

过一体化健康管理干预模式对冠心病患者进行预防和干预后,通过对患者的生活方式干预和预防、药物干预、心理指导、康复干预与调整等,消除了患者的负面心理,树立了治疗的信心,提高了自我管理能力;使得患者出院后仍能够保持良好的生活习惯,提高了治疗依从性,使得被动护理变为主动参与。本次研究显示,干预后患者的躯体受限程度、心绞痛稳定性、心绞痛发作程度、疾病认知程度及治疗满意度得分均有明显提高($P<0.05$)。进一步说明一体化健康管理干预模式可改善患者的生活质量,为患者提供更系统、更科学的干预模式和方案。

参考文献

- 1 叶晓萍.老年冠心病患者PCI术后常见并发症观察及相关干预措施[J].医学临床研究,2016,33(2):284-285.
- 2 杨建梅.医院-社区冠心病一体化管理模式初探[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2014,14(35):294-295.
- 3 颜红兵.临床冠心病诊断与治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2010:46.
- 4 The National Council on Ageing.Challenges and success in implementing chronic disease self-management program(CDSMQ)-final report [R].Arlington: NCOA, 2004.
- 5 谢华真.健商HQ [M].北京:中国社会科学出版社,2002:130.
- 6 李永斌,姚朱华,许振坤,等.冠心病患者介入术后焦虑抑郁情绪的变化及影响因素[J].中华医学杂志,2012,92(21):1498-1501.
- 7 张文娴,智华,邓春.国内外冠心病患者自我管理能力的研究进展[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(3):8-9.
- 8 吴蓓蓓,张文杰,左燕,等.同伴教育在冠心病PCI术后患者自我管理中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(3):25-27.
- 9 周霞,廖生武,易松,等.分级诊疗背景下社区老年冠心病患者医养结合健康管理模式研究[J].中国全科医学,2017,20(26):3232-3238.
- 10 施树清.慢性乙肝住院病人健商数及其影响因素研究[D].长沙:中南大学,2013:1-10.
- 11 王韵.健康管理模式在老年冠心病病人中的应用[J].全科护理,2015,13(30):3065-3067.
- 12 罗春阳,梅霞,陈黎燕,等.舒肝解郁胶囊治疗稳定性心绞痛伴抑郁障碍病人的临床研究[J].西部医学,2014,26(9):1185-1187.

(收稿日期 2018-02-28)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

全程协作管理在预防高危产妇产后出血效果的研究

胡智超 丁海燕 余幼芬

产后出血是指胎儿娩出后产妇24 h出血量超过500 ml,发生率占分娩总数的2%~3%,近年来有逐渐增高趋势^[1]。子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道损伤、凝血功能障碍是最常见的引起产后出血的四大原因^[2],本次研究将全程协作管理应用于具备上述高危因素的产妇中,以期降低高危产妇的产

后出血,提升临床护理质量。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至2016年12月舟山市妇幼保健院妇产科中具有产后出血高危因素的168例患者作为研究对象。产后出血诊断参照《产后出血预防与处理指南》^[3]。产后出血高危因素根据《改良式产后出血预测评分表》判定,产前单项评分 ≥ 3 分或总分 ≥ 5 分或产时 ≥ 2 分则视为产后出血的高危人群^[4]。168例产妇年龄22~42岁,平均年

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.035

作者单位:316000 浙江舟山,舟山市妇幼保健院分娩室

通讯作者:丁海燕,Email:413087279@qq.com

龄(27.53±14.45)岁;分娩方式:自然分娩75例、剖宫产93例;高危因素:多胎妊娠11例、前置胎盘11例、巨大儿11例、羊水过多59例、严重贫血25例、产后出血史13例、产后输血史3例、子痫前期35例。纳入标准:①具有产后出血高危因素的产妇;②具有一定的文化程度,可以沟通交流;③患者及家属知情同意,且愿意参加并配合研究者,并剔除有凝血功能障碍者。本研究已通过本院伦理委员会审批。将168例患者随机分为两组:观察组86例,平均年龄(27.84±4.62)岁;分娩方式:自然分娩38例、剖宫产48例;高危因素:多胎妊娠5例、前置胎盘6例、巨大儿6例、羊水过多30例、严重贫血13例、产后出血史7例、产后输血史1例、子痫前期18例。对照组82例,平均年龄(27.21±4.23)岁;分娩方式:自然分娩37例、剖宫产45例;高危因素:多胎妊娠6例、前置胎盘5例、巨大儿5例、羊水过多29例、严重贫血12例、产后出血史6例、产后输血史2例、子痫前期17例。两组患者年龄、分娩方式等方面,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组给予产妇常规护理措施,并进行入院、产前及产后的健康宣教,及时解答产妇及家属的疑问及顾虑。观察组在对照组的基础上,采用全程协作管理模式。①研究小组:1名护士长担任组长,负责统筹及任务分配、协调工作;2名副主任医师负责治疗、知识及技术指导;1名心理医师主要负责对小组成员进行心理护理培训以及对部分存在严重心理问题产妇进行心理指导;4名资深护士负责方案实施、数据录入等工作。②使用《改良式产后出血预测评分表》对产妇进行评估,若评估结果为高危产妇,则与产妇及家属进行20~30 min的交流,了解产妇目前的基本情况、家庭状况以及心理状态,并向其解释本次研究的目的及意义,以取得配合。③根据产妇具体情况制定全程协作管理方案,由责任护士对产妇进行全程护理,包括详细解释分娩过程、配合要点及注意事项、基础治疗护理、健康教育以及心理疏导。对交流困难、心理压力较大、负性情绪较重的患者,责任护士与心理医师共同介入进行心理护理,并注重产妇在产前、产时、产后病情与心理状态等的动态变化。④针对高危产妇,责任护士首先向产妇详细解释分娩过程、配合要点及注意事项以取得配合,密切观察产妇情况,做好重点交接班工作,随时做好剖宫产及产后出血急救准备。责任护士每日进行2次心理疏导工作,向产妇解释心理状态对分娩的影响;对于心理压力较大的产妇,护士增加

每日心理护理次数,并教会产妇采用冥想、听轻音乐等方式放松心情。护士长尽量协议科室床位安排,为产妇提供安静、环境好的房间,注意调节房间温湿度及光线,为产妇提高良好的生产氛围,促进患者良好的睡眠。⑤产妇在生产过程中,由研究小组医师及护士负责接产,胎儿娩出后即刻注射催产素,促进子宫收缩,尽快娩出胎盘;并注意软产道检查、缝合。⑥生产结束后2 h内,每30 min 按摩子宫1次,并观察子宫的轮廓、质地、宫底的高度和阴道流血量。出现异常出血,立即查明出血原因。尽早指导产妇早接触早哺乳、按时休息、及时进食和定时排空膀胱,密切观察产妇生命体征。

1.3 监测指标 ①比较两组产妇的产后出血发生率、产后2 h出血量和产后24 h出血量。产妇将胎儿娩出并且羊水流尽后,将聚血盆放入产妇臀下以收集血液直至会阴切口缝合完毕,采用容积法和称重法计算阴道流血量,缝合会阴时所用纱布在缝合后称重按比重1.05 g相当于1 ml的血液标准。②比较两组产妇的临床护理满意度评分。临床护理满意度问卷由本科室研究人员在医院通用的临床护理满意度问卷基础上修改而成,包括护理服务态度、护理服务技能、健康教育效果三个方面内容,共20个条目。问卷采用Likert 5级评分法,从“非常不满意”到“非常满意”划分为5个等级,评分在1~5分之间。量表共100分,该量表经专家咨询并反复修改,具有良好的信效度,其Cronbach's α 为0.928。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计学软件。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇产后出血发生率及出血量比较见表1

表1 两组产妇产后出血发生率及出血量比较

组别	产后出血 发生率/例(%)	产后2 h 出血量/ml	产后24 h 出血量/ml
观察组	13(15.12)*	244.66 ± 35.36*	362.71 ± 31.32*
对照组	25(30.49)	281.65 ± 41.54	401.22 ± 35.72

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,观察组产后出血发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.67, P < 0.05$),观察组产后2 h出血量和产后24 h出血量均明显少于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=6.23、7.44, P

均 <0.05)。

2.2 两组产妇临床护理满意度比较见表2

表2 两组产妇临床护理满意度评分比较/分

组别	护理服务态度	护理服务技能	健康教育效果	总体满意度
观察组	42.98 ± 4.27*	23.31 ± 2.08*	24.15 ± 3.05*	90.44 ± 6.92*
对照组	37.03 ± 4.15	20.24 ± 2.98	20.32 ± 3.15	77.59 ± 6.54

注: *:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组产妇在护理服务态度、护理服务技能、健康教育效果以及总体满意度得分上均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=9.15、7.77、8.01、12.36, P 均 <0.05)。

3 讨论

产后出血是产妇常见的严重并发症之一,具有较高的发生率及致死率。产妇在生产前若存在前置胎盘、羊水过多、多胎妊娠等情况时,容易在生产时出现宫缩乏力性,导致发生产后出血。产后出血的发生不仅不利于产妇的康复,对母婴的心理健康也会造成巨大的影响^[5]。因此,及时采取有效措施减少产后出血的发生,当出现产后出血现象时采取正确有效的措施,是临床护理工作应该重视的问题。因此,本次研究将全程协作管理应用于产后出血高危产妇中,以护理团队为主,联合临床医师、心理医师,全程跟踪、团队协作,以降低产后出血的发生。本次研究结果显示,通过全程协作管理模式的产妇在产妇出血发生率、2 h出血量、24 h出血量均低于常规护理的对照组(P 均 <0.05)。在常规临床护理中,护理人员没有针对每位高危产妇进行全面系统的身心评估,并不能提供有效预防产后出血措施或在发生产后出血时由于不了解患者实际情况只进行对应症状护理,导致产妇由于不注意个人卫生或活动过量等原因出现其他并发症,严重威胁产妇生命^[6]。在全程协作管理中,对入院的产妇首先进行产后出血风险评估,通过评估了解目前产妇存在的潜在出血因素,为针对性护理提供有效依据。对于评估结果为高危产后出血的产妇,责任护士进行深入访谈,全面评估患者家庭状况及心理状态,评估完成后小组成员制定针对性的全程协作管理计划^[7]。研究表明,负性情绪是产后出血的重要因素之一,通过心理干预可降低患者焦虑、抑郁心理,从而降低产后出血发生^[8],因此对于心理压力较大的产妇,责任护士与心理医师共同协作,疏导患者紧张、焦虑心理。产妇在产前、产时以及产后,团队成员全程跟踪,增加了产后出血的辨别能力,在出血发生前可采用有效措施降低风险发生,在发生出血时团队之间密切配合,可

冷静沉着地处理现状以降低出血量。在全程协作管理中注重于产妇及家属的交流沟通,使他们正确面对并配合处理出血风险,通过医护配合、护护配合以及护患配合更加高效的处理风险。本次研究结果显示,通过全程协作管理模式的产妇在护理服务态度、护理服务技能、健康教育效果以及总体满意度得分上均高于常规护理的对照组(P 均 <0.05)。与邓慧素^[9]的研究结果较为一致。

综上所述,全程协作管理注重全程评估患者,动态追踪患者的病情变化,以便及早发现问题并给予有效护理措施。通过全程协作管理,产后出血高危产妇的产后出血发生率下降,出血量显著降低,在挽救患者生命的同时提高母婴生活质量,提升临床护理满意度,改善临床护理质量得到有效改善。

参考文献

- 1 王爱宝. 产后出血患者的临床分析与护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(3): 248-250.
- 2 陈慧飞. 产后出血95例原因分析及护理[J]. 全科医学临床与教育, 2013, 11(1): 116-117.
- 3 中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南(2014)[S]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(9): 554-557.
- 4 李正俭, 黄伟嫦, 陈慧. 改良式产后出血预测评分表临床应用效果研究[J]. 中华护理教育, 2013, 10(3): 120-122.
- 5 李桂青, 陈兰, 赖少芳, 等. 优质护理用于顺产产妇第四产程产后出血的效果评价[J]. 临床护理杂志, 2012, 11(5): 15-17.
- 6 曾娟, 胡春柳, 钟慧梅. 预见性护理干预对预防产后出血的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(24): 97-99.
- 7 赖雪红, 郑振娇, 曾韶英. 产后出血预测护理评估表的设计与应用[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(6): 451-453.
- 8 黄仰任, 刘远珠, 李慧敏, 等. 产妇精神因素对分娩方式及其产后出血影响的临床观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(16): 87-88.
- 9 邓慧素. 妇产科手术医院感染分析与护理[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(23): 4971-4972.

(收稿日期 2017-02-11)

(本文编辑 蔡华波)