

continuous wound infiltration for postoperative pain management after open gastrectomy [J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22 (5): 1902-1910.

- [2] SACCARDI C, GIZZO S, VITAGLIANO A, et al. Periincisional intraperitoneal ropivacaine administration; a new effective tool in control after surgery in laparoscopic pain gynecology; a randomized clinical trial [J]. *Surg Endosc*, 2016, 30(12): 5310-5318.
- [3] KIM J W, KIM W S, CHEONG J H, et al. Safety and efficacy of fast-track surgery in laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer; a randomized clinical trial [J]. *World J Surg*, 2012, 36(12): 2879-2887.
- [4] 李立明, 赵松. 快速康复外科在支气管袖状肺叶切除治疗中央型肺癌中的应用 [J]. *中国实用医刊*, 2013, 40(19): 4-6.
- [5] APOSTOLO JL, KOLCABA K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders [J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2009, 23(6): 403-411.
- [6] CHANDRAKANTAN A, GAN T J. Demonstrating value; a case study of enhanced recovery [J]. *Anesthesiol Clin*, 2015, 33(4): 629-650.
- [7] LEE A, ZHU F, UNDERWOOD M J, et al. Fast-track failure After cardiac mode validation and surgery: external implications To ICU utilization [J]. *Crit Care Med*, 2013, 41(5): 1205-1213.
- [8] CHESTOVICH P J, LIN A Y, YOO J. Fast-track in pathways colorectal Surgery [J]. *Surg North Am*, 2013, 93(1): 2132.
- [9] REIF P, DROBNITSCH T, AIGMUELLER T, et al. The

decreasing length of hospital stay following vaginal hysterectomy; 2011-2012 vs. 1996-1997 vs. 1995-1996 [J]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2014, 74(5): 449-453.

- [10] 姜庆斌. 在普外中腹腔引流中采用腹腔引流管的临床观察 [J]. *中外医疗*, 2013, 32(12): 85-86.
- [11] PADILLA ALARCON J, PENALVER CUESTA J C. Experience with lung resection in a fast-track surgery program [J]. *Arch Bronconeumol*, 2013, 49(3): 89-93.
- [12] Carter J. Fast-track surgery in gynaecology and gynaecologic oncology; a review of a rolling clinical audit [J]. *ISRN Surgery*, 2012; 368014.
- [13] SALHIYYAH K, ELSOBKY S, RAJA S, et al. A clinical and economic evaluation of fast-track recovery after cardiac surgery [J]. *Heart Surg Forum*, 2011, 14(6): E330-334.
- [14] 钟梅, 陈仕娟, 谢间好, 等. ICU 患者颈内静脉穿刺固定方法的改进 [J]. *护理学报*, 2012, 19(8A): 55.
- [15] 杨小云, 邓建玉. 3M 加压固定胶带固定腹腔引流管对患者舒适度的效果评价 [J]. *中国卫生标准管理*, 2016, 7(13): 247-248.
- [16] 曾柳芳, 何海燕, 梁凤. 3M 透明敷料在深静脉置管中的应用 [J]. *中国误诊学杂志*, 2011, 11(24): 5854.
- [17] 钟弋云, 吴赛芬, 邓洁英. 留置腰大池引流管患者非计划性脱管原因分析及对策 [J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2010, 13(24): 77-78.
- [18] 张卫强, 刘克强, 裴迎新, 等. 肺叶切除术后胸腔引流方法的改进对快速康复的影响 [J/CD]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2015, 7(7): 56-58.

(收稿日期: 2018-02-18 修回日期: 2018-05-10)

• 临床护理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2018.24.031

契约式管理应用于孕产妇孕期管理的研究*

樊少磊, 白桦[△], 崔红霞, 方惠

(郑州大学第三附属医院产房, 郑州 450052)

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)24-3238-04

随着二孩政策的全面实施, 高危、高龄产妇的比例和病死率明显增加。孕期保健与妊娠结局密切相关, 适宜的保健有助于促进自然分娩, 保障母婴健康^[1]。因此, 如何做好孕期保健工作成为近年医学界研究的热点。契约式管理是用相对固定的、清晰的契约, 约定各层级和各方面的职能、责任。目前, 契约式管理被运用到多种慢性病的防治, 但其方案的制订和评价缺乏系统的阐述和理论依据^[2]。美国护理专家 KING 在一般系统论的基础上建立了互动达标理论,

提出护理的目标是帮助个体与群体维持健康^[3]。本研究以 KING 互动达标理论为依据, 制订并实施孕期契约式管理, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法, 选择 2016 年 1—12 月在本院产科门诊建卡、定期产检并计划在本院分娩的 112 例孕产妇。纳入标准: (1) 初产妇, B 超确诊, 单胎宫内孕, 头位, 妊娠 12~14 周; (2) 具有基本的阅读和书写能力, 能够正常沟通交流者; (3) 知情同意参

* 基金项目: 河南省教育厅资助项目(182102311196)。 作者简介: 樊少磊(1986—), 主管护师, 硕士, 主要从事助产学方面的研究。 △

加本研究。排除标准：(1)患者有妊娠并发症及孕期高危因素；(2)存在精神障碍者。退出标准：(1)中途因个人原因退出者；(2)研究过程中出现意外引产者。采用随机数字表法，将 112 例孕产妇编号，然后从随机数表中任意一个数字开始，向任何一个方向连续抄下 112 个数字，令随机数字中的单数为试验组，双数为干预组，每组各 56 例。研究正式实施前，经伦理委员会批准，向研究对象说明研究目的及研究方法，签署知情同意书，并遵循保密、有益、无伤害原则后收集其一般资料和问卷。干预结束时，112 例研究对象中，最终有 110 例参与干预研究和随访。干预组因胎儿畸形引产失访 1 例，对照组因个人原因退出失访 1 例。两组失访率相同，没有对研究结果造成明显影响。两组孕产妇在年龄、文化程度、居住地等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 孕期契约式管理的理论依据 契约式管理作为一种新的孕期保健方法，流程按照 KING 的互动示意图，即感知、判断、行动、反应、相互作用、相互影响，具体见图 1。

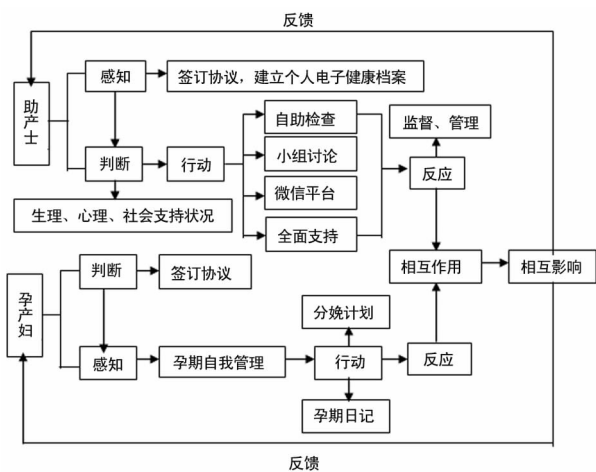


图 1 孕期契约式管理流程图

1.2.2 干预方法 对照组孕产妇实施常规孕期保健及健康教育，从妊娠 12~14 周建立围产期保健卡，32 周之前，每月孕检 1 次；32~37 周，每两周孕检 1 次；37 周以后，每周孕检 1 次。干预组在此基础上，实施契约式管理。干预实施前，研究者对 4 名助产士(工作 5 年以上主管护师)和 1 名产科医生(工作 5 年以上主治医师)进行培训，具体干预方法如下。

1.2.2.1 签订协议管理 采取双方自愿原则，助产士与研究对象及家属共同协商孕期保健计划，签订契约式管理协议，签约时间截至产后 6 周。明确双方权责，告知孕产妇违背协议所产生的结果，而非命令式的强制执行。助产士对孕产妇的孕期管理全程负责，动态评估，随时调整计划。同时建立个人电子健康档案，并评估孕产妇的生理、心理、社会支持状况。

1.2.2.2 孕期自我管理 (1)自助检查。孕产妇从常规孕期检查开始记录孕期日记。助产士为孕产妇进行一对一的孕期检查，包括询问健康史，腹部检查，安排 B 超、化验等。指导并鼓励孕产妇自己完成体质量、血压、腹围、孕龄、胎心等简单检查，并与助产士共同完成孕期保健手册的记录。孕产妇在门诊等待化验结果时，可以到助产士门诊咨询问题，寻求帮助。(2)小组讨论。鼓励孕产妇及家属每周 4 参加孕产妇学校学习班。课程学习结束后，所有孕产妇围成圈以小组讨论的形式进行健康教育。助产士根据本期孕产妇学校的课程设定一个主题，如孕期的心理、营养、运动、睡眠、盆底康复训练、分娩准备、新生儿护理、乳房护理、哺乳技巧等。讨论内容会根据孕产妇的具体情况以及讨论过程中的动态变化做出弹性调整。提高孕产妇积极性，使其分享各自的观点。助产士可对她们的观点进行评价，采用视频、图片、举例、模型、小组成员示范等方法，解释和说明讨论中遇到的问题。(3)微信平台。邀请小组人员加入微信群，了解对方对孕期保健知识的需求。每天发送 1 条信息，内容关于孕期保健、自然分娩、母乳喂养技巧、盆底康复训练等知识。鼓励小组成员积极讨论，相互交流。由产科医生和助产士担任管理员，每天在线答疑解惑 2 h，引导信息传播的正确性。(4)全面支持。①保健提供者通过门诊检查、孕妇学校、微信平台等渠道与孕产妇交流，解决其问题。②邀请孕产妇的丈夫参加孕妇学校和准爸妈育儿技能比赛，提高丈夫的支持力度。③同伴互相支持。将不同背景的孕产妇聚集在同一组中，分享各自的检查结果、孕期经验，有助于孕产妇获得信息支持。

1.2.2.3 制订分娩计划 孕产妇在孕 35~37 周时到助产士门诊与助产士共同制订分娩计划，内容包括分娩方式、分娩环境、陪伴分娩、分娩镇痛、足月引产或加速产程、会阴侧切等。分娩计划设计为表格形式，助产士针对每个条目选项对孕产妇及家属逐一解释，孕产妇根据孕期保健和自身条件勾选相应条目并签字确认。

1.2.3 评价指标 (1)抑郁自评量表(SDS)。共 20 个条目，标准分等于总分乘以 1.25 取整数。50 分以下者为无抑郁，50~<60 分为轻度抑郁，60~<70 分为中度抑郁，70 分及以上为重度抑郁。(2)焦虑自评量表(SAS)。共 20 个条目，20 个条目得分相加即得总分，50~<60 分者为轻度焦虑，>60~70 分者为中度焦虑，>70 分以上者为重度焦虑。(3)分娩结局包括顺产率、剖宫产率。(4)会阴侧切率。(5)分娩满意度。采用封闭式提问“您在此次住院分娩服务满意度?”，应答分为 0~100 分，得分越高，说明满意度越高。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计分析软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 干预前后焦虑、抑郁、满意度得分比较采用独立样本 t 检验; 计数资料用率表示, 干预后分娩结局、会阴侧切率比较采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

干预前, 两组孕产妇焦虑、抑郁得分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 干预组焦虑、抑郁得分, 孕产妇剖宫产率, 会阴侧切率均低于对照组, 孕产妇分娩满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1、2。

表 1 干预前后两组孕产妇焦虑、抑郁得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	焦虑评分		抑郁评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	55	63.23 ± 5.86	51.06 ± 5.21	60.25 ± 5.32	50.37 ± 4.98
对照组	55	62.44 ± 6.01	60.35 ± 5.16	59.05 ± 5.40	58.44 ± 5.66
t		2.514	12.012	2.030	11.245
P		0.652	0.002	0.332	0.012

表 2 干预后两组孕产妇分娩结局、会阴侧切率比较

组别	n	分娩结局[n(%)]		会阴侧切[n(%)]		分娩满意度得分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
		剖宫产	顺产	侧切	不侧切	
干预组	55	12(21.8)	43(78.2)	21(38.2)	34(61.8)	99.12 ± 9.35
对照组	55	22(40.0)	33(60.0)	32(58.2)	23(41.8)	94.53 ± 8.74
χ^2/t		4.620		4.795		6.735
P		0.032		0.034		0.024

3 讨 论

3.1 契约式管理提高了自然分娩率 2011 年国家妇幼保健协会开展了“促进自然分娩, 保障母婴安康”项目, 旨在降低剖宫产率。美国产科医疗指南建议避免初次剖宫产^[4]。契约式管理通过助产士和孕产妇双方签约, 形成事实上的约束关系, 建立稳定的、双方互动的医患关系, 实现决策共享。干预后, 干预组孕产妇的剖宫产率低于对照组, 这与 AFSHAR 等^[5]的研究结果一致。孕产妇通过小组讨论、微信平台、助产士门诊、孕妇学校等渠道获取孕期保健、分娩知识和育儿经验, 能够主动参与孕期管理, 减轻焦虑及分娩疼痛, 顺利完成自然分娩。JULIEN 等^[6]研究也表明, 孕期保健管理和分娩结局密切相关。

3.2 契约式管理降低了会阴侧切率 会阴侧切术是一种有创性操作, 影响女性健康, 容易造成产后疼痛、出血、感染等^[7]。本研究结果显示, 干预组孕产妇的会阴侧切率低于对照组。TRINH 等^[8]研究表明, 产妇的知识、信念和医务人员的经验均影响会阴侧切率。契约式管理将“医生为主导”模式转变为“孕产妇为中心”模式, 帮助孕产妇主动参与饮食、运动管理,

有效地控制孕期体质量增长。同时孕产妇在妊娠期与助产士建立稳定的关系, 熟悉了分娩环境和分娩流程, 在第 2 产程能够主动配合。助产士通过契约式管理对孕产妇的产力、产道、胎儿和精神心理因素综合评估, 有效降低会阴侧切率。

3.3 契约式管理降低了孕产妇的负性情绪 随着生理-心理-社会医学模式的转变, 围生期焦虑、抑郁易影响母婴健康, 近年来备受关注。JEANNETTE 等^[9]研究表明, 做好孕期保健可以降低孕期抑郁发病率。分娩是一个应激源, 存在很多不确定感, 初产妇缺乏分娩经验, 容易出现焦虑、抑郁^[10]。这种负性情绪会增加儿茶酚胺的分泌, 增加痛阈, 延长产程, 导致阴道试产失败。有研究提出分娩结局、决策参与、医患关系等因素影响产妇的产检和分娩满意度^[11]。契约式管理采用自助检查和小组讨论, 让孕产妇主动参与决策并制订分娩计划; 利用微信平台和家庭、社会全面支持降低孕产妇的焦虑、抑郁情绪, 提高分娩满意度; 个性化产前门诊提供连续性管理模式, 让初产妇产期待积极的分娩体验^[12]。本研究结果显示, 干预后, 干预组孕产妇的焦虑、抑郁得分均低于对照组, 且满意度明显高于对照组。

综上所述, 契约式管理解决了孕期检查与健康教育脱节问题, 有助于促进自然分娩、降低会阴侧切率, 同时降低孕产妇的焦虑、抑郁情绪, 提高其晚期产检和分娩过程满意度。目前, 医务人员对契约式管理的内涵和具体干预方法还缺乏了解, 而且本研究干预范围较局限。建议今后增加样本量, 扩大研究范围, 构建一个有针对性的, 多样化、多学科团队参与的符合中国国情的孕期契约式管理模式。

参考文献

- [1] ALIBEKOVA R, HUANG J P, CHEN Y H. Adequate prenatal care reduces the risk of adverse pregnancy outcomes in women with history of infertility: a nationwide population based study [J]. PLoS One, 2013, 8 (12): e84237.
- [2] SIMPSON C R, HANNAFORD P C, RITCHIE L D, et al. Impact of the pay-for-performance contract and the management of hypertension in Scottish primary care: a 6-year population-based repeated cross-sectional study [J]. Brit J Gen Pract, 2011, 61(588): 443-451.
- [3] KING I M. A theory of goal attainment: philosophical and ethical implications [J]. Nurs Sci Quart, 1999, 12(4): 292-296.
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus No. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery [J]. Obstet Gynecol, 2014, 123(3): 693-711.
- [5] AFSHAR Y, WANG E, MEI J. Higher odds of vaginal

deliveries in women who have attended childbirth education class or have a birth plan[J]. *AJOG*, 2016, 214(1): S162.

- [6] JULIEN O, DHIMAN D, KRUSE L, et al. Prenatal care and subsequent birth intervals[J]. *Pers Sex Rep Health*, 2012, 44(1): 13-21.
- [7] BERTOZZI S, LONDERO A P, FRUSCALZO A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum; a retrospective study [J]. *BMC Women*, 2011, 18(11): 12.
- [8] TRINH A T, ROBERTS C L, AMPT A J, et al. Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015, 15(2): 101.
- [9] JEANNETTE R, ELIZABETH R, URANIA M, et al. Effects
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.24.032

of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomized controlled trial[J]. *Psychol Health*, 2011, 26(2): 235-250.

- [10] LI Y, ZENG Y, ZHU W, et al. Path model of antenatal stress and depressive symptoms among Chinese primipara in late pregnancy[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016, 16(1): 180.
- [11] PAUDE Y R, MEHATA S, PAUDEL D, et al. Women's satisfaction of maternity care in nepal and its correlation with intended future utilization[J]. *Int J Reprod Med*, 2015: 783050.
- [12] 瞿佳, 欧阳娜, 高玲玲, 等. 我国助产士门诊开展状况的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(11): 1356-1360.

(收稿日期: 2018-02-25 修回日期: 2018-05-03)

1 例妊娠期颈深部间隙脓肿患者围术期的护理

董晓兰, 吴海彤, 蔡永华[△]

(中国医学科学院北京协和医院耳鼻喉病房, 北京 100730)

[中图分类号] R473.76

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)24-3241-02

颈深部间隙感染是指身体深部的感染源, 如发于咽、扁桃体、涎线、食管、呼吸道等的炎症, 感染经深筋膜浅层以下组织引起的脓肿形成较广泛蜂窝组织炎的总称^[1]。目前主要治疗方式为手术切开排脓和控制感染。妊娠期患者颈深部感染极其罕见, 国内文献鲜见报道, 而妊娠期的感染性疾病会严重影响到母体健康和胎儿的正常生长发育, 可导致流产、早产、死产等。妊娠期母体各系统器官是一个非常复杂又协调的生理过程, 在妊娠期接受非外科手术与麻醉时应充分考虑其特殊的生理、病理变化对孕妇及胎儿的影响^[2]。本科于 2014 年 1 月收治 1 例妊娠期颈深部间隙脓肿患者, 经过多科协作, 对患者实施个性化护理干预, 患者术后顺利出院。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者, 女, 24 岁, 因误咽异物后咽痛 19 d, 伴发热及颈部肿胀 5 d, 于本院急诊就诊, 以“颈深部间隙脓肿, 孕 29 周”收入院。继往: 孕 2 产 0, 自然流产 1 次。查体: 颈部左侧肿胀, 皮肤红肿, 压痛, 皮肤温度高, 轻度波动感, 气管向右侧压迫。向患者及家属详细交代患者病情及治疗方案, 患者及家属表理解接受, 签署知情同意书, 急诊全身麻醉下行颈深部间隙脓肿切开引流术, 术中留置伤口引流 1 根。

1.2 方法

1.2.1 心理护理 妊娠期患者心理变化复杂, 负性情绪可导致孕妇内分泌、神经、代谢、心血管等系统的功能紊乱, 引起胎动不安、早产甚至流产等不良后果。因此, 心理因素在疾病的发生、发展和预防中起着重要作用^[3], 要及时消除患者的不良情绪^[4]。本例患者在面对手术时焦虑不安, 反复述说不想失去这个孩子。护士配合医生讲明疾病的相关知识, 手术治疗的重要性, 以及现代麻醉技术的安全性, 缓解患者的恐惧不安, 并指导家属(特别是患者丈夫)提供支持和鼓励。心理护理贯穿于整个围术期, 用各种方式使孕妇感受到来自医护人员充分的理解与支持, 包括适当的肢体接触(握手、扶肩)、语言上的鼓励等, 增加其信心。

1.2.2 术后体位 协助患者术后 4 h 内呈左侧卧位, 以减轻胎儿对腹主动脉和下腔静脉的压迫, 预防仰卧时低血压综合征。4 h 后半坐卧位, 可增加胸腔体积, 减轻心肺负担, 改善胎盘的血液循环, 增加患者舒适度。6 h 后下地活动。

1.2.3 严密监测胎儿及母体情况 术后严密观察有无腹痛、宫缩, 了解阴道分泌物的性质, 尽早发现阴道出血或破水等早产征象, 使用胎心监测仪对胎儿进行