

· 临床研究 ·

心语疏通应用于门诊计划生育手术患者的临床效果剖析

童瑶

兴化市中医院妇产科, 江苏 兴化 225700

摘要: **目的** 探究行妇科门诊计划生育手术时开展心语疏通对其术中疼痛程度及负性情绪的影响。**方法** 选取妇科门诊于 2012 年 6 月至 2013 年 5 月收治的 67 例行计划生育手术者, 设为对照组, 行常规心理指导; 选取妇科门诊于 2013 年 6 月至 2014 年 5 月收治的 71 例行计划生育手术者, 设为研究组, 在对照组基础上开展术前心语疏通。记录两组患者分别于手术前及手术后 2 h 的疼痛程度及焦虑、抑郁情绪评分, 并做好对比。**结果** 研究组术中疼痛程度低于对照组 ($P < 0.01$)。研究组术前 20 min 及术后 1 h 的 SAS 和 SDS 评分均低于对照组 (P 均 < 0.01)。研究组术中平均动脉压及心率值均低于对照组 (P 均 < 0.01)。研究组人流综合征发生率为 8.5%, 低于对照组的 25.4% ($P < 0.01$)。**结论** 行妇科门诊计划生育手术者, 围手术期引进心语疏通, 能有效降低患者术中疼痛, 并改善其围手术期负性情绪。

关键词: 妇科; 心语疏通; 计划生育; 疼痛; 负性情绪; 人工流产; 上环; 取环

中图分类号: R 395.5 R 169.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)04-0489-03

人流、上环及取环是妇科门诊中计划生育常见手术, 虽然手术较小, 而通常会涉及患者整个家庭因素, 再加上手术的有创性, 导致患者术前往往经受心理及伦理道德的拷问, 诱发神经-体液功能失调, 导致交感神经张力增强, 肾上腺素分泌增多, 进而引起患者心率加快、血压升高^[1]。这不仅不利于患者术前准备工作的有效开展, 更是会降低患者术中配合度^[2]。术前情绪若长期处于消极状况, 将会诱发生理应激反应, 对患者健康状况及手术成功率均有所影响^[3]。疏通是一门艺术, 同时也是医务人员常用的心理干预手段, 良好的沟通能帮助患者表露心迹, 宣泄焦虑、恐惧情绪, 利于患者认知状况正性转归^[4]。笔者设计本研究, 拟将心语疏通应用于行计划生育手术者, 并

进一步探究该方案所产生的临床效益。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院妇科门诊于 2012 年 6 月至 2013 年 5 月收治的 67 例行计划生育手术者, 设为对照组, 年龄 18~35 (27.8 ± 3.2) 岁。选取妇科门诊于 2013 年 6 月至 2014 年 5 月收治的 71 例行计划生育手术者, 设为研究组, 年龄 20~37 (28.9 ± 3.5) 岁。纳入标准: 患者无计划生育手术禁忌证者; 无恶性妇科肿瘤者; 无心、肝、肾等重要脏器疾病患者; 手术全程不用任何镇痛药物者; 对本研究知悉并签署同意书。两组在年龄、婚姻状况、文化层次、产次及手术种类方面差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较 (例)

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	婚姻状况		文化层次			产次		手术种类		
			已婚	未婚	小学	中学	大学	0 次	1 次	人工流产	上环	取环
研究组	71	28.9 ± 3.5	41	30	23	20	28	36	35	24	21	26
对照组	67	27.8 ± 3.2	38	29	21	21	25	32	35	23	22	22
t/χ^2 值		1.268	2.173		1.299			0.461		1.342		
P 值		> 0.05	> 0.05		> 0.05			> 0.05		> 0.05		

1.2 对照组 该组实施常规围手术期医疗指导, 医生术前告知患者手术流程、术中配合要点及术后注意事项, 对情绪波动明显者, 开展个体化心理指导。

1.3 研究组 该组在对照组基础上引入心语疏通

方案。

1.3.1 术前 (1) 沟通式宣教: 医生应全面了解患者学历层次、手术类别及心理诉求, 并采取个性化方案实施宣教。对有一定医学基础者, 应鼓励患者阐述对计划生育手术看法, 内容涉及手术大体流程、术后康复及注意事项; 在患者阐述过程中, 医生需认真聆听, 并逐一记录其存在的认知偏差, 为后续纠正工作

提供依据。对无医学基础或医学知识较为薄弱者,医生可采取图片、视频、口授等多重方式向患者全方位地展示手术配合过程中的重要事项,并及时解答患者存在的认知偏差。(2)心理行为支持。医生借助诱导式发问深入了解患者潜在的心理诉求,并挖掘造成负性情绪的溯源事件,逐一引导患者以积极应对方式面对手术。医生始终贯彻以人为本的理念,站在患者立场考虑问题,并鼓励其倾诉、哭泣以宣泄压抑情感,必要时给予拥抱及精神支持。另外,医生指导患者开展全身放松训练及腹式呼吸进行行为学心理疏泄,具体操作步骤为:患者取半卧位,左手置于腹部,右手置于胸部,尽可能地吸气,感受腹部上抬至最高点时,屏气数秒,再缓慢呼气,至胸部上抬至最高点时,再次循环吸气步骤,一般以 3~5 次/min 频率为宜,时间为 10 min。或者,患者取半卧位,从面部肌肉开始,依次过渡至颈部、胸部、腹部、背部、腰部、双上肢、臀部、双下肢肌肉,先用力收缩及缓慢舒张各部位肌肉,时间为 15 min。

1.3.2 术中 (1)患者入室后,医生应详询患者对室温的舒适度感受,“您对温度和湿度还满意吗?”,“您还有什么其他需求吗?”,借助一些细致入微的关怀性沟通,使患者体会到贴心、舒心及安心,对于后续手术配合大有帮助。(2)疼痛干预。医生术中应留意观察患者面部神态及心率、血压等各项生命体征指标,一旦患者出现痛苦征象,医生需采取积极暗示给予患者更多正能量,比如可以询问一些开放性问题,鼓励患者多诉说,这样能使患者专注力部分转移,而不是仅注重手术操作全程,进而提高患者的痛阈值。另一方面,医生指导护士按摩患者指端,进而促进末梢部位血液循环,并借助肢体皮温感知,提高患者战胜疾病信心。(3)精神支持。医生应不断给患者打气加油,及时重建并加强心语沟通平台,尊重患者表现出的软弱性反应,真诚地对其术中配合行为予以表扬。

1.3.3 术后 医生及时对患者进行探访,询问其术后感受,对疼痛较为明显者,医生可通过心语沟通再次制造患者感兴趣话题,转移其注意力。部分患者会对术后康复状况存有担心,医生需向患者介绍术后注

意事宜,并鼓励患者提出疑问,及时进行答疑,缓解其负性情绪。

1.4 观察项目 (1)记录两组患者术中疼痛程度,其评估方案参照 WHO 公布的疼痛分级标准,即 0 级:患者无生理性不舒适或无任何痛感;I 级:患者虽有轻度痛感,但在可忍受范围内,面部表情及行为学未表现出痛苦征象;II 级:患者痛感明显,疼痛虽可忍受,但出现牙关紧闭、双手握拳等痛苦体征;III 级:疼痛异常剧烈,患者无法耐受,并出现大声呼叫。(2)两组患者于入院时、手术前 20 min 及手术后 1 h 均接受 Zung-SAS(焦虑自评量表)和 SDS(抑郁自评量表)测评。其中 SAS 评分标准:总分 <50 分者为正常,50~60 分者为轻度,61~70 分者为中度,>70 分者为重度焦虑。SDS 评分标准:总分 50~59 分者为轻度,60~69 者为中度,≥70 分者为重度抑郁。(3)记录两组患者进入手术室时及术中平均动脉压、心率值。(4)记录人流综合征发生率,其判定标准为:患者术中出现恶心、呕吐、胸闷、心悸、冷汗及头晕等症状,血压降低至 8 kPa 以下,或原收缩压下降 2 kPa,心率 <60 次/min 或较先前下降 20 次/min。

1.5 统计学方法 采取 SPSS 19.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采取两独立样本 t 检验;等级资料采用秩和检验;计数资料采取 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中疼痛程度比较 研究组术中疼痛 0 级 14 例(19.7%),I 级 49 例(69.0%),II 级 7 例(9.9%),III 级 1 例(1.4%)。对照组术中疼痛 0 级 2 例(2.9%),I 级 11 例(16.4%),II 级 43 例(64.2%),III 级 11 例(16.4%),研究组疼痛程度低于对照组($P < 0.01$)。

2.2 两组患者手术前后负性情绪评分比较 两组入院时 SAS 和 SDS 评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);研究组术前 20 min 及术后 1 h 的 SAS 和 SDS 评分均低于对照组(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 两组患者术前及术中生命体征指标比较 两组进入手术室时的平均动脉压及心率值差异无统计学

表 2 两组患者手术前后负性情绪评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分			SDS 评分		
		入院时	术前 20 min	术后 1 h	入院时	术前 20 min	术后 1 h
研究组	71	56.8 ± 4.9	60.9 ± 5.1	52.0 ± 3.7	59.4 ± 5.1	62.4 ± 5.6	54.6 ± 4.7
对照组	67	55.7 ± 4.5	69.1 ± 6.3	62.3 ± 4.1	58.9 ± 4.8	71.2 ± 6.1	63.8 ± 5.0
t 值		1.037	8.183	13.274	0.046	7.345	12.049
P 值		>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01	<0.01

表 3 两组患者术前及术中平均动脉压、心率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均动脉压(mm Hg)		心率(次/min)	
		术前	术中	术前	术中
研究组	71	84.8 ± 4.9	93.3 ± 7.2	78.9 ± 5.3	83.0 ± 5.8
对照组	67	85.1 ± 4.5	102.7 ± 7.5	77.3 ± 5.1	90.7 ± 6.0
t 值		1.367	12.904	0.047	7.467
P 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

意义(P 均 >0.05);研究组术中平均动脉压及心率值均低于对照组(P 均 <0.01)。见表 3。

2.4 两组患者人流综合征发生率比较 研究组人流综合征发生率为 8.5% (6/71), 低于对照组的 25.4% (17/67), 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

妇科计划生育手术对患者而言,无疑是一个强烈的精神心理刺激,大多数患者会出现恐惧、焦虑、紧张等负面情绪^[5];另外,女性的心理敏感度远高于男性,对疼痛的耐受力也较低,出于对术后痛感及预后的担忧,将会进一步加剧消极情感的出现,导致强烈的应激反应^[6]。心语疏通是一套极具实用性、非药理学性质、以患者为本的干预手段,在减缓患者围手术期抑郁、焦虑等负性情感方面成效显著^[7]。虽然心语疏通在国外应用广泛,但对中国妇科患者的应用尚未普及^[8],笔者设计本对照研究,拟进一步剖析该项心理干预模式与传统心理指导对行计划生育手术患者所产生的临床成效的差异。

研究结果显示,研究组术中疼痛程度低于对照组,术前及术后焦虑及抑郁评分低于对照组,表明心语疏通能提高患者的疼痛阈值及改善手术耐受性。术前,医生制定适合的疏通方案,使患者对手术流程有着正确认知,产生正确预期,利于应激心理缓解^[9]。心理行为支持是心语疏通重要组成部分,通过语言疏通提高患者正性情绪,并且达到平复心境的目的^[10]。另外,通过全身肌肉放松训练及腹式呼吸法能有效减轻患者交感神经张力,减轻心率、控制血压^[11],本研究结果与之相吻合,即研究组生命体征指标(平均动脉压、心率值)均低于对照组,间接表明研究组情绪更加稳定,术前状态更佳。疼痛是术中对患者情绪影响最明显因素^[12],医生应仔细观察患者术中面部神态及生命体征变化,对痛感明显者,医生应指示护士抚触患者指端末梢,并与其谈论感兴趣话题,转移注意力。术后,由于麻醉药效力减弱,切口处会出现疼痛^[13],一方面医生需进行心理支持提高患者对疼痛的耐受力,另一方面,医生需肯定患者术中的配合,并介绍手术已顺利完成,以减轻患者心理压

力。由于研究组围手术期负性情绪及疼痛程度均低于对照组,使得其心理应激水平低于对照组,有文献指出,人流患者发生人流综合征与其紧张的精神状况密切相关^[14],故此,研究组发生该项手术并发症的风险度低于对照组,本研究结果与其相吻合。

综上所述,心语疏通是一项人性化、经济、简单易行的干预方案,它能有效提高患者对疼痛耐受力,可减轻其术前负性情绪,取得较为满意的临床成效。

参考文献

- [1] 王建新,韩锋,吕述望. 基于契约的计划生育策略的建模分析[J]. 系统工程理论与实践,2013,33(9):2299-2305.
- [2] 叶凤妹,陈文英,邹林秀,等. 计划生育服务机构开展流产后计划生育服务的干预效果研究[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(1):19-23.
- [3] 中华医学会计划生育学分会. 人工流产后计划生育服务指南[J]. 中华妇产科杂志,2011,46(4):319-320.
- [4] 梅丽,李斌,刘传勇,等. 广州市人工流产后计划生育服务的现状分析[J]. 实用医学杂志,2013,29(3):484-486.
- [5] 李玉艳,周颖,赵洪鑫,等. 综合干预对流动人口计划生育管理和服务的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(1):13-18.
- [6] 李建微. 396 例行计划生育手术者心理健康及生活质量分析[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(2):113-115.
- [7] 李丹,徐小芳,姚敏,等. 上海市徐汇区 2002~2011 年计划生育手术状况分析[J]. 中国计划生育学杂志,2013,21(8):528-531.
- [8] 刘越,林朝镇,朱海燕,等. 江苏省流动妇女计划生育基本公共服务现状与需求的代际差异分析[J]. 中国计划生育学杂志,2011,19(10):601-606.
- [9] 李学玲,李剑波. 加强计划生育乡镇服务所人员岗前培训工作的实践与思考[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(3):202-203.
- [10] 白彬,杨红丽. 浅谈医院计划生育管理工作[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(5):347-348.
- [11] 刘俊,童琦,陈庆,等. 县级计划生育服务机构综合服务能力现状调查及对策思考[J]. 重庆医学,2013,42(11):1269-1271.
- [12] 张丽华,景秀,刘佳容,等. 临床路径在人工流产手术中的应用[J]. 中国计划生育学杂志,2014,22(4):228-230.
- [13] 钟慧玲. PAC 在人工流产后计划生育关爱中的应用[J]. 中国工程科学,2014,16(5):31-33.
- [14] 钟赋真,赵温,周钰. 北京海淀区基层医院计划生育技术服务现状分析[J]. 中国妇幼保健研究,2013,24(2):223-225.

收稿日期:2014-11-14 修回日期:2014-12-07 编辑:于锡恩