成员,小组长负责对小组成员进行系统化的培训,并严格落实手术室的相关管理责任制度。在开展护理工作前,所有小组成员均接受系统的培训与考核,掌握舒适护理的理念、护理方法以及舒适护理的实施要点和重点。(2)为患者提供舒适的术前护理:在手术前1 d晚上,由舒适护理小组成员到病房内对患者进行术前访视,向产妇和家属介绍剖宫产手术的相关知识,并对产妇的身体和心理状态进行评估,了解产妇术前的身心状态。同时,对产妇的情绪状况进行综合性的评估,护理人员通过与产妇的沟通交流,了解产妇对于剖宫产手术的知晓程度如何,了解产妇对于手术的担忧和疑虑,了解其是否存在负面情绪。根据产妇的实际心理状态和情绪表现,对其进行积极的针对性的心理疏导,帮助产妇建立良好的正确的认知习惯。向产妇和家属介绍手术团队的专业性,介绍手术团队既往的成功手术案例,以及手术团队人员的临床工作时间和工作经验,减轻产妇的思想负担和个人担忧。(3)对产妇提供舒适的术中护理:待产妇进入到手术室后,要严格执行三查七对的核对制度,对患者基本信息进行核对后,护理人员向患者介绍手术室的环境以及仪器设备等,注意疏导患者的情绪,让其放松心态,树立战胜疾病的信心。麻醉前帮助产妇取麻醉体位,麻醉后取手术体位,在确定体位后,主动询问产妇的主观感受,保障产妇的舒适度。手术全程,护理人员均陪伴在产妇身边,与产妇进行沟通交流,交谈产妇感兴趣的话题,以转移产妇的注意力,减轻其思想顾虑。同时,对产妇的各项生命体征指标的变化情况进行密切监测,如果发现产妇的某项指标出现异常,护理人员要第一时间告知医生,积极配合完成剖宫产手术操作。在手术过程中,要注意用毛毯遮盖非手术区域,保护产妇的隐私,减轻其不良情绪。同时也起到术中保温的功效,而且术中输注的液体要进行预加温处理,积极预防术中低体温的发生。胎儿娩出后,护理人员第一时间测量胎儿的基本指标,并让胎儿与产妇接触,向产妇说明胎儿的情况,并配合医生完成缝合。缝合过程中持续监测产妇的各项生命体征指标变化,让产妇不要担心,要相信并配合医护人

员。(4)对产妇提供舒适的术后护理:在剖宫产手术结束后,护理人员与家属共同将产妇送回病房,途中向家属说明手术情况,叮嘱术后的一些护理常识和注意事项。同时,与病房护士做好交接工作,详细交接手术中出现的情况,说明术后的注意事项等,如果手术过程中产妇出现一些特殊情况或指标异常的情况要重点说明,并落实在护理记录单上。

1.3 观察指标:评价指标包括负性情绪、术中疼痛程度、剖宫产手术时间、产妇舒适度、术后并发症。(1)负性情绪:①焦虑情绪:评估产妇在等候区及术后的焦虑情绪严重程度,使用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[3],得分<50分说明产妇并无焦虑情绪,得分超过50分表示其出现焦虑情绪,而且得分越高,代表产妇的焦虑情绪越严重。②抑郁情绪:评估产妇在等候区及术后的抑郁情绪严重程度,使用抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)^[4],得分<52分说明产妇并无抑郁情绪,得分超过50分表示其出现抑郁情绪,而且得分越高,代表抑郁情绪越严重。(2)术中疼痛程度:评估术中产妇的疼痛严重程度,评估疼痛程度时使用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale/Score, VAS)^[5],根据得分评估产妇的疼痛程度。0分代表“无痛”,1~3分代表“轻度疼痛”,4~6分代表“中度疼痛”,7~10分代表“重度疼痛”。(3)剖宫产手术时间:准确记录两组产妇的剖宫产手术时间,并比较两组的平均剖宫产手术时间。(4)产妇舒适度:于术后采用舒适度问卷^[6]调查评估产妇的舒适度,问卷的总分是100分,所得分数越高,说明产妇主观上感受越舒适。(5)术后并发症:记录术后两组患者的并发症发生情况,包括产后感染、产后出血、切口感染,计算比较两组的术后并发症发生率。

1.4 统计学处理:采用SPSS 24.0统计软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 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, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组负性情绪比较:护理前两组焦虑评分和抑郁评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后两组焦虑评分和抑郁评分低于护理前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组术中疼痛程度比较:观察组术中疼痛程度轻于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 护理前后两组的负性情绪评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	焦虑	抑郁
观察组	25	护理前	25.56 ± 2.34	27.46 ± 3.03
		护理后	8.56 ± 1.39	10.48 ± 1.24
对照组	25	护理前	25.48 ± 2.47	27.94 ± 3.11
		护理后	16.54 ± 2.22	18.78 ± 2.94
<i>t/P</i> 对照组(护理前后)			13.459/ <0.001	10.702/ <0.001
<i>t/P</i> 观察组(护理前后)			31.230/ <0.001	25.932/ <0.001
<i>t/P</i> 组间值(护理前)			0.117/0.907	0.553/0.583
<i>t/P</i> 组间值(护理后)			15.233/ <0.001	13.006/ <0.001

表2 两组术中疼痛程度比较[例(%)]

组别	例数	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
观察组	25	18(72.0)	6(24.0)	1(4.0)	0(0.0)
对照组	25	10(40.0)	5(20.0)	6(24.0)	4(16.0)
χ^2		5.195	0.117	4.153	4.347
<i>P</i>		0.023	0.733	0.042	0.037

2.3 两组剖宫产手术时间、舒适度评分比较:观察组平均剖宫产手术时间(42.28 ± 4.56) min 短于对照组(54.48 ± 5.56) min, 差异有统计学意义($t = 8.483, P = 0.000 < 0.05$);观察组舒适度评分(95.58 ± 2.63)分高于对照组(81.48 ± 2.79)分, 差异有统计学意义($t = 18.422, P = 0.000 < 0.05$)。

2.4 两组术后并发症发生率比较:观察组术后无并发症, 并发症发生率为0.0%(0/25)。对照组术后出现并发症4例, 其中产后出血3例, 切口感染1例, 并发症发生率为16.0%(4/25)。观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2 = 4.347, P = 0.037 < 0.05$)。

3 讨论

随着剖宫产手术技术的不断成熟, 我国的剖宫产率也随着不断提高。剖宫产可在很大程度上保障产妇和新生儿的健康, 加快分娩, 但同时剖宫产术也存在一些弊端, 术后出血、感染等并发症的发生会影响母婴健康, 延长术后康复时间。并且手术操作本身就会对患者造成较大的创伤, 加上产妇对于剖宫产手术相关知识的了解少, 导致其不可避免地出现焦虑、恐惧和紧张等负面情绪, 甚至一些产妇会出现突发性的出血、新生儿窒息等情况, 危及母婴的生命安全。因此, 在实施剖宫产手术的同时, 还需要配合实施针对性的护理措施, 以降低围手术期风险, 减轻产妇的负面情绪, 缓解疼痛程度, 最大程度上保障剖宫产手术产妇的舒适度。

本研究对比了舒适护理与常规护理在剖宫产手术产妇护理中的应用效果, 结果显示, 护理后观察组

焦虑评分和抑郁评分低于对照组, 术中疼痛程度轻于对照组, 平均剖宫产手术时间短于对照组, 舒适度评分高于对照组, 术后并发症发生率低于对照组($P < 0.05$), 上述研究结果从不同层面体现出了舒适护理的护理优势。分析原因为, 常规护理在临床上应用较为广泛, 但常规护理缺乏针对性, 在开展工作的过程中护理人员依靠自身工作经验对患者实施护理, 难免会有遗漏, 影响整体护理效果和护理质量。近年来, “以患者为中心” 逐渐成为临床工作的重要理念和开展工作的重要原则, 致力于为患者提供全方位的、持续性的护理服务。舒适护理充分践行了以患者为中心的工作原则, 通过在不同时间点对产妇实施针对性的护理干预措施, 来减轻产妇的思想负担和负面情绪, 在术前、术中、术后三个阶段对产妇进行针对性护理, 完成了手术室护理人员的全部护理工作内容, 更能够帮助患者完成身心的治疗^[7]。舒适护理的主旨是为产妇提供舒适的治疗和护理体验, 尽可能地去满足产妇的实际需求, 减轻产妇在手术过程中的不适感, 让其获得舒适的体验。

综上所述, 对剖宫产产妇实施手术室舒适护理更有利于缓解其负面情绪, 减轻产妇的疼痛程度, 同时可降低术后并发症的发生风险, 提高产妇的舒适度, 因此, 可在临床上进一步推广和应用。

【参考文献】

- [1] 刘园园, 赵从. 舒适护理在剖宫产手术室护理中的应用[J]. 医学美学美容, 2021, 30(11): 167 - 168.
- [2] 荆颖梅, 邓珍. 快速康复外科干预在剖宫产术中的应用效果[J]. 河北医药, 2021, 43(24): 3717 - 3720.
- [3] 陶千红, 胡盈盈. 家属协同术前健康教育在剖宫产手术中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(10): 2184 - 2185.
- [4] 王红利, 刘静. 手术室舒适护理对剖宫产术产妇应激反应及疼痛的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(6): 1007 - 1008.
- [5] 赵宏, 马莉, 刘瑞. 手术室舒适护理对剖宫产术产妇应激反应及疼痛的影响[J]. 贵州医药, 2019, 43(9): 1499 - 1500.
- [6] 汪贤青. 手术室优质护理服务对剖宫产产妇术后泌乳功能与康复的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(20): 3649 - 3651.
- [7] 吴若枫. 舒适护理对剖宫产手术患者的护理干预效果[J]. 中外医疗, 2022, 41(1): 136 - 139, 148.

(收稿日期: 2022 - 12 - 21)