

骨,使梨状窝口充分敞开,减少误咽;④杓区缺损的处理:当患侧杓状软骨被切除后,杓区缺损喉口封闭不严可引起误咽。此时,可用单蒂胸骨舌骨肌筋膜瓣充填于杓状软骨缺损处加高喉口后端,减少误咽。

4. 同时术式的选择要考虑到老年人的特点,原则是在保证肿瘤彻底切除及手术安全的情况下,尽量选择操作简便易行且损伤小、手术时间较短、术后并发症较少的术式。尤其是患有心血管或呼吸系统疾病者,应尽量避免采取术式复杂、耗时较长、术后可能出现呛咳或可能引起呼吸不畅的术式,否则可能引起严重并发症。术前须充分评估拟行保留喉功能手术的高龄喉癌患者的全身情况,全身合并症是老年头颈肿瘤术后并发症发生的重要因素^[6]。所以即使局部条件可行喉部分切除术,但也必须充分考虑患者的全身状态而慎行,特别是喉声门上水平部分切除和 SCPL-CHP 这两种术式。

5. 同时需加强术后治疗及护理:为减轻误咽,主管医师宜注意观察指导进食。行部分喉切除术后,进食吞咽时食物误吸,进入气管,引起继发性肺部感染。因此,特别是高龄喉癌患者在行喉部分切除术后,考虑到其吞咽功能的恢复较慢,应将术后恢复经口进食的时间适当推迟并在进食前将气管套管的气囊充满,同时嘱患者在吞咽的瞬间保持头颈前倾位,待进食结束后再将气囊放气,这样基本可以防止误吸的发生。

6. 结论:实践证明,对老年喉癌患者只要全身状况允许,在严格掌握适应证的基础上,保留喉功能是可行的,关键是要在保证彻底去除肿瘤的前提下,正确选择合理的术式。其中喉垂直部分切除术和 SCPL-CHP 术是老年喉癌的较安全理想术式。对于高龄(>75岁)喉癌患者手术方式的选择应谨慎,特别是喉声门上水平部分切除和 SCPL-CHP 这两种术式。总之尽量采用快捷可靠和成熟的手术方法,减少手术创伤,重视护理和营养,密切观察病情,及时处理术后出现的各种问题,对提高手术的安全性和患者术后的生活质量都具有重要意义。

参考文献

- 1 周梁. 重视喉癌和下咽癌的规范化治疗. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44: 705-706
- 2 Guerrier B, Balmigere G. Partial laryngectomies in the old patient (more than 70 years of age). Apropos of 25 cases [J]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 1989, 110 (2): 205-208
- 3 李湘平, 王希军, 黄钻宏, 等. 70 岁以上喉癌患者的手术治疗 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1999, 13 (2): 106-107
- 4 季文樾, 王展平, 费声重. 喉水平垂直部分切除术治疗晚期喉癌 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35 (2): 136-137
- 5 李树春. 喉鳞癌全喉与喉部分切除术的远期疗效分析. 中华肿瘤杂志, 2000, 22: 426-428
- 6 Boruk M, Chernobilsky B, Rosenfeld RM, et al. Age as a prognostic factor for complications of major head and neck surgery [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 131 (7): 605-609

(收稿: 2010-11-10)

医护协同模式在临床的运用对孕产妇本人、家庭及社会资源的影响

李云云 包 影 张文森

摘 要 目的 将医护协同模式运用于临床,了解其在降低社会因素剖宫产中的作用及其对孕产妇本人、家庭及社会资源的影响。**方法** 选择 2008 年 5 月~2010 年 5 月间在笔者医院产检、分娩的 904 位孕妇随机分为干预组(456 人)及对照组(448 人),用医护协同的模式进行干预。**结果** 干预组的剖宫产率显著低于对照组($P<0.05$);心理评分显示干预组心理焦虑明显小于对照组($P<0.05$);干预组孕产妇及围生儿并发症除产伤、新生儿重度窒息外均明显低于对照组($P<0.05$);干预组平均住院日及住院费用明显低于对照组($P<0.05$);干预组女性孕前 6 个月及产后 6 个月的生活质量评分在疼痛、情感、睡眠及身体活动方面均优于对照组($P<0.05$)。**结论** 医护协同模式是一种值得推广的能有效降低社会因素剖宫产率的方法。

关键词 剖宫产率 医护协同模式 干预

基金项目:温州市科技局计划项目资助(2008S0600)

作者单位:325000 温州医学院附属第一医院妇产科

通讯作者:张文森,电子信箱:zhwm63@126.com

The Effect of the Applying of Coordination – competition Model of Health Care in Clinical Practice on Maternal Herself, Family and Social Resources. Li Yunyun, Bao Ying, Zhang Wenmiao. First Affiliated Hospital of Wenzhou, Medical College. Department of Obstetrics and Gynecology, Zhejiang 325000, China

Abstract Objective Coordination – competition model will be applied in clinical practice to understand the effect in reducing the rate of cesarean section from social factors and the effect on maternal herself, family and social resources. **Methods** Nine hundred and four pregnant women who gave birth in our hospital from May 2008 to May 2010 were randomly divided into intervention group (456 people) and the control group (448 people). Coordination – competition model of health care was applied in intervention group. **Results** Cesarean section rate in intervention group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). Psychological intervention group showed lower anxiety scores than the control group ($P < 0.05$). Maternal and perinatal complications besides production injury, severe neonatal asphyxia were significantly lower in intervention group than the control group ($P < 0.05$). The average length of hospitalization and costs of intervention group were significantly lower than the control group ($P < 0.05$). Life quality, scores in pain, emotion, sleep and physical activity of women before pregnancy and postpartum were better in intervention group than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Coordination – competition model is a way which can effectively reduce the rate of cesarean section of social factors and is worthy to promote.

Key words Rate of cesarean section; Coordination – competition model; Psychological intervention

20 世纪 50 年代,我国剖宫产率仅为 1% ~ 2%, 20 世纪 80 年代后剖宫产率呈逐年上升趋势,目前大部分城市医院的剖宫产率甚至高达 40% 以上,少数医院甚至达到了 80% 左右^[1-3]。社会因素在迅速上升的剖宫产率中起到了关键性的作用。不可否认剖宫产是解决难产和抢救孕产妇及胎儿生命的有效措施,但当剖宫产率上升到一定水平后再盲目提高剖宫产率不但不能降孕产妇及低围生儿病死率,反而会使其增加,有学者认为,围生儿病死率在剖宫产率达到 20% 左右后却未降低^[4]。而且还会引起许多近、远期并发症以及增加医疗费用,导致资源浪费等。由此可见,剖宫产率持续升高已成为严重的公共卫生问题。怎样有效降低目前居高不下的剖宫产率已成为产科医生努力的方向,本研究探索性地将医护协同模式引入对孕产妇管理中来,试图探寻一条能有效降低剖宫产率、缓解目前紧张的医患关系、节约社会资源的途径。

资料与方法

1. 研究资料:选择 2008 年 5 月 ~ 2010 年 5 月间在笔者医院产前门诊建立围产保健卡,进行系统产检并在我院分娩的初产妇(骨盆外测量无异常,无内外科并发症)运用随机原则分为干预组(456 名)及对照组(448 名),两组孕妇建卡孕周、孕妇年龄、家庭背景、文化水平等无显著差异。所有孕妇均无理解力、记忆力、定向力等认知障碍。在知情同意的原则下自愿参与本研究的调查。

2. 研究方法:①将产科所有医护人员分为 A、B、C、D 4 个干预治疗组;②随机将干预组孕妇分配给不同的治疗组进行全程的孕产期教育(互通联系方式方便进行交流、沟通,建立长期友好的朋友式医患关系);③统一编写实用的孕产期可能遇到的各种问题及解决方法的小册子;搜集整理有效的孕产期保健操、有助于缓解分娩镇痛的瑜伽式呼吸方法、阴道分娩及

剖宫产的 VCD 分发于干预组的孕妇,并以组为单位进行具体讲解,彻底消除孕妇对孕期及分娩的神秘感及恐惧感从而使其从心理上接受阴道分娩,增加其对分娩期阵痛的理解及相应的应对方法,从心理上增加其应对疼痛的域值;④以组为单位对分娩室进行参观,熟悉环境,了解基本的分娩程序;⑤所有入组的孕妇在孕期及入院后均进行心理评估,了解其自愿选择的分娩方式;⑥干预组孕妇临产后由负责的医护人员进行必要的陪护、鼓励或介绍由有经验的助产士进行导乐分娩;⑦生活质量调查问卷内容和测评采用国际上公认信度、效度和敏感度较好的诺丁汉健康调查表(NHP)为调查问卷,该量表包括 6 个主要方面组成:精力、疼痛、情感、睡眠、社交活动和身体活动。

3. 统计学处理:采用 SPSS 13.0 进行处理,结果用 $\bar{x} \pm s$ 表示。用两两比较 t 检验来判定组间显著差异性。

结 果

1. 两组间孕妇入院后分娩方式的选择及实际分娩方式的比较:干预组与对照组之间孕妇自选的分娩方式中,干预组剖宫产率明显低于对照组,阴道分娩率明显高于对照组,差异均有显著性($P < 0.05$);在实际分娩方式中,干预组的实际剖宫产率明显低于对照组,阴道分娩率明显高于对照组,差异均有显著性($P < 0.05$);入院后进行的心理评估干预组的焦虑评分明显低于对照组,差异有显著性意义($P < 0.01$)(表 1)。

表 1 两组间孕妇入院后分娩方式的选择、实际分娩方式及心理评估比较(n)

组别	自选分娩方式		实际分娩方式		焦虑评分
	剖宫产	阴道分娩	剖宫产	阴道分娩	
干预(n = 456)	79	377	98	358	20.12 ± 2.78
对照(n = 448)	177	271	159	289	37.56 ± 4.51
P	<0.01	<0.05	<0.01	<0.05	<0.01

2. 两组间孕产妇并发症的比较: 对照组孕妇产程停滞发生率明显高于干预组, 差异有显著性 ($P < 0.05$); 对照组产后出血的发生率亦明显高于干预组, 差异有显著性 ($P < 0.05$); 而两组间切口感染发生率、静脉血栓形成率、血肿形成率及随访产后 1 年子宫内膜异位症发生的比率均为对照组高于干预组, 差异有显著性 ($P < 0.05$) (表 2)。

表 2 两组间孕产妇并发症的比较 (n)

组别	产程停滞	产后出血	切口感染	静脉血栓	血肿形成
干预 ($n = 456$)	21	11	6	4	5
对照 ($n = 448$)	38	25	13	12	11
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3. 两组间围生儿并发症的比较: 干预组与对照组之间围生儿除了胎儿宫内窘迫及新生儿重度窒息差异无显著性 ($P > 0.05$) 外, 干预组围生儿并发症均明显少于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 干预组无 1 例新生儿发生湿肺而对照组有 6 例新生儿湿肺的发生, 发生率为 1.34% (表 3)。

表 4 两组间孕产妇孕前 6 月、产后 6 个月生活质量评分比较

项目	干预组		对照组	
	孕前 6 个月	产后 6 个月	孕前 6 个月	产后 6 个月
精力	17.4 ± 4.6	11.3 ± 2.7 ^a	17.6 ± 3.9	9.2 ± 2.3 ^a
		^a _t = 2.125		^a _t = 2.957
疼痛	2.3 ± 0.4	3.8 ± 1.2 ^{ab}	2.5 ± 0.3	6.2 ± 0.7 ^a
		^a _t = 1.968 ^b _t = 2.435		^a _t = 2.616
情感	5.6 ± 0.3	7.9 ± 0.2 ^a	5.5 ± 0.5	8.6 ± 0.3 ^a
		^a _t = 2.013		^a _t = 2.130
睡眠	6.3 ± 0.5	7.2 ± 0.2 ^b	6.4 ± 0.4	12.3 ± 0.6 ^a
		^b _t = 2.154		^a _t = 2.547
社会活动	1.6 ± 0.3	12.5 ± 0.7 ^{ab}	1.5 ± 0.6	17.1 ± 0.8 ^a
		^a _t = 2.965 ^b _t = 1.946		^a _t = 3.012
身体活动	1.3 ± 0.2	3.4 ± 0.4 ^{ab}	1.5 ± 0.3	8.3 ± 0.5 ^a
		^a _t = 2.244 ^b _t = 2.467		^a _t = 3.204

两组产前及产后 6 个月比较, ^a $P < 0.05$; 干预组与对照组比较, ^b $P < 0.05$

讨 论

世界卫生组织在 20 世纪 80 年代初即提出剖宫产率不应超过 15% 的目标, 而发达国家的剖宫产率也曾达 40% 以上。正因为发达国家已经充分认识到盲目提高剖宫产率的危害性, 并积极采取相应措施使其剖宫产率逐渐回落, 目前发达国家的剖宫产率稳定于 5% ~ 20%^[5]。值得庆幸的是目前我国的各层人士也逐渐认识到剖宫产率逐渐升高给个人、家庭及社会带来的不良后果, 并已经或正在采取各种措施控制

表 3 两组间围生儿并发症的比较 [$n(\%)$]

组别	胎儿窘迫	湿肺	产伤	喂养困难	新生儿窒息		
					轻	中	重
干预组 ($n = 456$)	48	0	11	7	46	23	12
对照组 ($n = 448$)	53	6(1.34)	15	26	74	42	16
P	> 0.05		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05

4 两组间平均住院日及住院费用比较: 干预组孕产妇住院日为 4.97 ± 1.3 天, 对照组住院日 5.43 ± 1.5 天干预组住院日短于对照组, 但差异无显著性 ($P > 0.05$); 干预组住院费用为 3372 ± 213 元, 对照组为 4112 ± 354 元, 两组间差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

5. 两组间孕产妇孕前 6 个月与产后 6 个月生活质量评分比较: 孕前 6 个月两组间各项生活质量评分分布基本一致 ($P > 0.05$); 两组产后 6 个月与孕前比较除干预组的睡眠评分外各项均较孕前有显著性差异 ($P < 0.05$); 两组产后 6 个月的各项评分中疼痛、睡眠、社会活动、身体活动差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 余下各项均无显著差异 ($P > 0.05$) (表 4)。

剖宫产率。

本课题将医护协同模式引入对孕产妇管理中来, 实施全科动员、协同合作的孕期全程管理办法, 增加了医务人员对孕妇孕期管理的系统性、覆盖率, 使产科医务人员与孕妇及其家属建立朋友式的亲密关系, 在和谐的气氛中既能传授有关孕期及分娩的知识, 增加孕妇及其家属对于阴道分娩与剖宫产利弊的理解, 又能有效缓解目前紧张的医患关系, 使孕妇以轻松愉悦的心情度过孕期及分娩期。从而斩断社会因素引

起的剖宫产率升高的源头。

本研究结果表明经过医护人员的合力心理干预后的孕妇及其家属在入院分娩时自愿选择的分娩方式中剖宫产率明显低于对照组,阴道分娩率明显高于对照组,心理评分时焦虑指数明显低于对照组,差异有显著性意义。在医护人员对孕妇进行干预的过程中,孕妇及其家属已经认识到阴道分娩利大于弊,对分娩过程中将面临的问题包括分娩疼痛、与医护人员配合等方面都已有了初步了解,因此不再惧怕和焦虑,能从心理上了解阴道分娩是一个瓜熟蒂落的过程,从而坦然面对。

研究结果显示干预组孕产妇及围生儿的结局均优于对照组,这主要得利于医患的充分沟通后在有效降低社会因素造成的剖宫产率的同时还能使孕妇在产程中配合医护人员的必要治疗,从而从心理上减少了由于精神高度紧张引起的产程停滞、产后出血及在产程出现轻度异常时由孕妇及其家属提出的社会因素剖宫产的发生,及由剖宫产而引发的切口感染、静脉血栓形成、湿肺、喂养困难等母婴并发症的发生。

干预组和对照组孕前及产后 6 个月生活质量评分存在一定的偏差,如产后照顾新生儿,哺乳等消耗了产妇的大量精力,同时也限制了其部分社会活动,但此评分仍能反映部分问题,如干预组产妇在产前与医护人员充分沟通,了解了分娩方式的利弊,摒除了对分娩的焦虑,因此绝大多数都选择了相对正确的分娩方式,且能以坦然的心态面对,因此产后 6 个月干预组女性在

疼痛、情感、睡眠及身体活动方面均优于对照组。

综上所述,经过医护协同模式干预的孕产妇及其家属通过对孕产知识的充分理解在分娩方式的选择上极大降低了不必要的社会因素剖宫产率及由此带来的对孕产妇本人、家庭的损害及社会资源的浪费;医护协同模式是一种值得推广的能有效降低社会因素剖宫产率的方法。但在其运作中我们已发现一些问题:①样本量需要进一步加大;②运作周期相对较短、分组不够细致,下一步我们将对纳入研究的女性进行进一步细化分组、并跟踪随访;③目前我国孕妇普遍存在营养过度化问题,该问题造就了许多巨大儿及孕期并发症,变相增加的剖宫产率,而孕期营养的指导对于产科医生来说并非专业,因此有待于专业的营养医生的加盟,下一步我们将就以上问题进行一步研究,以共同打造幸福家庭、苗条妈妈和健康宝贝。

参考文献

- 1 王临虹,赵更力,鲍月琴 et al 25 年初产妇剖宫产率及适应征的变化分析,中华围产医学杂志,1998,1(1):9-12
- 2 谭卫强.剖宫产率升高的原因分析及对策.中国妇幼保健,2007,22(2):1733-1735
- 3 曹玉莲,饶惠玲.头位分娩评分预防梗阻性难产的临床价值.中国实用妇科与产科杂志,2006,2(22):96-97
- 4 杨雪峰,程金华,封全灵,等.剖宫产率及剖宫产指征 14 年变化研究.中国实用妇科与产科杂志,2002,18(1):45-46
- 5 黄醒华.对剖宫产手术的思考.中国实用妇科与产科杂志,2003,19(7):385-386

(收稿:2010-12-18)

(修回:2011-03-04)

测定血清肌酐酶法和 Jaffe 反应(国产苦味酸法)比较

林高贵 赵 春 曾云祥

摘 要 目的 分析酶法和碱性苦味酸法测定血肌酐结果的相关性,并对两种方法进行偏倚评估,探讨方法间测定结果的一致性。**方法** 参照美国国家临床实验室标准化委员会(NCCLS)批准的《用患者样本进行方法学对比及偏差评估 EP-9A2 指南文件》,分别用两种方法于不连续的 5 天,每天选取 8 份新鲜病人血清作双向平行测定血肌酐,并对两法所得结果进行相关回归分析、配对 t 检验和偏倚评估。**结果** 以酶法为目标方法(X),碱性苦味酸法为试验方法(Y),两者的线性方程为 $Y = 0.9285X + 18.466$,相关系数 $r = 0.9998$,经配对 t 检验两组数据相差无统计学意义($t = 1.317, P > 0.05$),在肌酐浓度为 $100 \mu\text{mol/L}$ 、 $500 \mu\text{mol/L}$ 、 $900 \mu\text{mol/L}$ 时,碱性苦味酸法相对于酶法的绝对偏差和相对偏倚分别为 $11.3 \mu\text{mol/L}$ 、 $-17.3 \mu\text{mol/L}$ 、 $-45.9 \mu\text{mol/L}$ 和 11.30%、3.46%、5.10%。**结论** 在用酶法或苦味酸法测定血肌酐时应建立不同参考范围或进行方法间的校正。

关键词 比对研究 酶法 碱性苦味酸法 偏倚评估

基金项目:温州市鹿城区科委资助项目(S070112)

作者单位:325028 浙江省温州市第八人民医院