

中心静脉输液管和鼻-胃管是实施肠外营养和胃肠内营养的重要通道,对这两种管道的护理十分重要,需用防水胶布和透明敷贴将管道妥善固定以防止滑脱,监护过程中用有色笔标记深度,记录于床头和监护护理记录上,班班书面和口头有连续交接。保证微泵工作正常,管路通畅,避免胃管打折阻塞。治疗期间注意有无腹胀,有无胃食管反流。经鼻-胃管营养要注意喂养速度及频率,依靠重力、自然滴入,并尽量模拟生理进食周期。每次喂养前先吸出胃内容物,观察性状、残余奶量等,判断患儿消化情况并随时调整成分及入量,必要时调整为静脉营养。用医用电子秤测体质量变化、检测生化指标的变化,有无高脂血症,记录首次排便时间,首次排便时间提前则提示肠道菌群的建立及肠道功能改善。

## 参考文献

- [1] 江泽熙,胡廷泽. 小儿胸部外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2008:220-228.
- [2] 戚继荣,莫绪明,钱龙宝,等. 早期微泵肠内营养灌注对新生儿食管闭锁临床预后的研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2016, 41(1): 1-4. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.26.047

2014,35(3):195-198.

- [3] Ramsay M, Birnbaum R. Feeding difficulties in children with esophageal atresia: treatment by a multidisciplinary team[J]. Dis Esophagus, 2013, 26(4): 410-412.
- [4] Morgan RD, O'callaghan JM, Wagener S, et al. Surgical correction of tracheo-oesophageal fistula and oesophageal atresia in infants with VACTERL association: a retrospective case-control study[J]. Pediatr Surg Int, 2012, 28(10): 967-970.
- [5] Herranz Antolín S, Alvarez De Frutos V, Blasco Guerrero M, et al. Nutritional support with parenteral nutrition. Course and associated complications[J]. Endocrinol Nutr, 2013, 60(6): 287-293.
- [6] 韩露艳,王丹华. 早期蛋白质和能量摄入对早产儿生长影响的研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(4): 247-252.

(收稿日期:2016-02-09 修回日期:2016-04-06)

# 助产士主导的产前检查对低风险初产妇的影响

李晓燕

(重庆医科大学附属第一医院产科 400016)

[中图分类号] R717

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)26-3738-02

助产士是在正式医学院校学习或具有同等能力,能独立接生和护理产妇的医务人员,多数发达国家助产士主导模式在母婴安全及健康方面发挥了重要作用<sup>[1]</sup>。助产士式的照护模式具体包括:照护的连续性,监测产妇和家庭在整个分娩过程中的生理、心理、精神和社会健康,提供给孕妇个体化的教育、咨询以及产前照护,在分娩过程前、产中以及刚分娩后提供连续的照护,使不必要的医疗技术干预最小化<sup>[2]</sup>。目前,我国助产士的角色作用大多局限在分娩阶段,其工作地点常固定在产房,仅针对产时干预,缺少对妊娠期及产后的连续性照护<sup>[3]</sup>。为探索国内助产士门诊开设的必要性,本院 2013 年曾进行过一次产科开设助产士门诊的调查研究,结果显示超过 90% 的受调查者认为有必要开设助产士门诊<sup>[4]</sup>。由此,本院从 2014 年起开设专门的助产士门诊,为了验证助产士主导的产前检查(MLC)对初产妇的积极影响,本研究选取本院 2014 年 1 月至 2015 年 5 月分别以 MLC 和传统常规产检两种方式进行产检的 600 名低风险初产妇做随机调查,现将报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 问卷** 问卷主要包括:(1)关于孕妇自己和其宝贝;(2)关于孕妇自己的产检;(3)对自己产检过程的感受。所有的回答可采取类别量表、Likert 量表、“是/否”以及开放性答案。

**1.1.1 对于孕妇产检感受的评价** 采用 1~5 分的 Likert 量表(差为 1 分,较差为 2 分,一般为 3 分,好为 4 分,非常好为 5 分)评价其对产检的总体感受。同时设计了一份含有 6 个问题的问卷了解参与者产检时的各种感受,采用 1~5 分的 Likert 量表(“是的”1 分,“经常”2 分,“有时”3 分,“很少”4 分,“从不”

5 分)评价感受差异。

**1.1.2 调查问卷中采用 1~5 分的 Likert 量表评价参与者对接受孕期及分娩前后相关信息的满意度:**1 分为非常不满意;2 分为不满意;3 分为一般;4 分为满意;5 分为非常满意。

**1.2 资料获取形式** 在参与者分娩 3 个月后进行各种形式的调查,获取所需要的数据和结果,包括现场问卷调查表、邮寄问卷表、讲座调查及一对一的深度调查。

**1.3 纳入标准** 选取 2014 年 1 月至 2015 年 5 月在本院进行产检的低风险孕妇 600 名,在最近的怀孕期间发生过流产、胎死腹中或新生儿死亡的均予以排除。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,计量数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,用  $t$  检验,不符合正态分布的计量数据采用 Mann-Whitney  $U$  检验,分类数据采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 回访一般情况** 442 名孕妇参与此调查,问卷有效率 73.7%。MLC 组 218 名,年龄 22~42 岁,平均(33.1±2.8)岁;体质量 61~88 kg,平均(72.8±2.9)kg;身高 152~176 cm,平均(162.9±3.9)cm。常规产检组 224 名,年龄 22~42 岁,平均(32.5±3.6)岁;体质量 62~85 kg,平均(71.5±3.2)kg;身高 151~179 cm,平均(163.1±3.5)cm。两组一般资料经统计学处理差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**2.2 产检时孕妇的感受** Likert 量表评价参与者对产检总体感受的结果显示:345 名参与者(78%)表示产检时感觉好或非常好,MLC 者[(4.49±0.78)分]的产检感受明显优于常规产

表 1 参与者对产检的感受( $\bar{x} \pm s$ )

参与者对产检时的感受	参与者( $n=442$ )	MLC( $n=218$ )	常规产检( $n=224$ )	$P$
1. 是否参与了有关产检的决定	1.880±1.038	1.670±0.898	2.070±1.118	<0.05
2. 是否能理解助产士的讲解	1.540±0.676	1.380±0.555	1.670±0.743	<0.05
3. 是否有足够的时间询问有关参与者怀孕的情况	1.460±0.698	1.310±0.535	1.600±0.794	<0.05
4. 是否得到了有关产后情绪管理的建议	3.140±1.507	2.790±1.472	3.440±1.479	<0.05
5. 是否得到了尊重	2.090±1.131	1.690±0.893	2.430±1.205	<0.05
6. 产检时是否感觉到友善及容易沟通	1.600±0.801	1.330±0.543	1.830±0.915	<0.05

检者[(3.92±0.85)分],差异有统计学意义( $P<0.01$ )。Likert 量表评价参与者对产检时各种感受差异的结果显示:MLC 者产检感受明显优于常规产检者(表 1)。

**2.3 候诊时间** MLC 组平均候诊时间为 15 min,而常规产检组平均候诊时间为 60 min( $P<0.01$ )。150 名(67%)常规产检者候诊时间超过 60 min,而 MLC 组只有 28 名(13%)( $P<0.01$ )。

**2.4 产前检查的效果** 分别从提供产前检查、产前检查的临床结果及婴儿的喂养三个方面来评估产前检查的效果。

**2.4.1 提供产前检查** 提供产前检查的主要指标为常规产前检查次数及超声检查的次数。259 名(58.6%)参与者产前检查次数大于 8 次,超过 398 名(90.0%)的参与者感觉产前检查次数是合适的。两组之间产前检查次数和超声检查次数之间无明显差异。

**2.4.2 临床结果** 临床结果主要包括:产妇孕期及分娩时的健康状况、新生儿体质量、产前住院情况和非计划性住院情况。结果显示:两组产妇孕期身体、精神健康状况、分娩时孕周大小及新生儿体质量均无明显差异。341 名(77.1%)产妇分娩前有住院的情况,常规产检组产前住院率比 MLC 组高 16.5%( $P<0.05$ );日常病房、产房、急诊病房住院率两组相当;预产病房住院率常规产检组比 MLC 组高 14.6%( $P<0.05$ )。

表 2 孕期住院情况[n(%)]

组别	孕期住院	日常病房	产房	预产病房	急诊病房
总人数( $n=442$ )	341(77.1)	39(8.8)	192(43.4)	274(62.0)	203(45.9)
MLC( $n=218$ )	150(68.8)	19(8.7)	92(42.2)	119(54.6)	99(45.4)
常规产检( $n=224$ )	191(85.3)	20(8.9)	100(44.6)	155(69.2)	104(46.4)
$P$	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05

**2.4.3 婴儿喂养** 约 60%参与者采用直接母乳的方式喂养婴儿,31%采取奶瓶喂养。MLC 组直接母乳喂养率比常规产检组高 14.9%( $P<0.05$ )。

**2.4.4 接受信息满意度** 采用 1~5 分的 Likert 量表评价参与者对接受孕期及分娩前后相关信息的满意度,结果显示:MLC 组[(4.17±0.56)分]满意度明显高于常规产检组[(3.05±0.78)分],差异有统计学意义( $P<0.05$ )。当被问及在产前检查过程中是否希望获得更多相关信息时,153 名参与者(34.6%)回答“是”;MLC 组中 45 名(20.6%)回答“是”,明显低于常规产检组 90 名(40.2%),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。这些问题主要包括母乳喂养和如何照顾婴儿等。

3 讨 论

本研究结果为验证助产士主导的产前检查(MLC)对低风险初产妇的积极作用提供了有力的数据支持。Sandall 等[5]认

为助产士主导的连续性照顾模式不会对孕产妇造成不利影响,相比于常规产检,MLC 能降低 24 孕周前流产的几率。本研究发现,MLC 组产妇产前住院率明显低于常规产检组,且母乳喂养率明显高于常规产检组,这些结果与之前的报道一致[6-8]。

MLC 能优化孕产妇产前检查过程中的自我感受,本研究结果证实了这一观点。问卷结果显示,更短的候诊时间以及产检过程中能有更多时间与医务人员讨论交流是孕产妇选择 MLC 的主要原因。MLC 能更大程度上满足孕产妇的需求,包括更少的候诊时间,更多的交流,更容易得到产检服务,以及在产检过程中有更好的体验。先前的研究也证实,MLC 能使孕产妇有更好的当母亲的感觉[8]。

虽然本研究结果证实相对于常规产检,MLC 具有诸多的优势,但仍然存在一些问题,尤其是涉及分娩准备和相关的教育。参与 MLC 的孕产妇对于接收孕产期相关的知识有更高的满意度,但是她们同时也反映仍有诸多方面需要改善。主要包括提供分娩的相关信息,如母乳喂养,如何减压、保持健康的心理,以及如何更好地照顾婴儿等。特别是对于多胎孕产妇,由于整个孕期可能与其他孕产妇的情况有所不同,她们更需要获得特殊情况下该如何应对的相关知识。英国皇家妇产科医师学院推荐“孕产期服务应当向孕产妇和他们的伴侣和家人提供有关分娩和亲子关系的综合性的教育方案”[9]。

对于低风险孕产妇,助产士良好的职业素养和专业支持,可使孕产妇获得良好的产检感受。MLC 能为产妇提供分娩前心理和生理上双重的支持,而“踏实、放心、鼓励、耐心”是产妇对 MLC 最多的感受。由产科医生主导的常规产检,由于就诊量大,单独接诊时间少,难以给予孕产妇详细的解答[10];而助产士的专业能力和职业素养可以发挥其自身优势,满足孕产妇的需要。

对于低风险初产妇,MLC 与常规产检效果相当,并能给孕产妇到来更好的产检感受,值得推广。

参考文献

[1] Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care [J]. Lancet, 2006, 368 (9544):1377-1386.  
 [2] Rooks JP. The midwifery model of care[J]. J Nurse Midwifery, 1999, 44(4):370-374.  
 [3] 武晓丹,顾春怡,张铮,等. 助产护士产前门诊对初产妇心理状态、满意度及分娩结局的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(7):581-584.  
 [4] 周小利,王龙琼,时元菊. 产科开设助产士门诊的调查研究[J]. 重庆医学, 2014, 43(35):4743-4745.  
 [5] Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-(下转第 3744 页)

史,急性起病,病灶处疼痛剧烈,无关节异响、交锁、晨僵等病史)和全面的体格检查(结合本例,典型的专科情况如下:病灶处局限性压痛,屈膝诱发疼痛加重,关节主动活动受限但被动活动尚可,无骨擦感、畸形和纵叩痛等骨折体征),并努力完善各项实验室检查(对该病具有鉴别诊断意义的检查项目包括:尿酸  $343 \mu\text{mol/L}$ 、类风湿因子  $3.70 \text{ U/mL}$ 、抗链球菌溶血素“O” $104.30 \text{ U/mL}$ 、C 反应蛋白  $8 \text{ mg/mL}$ 、结核抗酸杆菌阴性等)和影像学检查(如 X 线、CT 和 MRI)。在鉴别诊断方面,尤其需注意与痛风性、类风湿性、风湿性、骨性、结核性等关节炎(如前所述),以及撕脱性骨折(本例影像学检查提示左股骨远端内侧旁高密度影的边缘规整圆钝、内髁骨皮质连续性好,而撕脱性骨折的游离骨块边缘多锐利,可见内髁骨皮质连续性中断)等疾病相鉴别。

治疗方法上,对于多数钙化性肌腱炎患者而言,经过 4~6 周的保守治疗可达到治愈或缓解。Yamamoto 等<sup>[6]</sup>研究发现 H2 受体阻滞剂(法莫替丁)能够抑制钙化性肌腱炎的钙化进展,可用于减轻疼痛和治疗肌腱骨化或钙化。部分患者不经治疗亦可在 1~4 周后好转或自愈,钙化灶有时也会部分或完全消失;而那些保守治疗效果不佳的患者,手术切除钙化灶则能够获得可靠的疼痛缓解<sup>[2]</sup>。此外,White 等<sup>[4]</sup>也报道了 1 例左膝外侧副韧带急性钙化性肌腱炎患者经手术治疗后症状完全消除。因此,保守治疗应该作为首选方案,但在某些特殊的情况下手术治疗也是合适的,如保守治疗无效、严重影响生活及工作的患者,则可考虑在关节镜下行病灶清除,而关节镜下无法彻底清除病灶、镜下操作困难或病灶位于关节外的病例,亦可选择开放手术治疗。总之,目前关于钙化性肌腱炎的治疗方法主要有以下几种:休息制动、抗炎止痛、针灸理疗、功能锻炼、关节镜下病灶清除、针刺封闭、体外冲击波治疗、超声引导下捣碎抽吸等<sup>[7-10]</sup>。但是,随着微创技术的快速发展,微创理念已深入人心,故对于起病急、症状重以及保守治疗无效、反复发作、病灶巨大的钙化性肌腱炎患者,现在多主张在关节镜下行病灶清除,合并其他病变者亦可辅加相应的手术方式。

在手术过程当中,须注意充分显露和彻底清除病灶并留取典型标本送病检,切忌粗暴操作,以防损伤内侧副韧带和破坏膝关节的稳定结构,避免伤及病灶周围重要的神经和血管;术后可予消肿止痛、伤口换药、功能锻炼等治疗。本文中该患者行关节镜下病灶清除活检术治疗后第 2 天左膝疼痛大幅减轻,术后 2 周恢复正常的生活及工作,取得了满意的临床结果,但由于本文仅为个案病例报道,因此患者的远期临床疗效仍需今后大样本、多中心的临床观察和长期随访进一步研究证实。综上所述,关节镜下病灶清除活检术可能是目前临床上诊治钙化性肌腱炎最重要、最有效的方法之一。因此,即便是膝关节内

侧副韧带钙化性肌腱炎也可首选关节镜下微创治疗,对于部分关节镜下不能彻底清除病灶的患者,辅加小切口的病灶清除也是一种行之有效的治疗方法。

## 参考文献

- [1] Song K, Dong J, Zhang Y, et al. Arthroscopic management of calcific tendonitis of the medial collateral ligament[J]. *Knee*, 2013, 20(1): 63-65.
- [2] Franceschi F, Longo UG, Ruzzini L, et al. Arthroscopic management of calcific tendinitis of the subscapularis tendon[J]. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2007, 15(12): 1482-1485.
- [3] Tsujii A, Tanaka Y, Yonetani Y, et al. Symptomatic calcification of the anterior cruciate ligament: A case report [J]. *Knee*, 2012, 19(3): 223-225.
- [4] White WJ, Sarraf KM, Schranz P. Acute calcific deposition in the lateral collateral ligament of the knee[J]. *J Knee Surg*, 2013, 26(Suppl 1): S116-S119.
- [5] Shenoy PM, Kim DH, Wang KH, et al. Calcific tendinitis of popliteus tendon: arthroscopic excision and biopsy[J]. *Orthopedics*, 2009, 32(2): 127.
- [6] Yamamoto K, Hojo H, Koshima I, et al. Famotidine suppresses osteogenic differentiation of tendon cells in vitro and pathological calcification of tendon in vivo[J]. *J Orthop Res*, 2012, 30(12): 1958-1962.
- [7] Lorbach O, Kusma M, Pape D, et al. Influence of deposit stage and failed ESWT on the surgical results of arthroscopic treatment of calcifying tendonitis of the shoulder [J]. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*, 2008, 16(5): 516-521.
- [8] 姜春岩, 耿向苏, 王满宜, 等. 钙化性肩袖肌腱炎的针刺封闭治疗[J]. *中华外科杂志*, 2003, 41(5): 29-33.
- [9] Farr S, Sevela F, Mader P, et al. Extracorporeal shock-wave therapy in calcifying tendinitis of the shoulder[J]. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2011, 19(12): 2085-2089.
- [10] 宓士军, 马秀清, 周广军, 等. 下肢钙化性肌腱炎的超声诊断和引导下捣碎抽吸治疗[J]. *中国矫形外科杂志*, 2011, 19(1): 74-76.

(收稿日期: 2016-02-19 修回日期: 2016-04-06)

(上接第 3739 页)

- led continuity models versus other models of care for childbearing women [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 8: CD004667.
- [6] Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review [J]. *Birth*, 2004, 31(3): 222-229.
  - [7] Begley C1, Devane D, Clarke M, et al. Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial [J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2011, 11: 85.

- [8] Hodnett ED, Downe S, Walsh D, et al. Alternative versus conventional institutional settings for birth [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 9: CD000012.
- [9] Prusova K, Churcher L, Tyler A, et al. Royal college of obstetricians and gynaecologists guidelines: how evidence-based are they? [J]. *J Obstet Gynaecol*, 2014, 34(8): 706-711.
- [10] 钱小芳, 陈起燕, 张水治, 等. 设立妇幼专科护理门诊社会需求的调查研究 [J]. *中华护理杂志*, 2005, 40(2): 94-95.

(收稿日期: 2016-02-11 修回日期: 2016-04-06)