

参考文献

1 Takahashi Y, Shimizu S, Ishida T, et al. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach[J]. Am J Surg Pathol,2007,31(5):724-728.

2 Takahashi Y, Suzuki M, Fukusato T. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach[J]. World J Gastroenterol,2010,16(23):2835-2840.

3 Lu B, Ye W, Liu H. A Rare Gastric Tumor in a Young Woman. Gastric Plexiform Angiomyxoid Myofibroblastic Tumor[J]. Gastroenterology,2015,149(2):294-295.

4 Akai H, Kiryu S, Shinozaki M, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging of a plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor: a case report[J]. BMC Med Imaging,2017,17(1):7.

5 Wang WY, Li JN, Li GD. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumour of the gastric fundus: successful diagnosis and treatment by endoscopy[J]. J Clin Pathol,2010,63(6):569-570.

6 Miettinen M, Makhlof HR, Sobin LH, et al. Plexiform fibromyxoma: a distinctive benign gastric antral neoplasm not to be confused with a myxoid GIST[J]. Am J Surg Pathol,2009,33(11):1624-1632.

7 Yoshida A, Klimstra DS, Antonescu CR. Plexiform angiomyxoid tumor of the stomach[J]. Am J Surg Pathol,2008,32(12):1910-1912.

8 Sing Y, Subrayan S, Mqadi B, et al. Gastric plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor[J]. Pathol Int,2010,60(9):621-625.

9 Bosman FT, Carneiro F, Hruban R, et al. WHO classification of tumours

of the digestive system[M]. Lyon:IARC Press,2010;74-79.

10 Li X, Li S, Xiong S, et al. A rare case of plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor in the stomach which was diagnosed at the earliest stage in the literature[J]. Gastroenterol Rep(Oxf),2016. [Epub ahead of print]

11 王凤华,陈峥嵘,牛会林,等.胃丛状纤维黏液瘤:一种独特的胃窦良性肿瘤[J].中华病理学杂志,2012,41(3):190-191.

12 岳振营,魏建国,董艳光,等.胃丛状纤维黏液瘤2例临床病理学观察[J].临床与实验病理学杂志,2015,31(10):1172-1174.

13 Ikemura M, Maeda E, Hatao F, et al. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor (PAMT) of the stomach. A case report focusing on its characteristic growth pattern[J]. Int J Clin Exp Pathol,2014,7(2):685-689.

14 Sakamoto K, Hirakawa M, Atsumi K, et al. A case of gastric plexiform fibromyxoma: radiological and pathological findings[J]. Jpn J Radiol,2014,32(7):431-436.

15 Li P, Yang S, Wang C, et al. Presence of smooth muscle cell differentiation in plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach: a case report[J]. Int J Clin Exp Pathol,2014,7(2):823-827.

16 Kang Y, Jung W, Do IG, et al. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach: report of two cases and review of the literature[J]. Korean J Pathol,2012,46(3):292-296.

[收稿日期 2018-09-06][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

护理研讨

产房外等候期家属适时健康教育模式在初产妇身心健康维护中的应用

黄玉莲, 李瑞萍, 陈小燕

作者单位: 524003 广东,湛江市第二人民医院(广东医科大学附属第二医院)妇产科

作者简介: 黄玉莲(1972-),女,大学本科,医学学士,副主任护师,研究方向:妇产科护理。E-mail:lian658452@163.com

[摘要] **目的** 观察产房外等候期家属适时健康教育模式在初产妇身心健康维护中的应用效果。**方法** 选择产房外等候期家属适时健康教育模式实施前(2018-01~2018-03)和实施后(2018-04~2018-06)于该院分娩的初产妇各100例作为研究对象,实施前后初产妇分别设置为对照组与观察组。对照组接受常规产科教育,观察组在对照组常规教育基础上增加产房外等候期家属适时健康教育干预,对两组干预后的各观察指标进行比较。**结果** 观察组干预后的母婴保健健康知识技能掌握度评分和产科健康教育满意率均高于对照组,产后抑郁症发生率和爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 产房外等候期家属适时健康教育活动的开展,有利于提升初产妇及家属的母婴保健健康知识技能水平,降低产后抑郁症发生率与程度,得到初产妇及家属的认可。

[关键词] 产房外等候期; 家属教育; 初产妇

[中图分类号] R 473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)09-1022-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.09.25

配偶是孕产妇最重要的和直接的身心支持者^[1],在面临分娩这一孕产妇重大身心应激源与家庭事件时,良好的家庭关怀照护可降低产妇产后的抑郁症发生率^[2],而产妇的产后心理健康水平一向被视为产后康复与婴儿照顾质量的重要影响因素,因此提高产妇家属特别是配偶的围产期教育质量的重要性已为众多研究者所公认^[3~6]。现代化信息技术的飞速发展使初产妇及其家属获取分娩相关知识信息的途径日益广泛,但良莠不齐的知识信息可能使初产妇及家属产生对分娩结果不恰当预期、不顾现实的错误决策、主动选择不适宜的分娩与治疗方式等问题,严重干扰了正常的产科医护决策与活动。张焱等^[7]指出,医学信息的具体呈现方式会影响人类个体对医疗行为的认知与态度,故而在何时于何地以何种方式开展产妇家属健康教育已成为迫切需要探讨的课题。由于现阶段我国产房多数以封闭式管理为主,故产妇进入产房之后,其家属须于产房外停留等待,在此期间家属多会出于对母婴的担心而受到程度不等的焦虑紧张情绪所困扰^[8]。因此,他们对围产期知识信息的渴求十分强烈,如未及时获得有效教育与心理支持,则可能引发系列性不良行为。由此可知,家属在产房外的等待期应可作为一个良好的产科教育契机加以利用,本研究尝试开展产房外等候期家属适时健康教育活动,效果较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018-01~2018-03于我院足月分娩且待产期间由配偶陪伴的产妇100例为对照组,2018-04~2018-06于我院足月分娩且待产期间由配偶陪伴的产妇100例为观察组。所有产妇均为足月单胎,头位自然分娩,家属为其配偶,排除剖宫产、多胎、并存严重妊娠与分娩并发症及既往有抑郁病史者。对照组平均年龄为(27.95±5.71)岁,平均孕周为(38.51±1.49)周,本科、大专、高中(含中专)、初中及以下者分别为35例、27例、23例和15例;配偶平均年龄为(30.28±6.11)岁,一婚者91例,再婚者9例,本科、大专、高中(含中专)、初中及以下者分别为37例、29例、24例和10例;新生儿出生评分为(9.35±0.35)分。观察组平均年龄为(27.65±5.97)岁,平均孕周为(38.43±1.62)周,本科、大专、高中(含中专)、初中及以下者分别为37例、23例、22例和16例;配偶平均年龄为(30.14±6.07)岁,一婚者92例,再婚者8例,本科、大专、高中(含中专)、初中及以下者分别为38例、28例、25例和9例;新生儿出生评分为(9.37±0.30)分。两组初产妇在

年龄、孕周、学历与新生儿出生评分方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组配偶在年龄、学历及婚姻状况方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 实施方法

1.2.1 对照组接受常规产科教育 由责任护士承担健康教育职责,在对孕妇及配偶进行教育评估(认知现状与学习能力)的基础上制定并落实教育计划。教育内容与流程:入院后分娩前着重介绍经管医护人员、产前产房与产后区环境设施、产前用物准备、产前辅助检查价值与意义、产程配合与注意事项等。产后全面讲解母婴观察护理与处置,包括:产妇的皮肤饮食护理、恶露观察护理等,新生儿的生理病理性表现与处置方式、照护技能、预防接种、疾病筛查等,分娩出院后母婴随访计划与方式等。教育方式为责任护士与孕产妇及配偶一对一口头指导教育,发放母婴保健健康知识指南手册,应孕产妇及家属的需求随时提供针对性答疑等。产妇于宫口开至两横指后,入产房待产,配偶于产房外等候。

1.2.2 观察组采取产房外等候期家属适时健康教育干预 观察组在对照组基础上增加产房外等候期家属适时健康教育干预,具体实施方式:由一名专职护士负责将产妇配偶妥善安置于产房外等候区,做好产妇基本信息登记,在产程中及时与产房内人员进行沟通,掌握产妇分娩实时进展信息并传达给产妇配偶,随时解答产妇配偶各类相关疑问,使其安心、安静、有序地于产房外等候。引导产妇配偶自行取用等候区宣传架上的健康教育手册进行阅读学习,对其学习后疑问进行解惑与澄清。等候区LED屏滚动播放专题教育课件,内容包括产妇产后心理变化特点、产后心理支持技巧、母乳喂养价值与科学催奶挤奶法、科学月子餐知识、新生儿照护(洗澡、游泳、抚触、尿布更换、脐护等)。每日上下午各组织一节家属培训课程,以具备5年以上产科护理经验的护理人员为主讲者,结合临床实践进行生动的产时配合与母婴保健培训,此课程除已入产房的初产妇家属听课外,亦可供入院处于待产期的其他产妇家属学习使用。

1.3 评价指标及方法 (1)以《母婴健康素养—基本知识及技能(试行)》(2012,卫生部)为蓝本,自行编制母婴保健知识技能掌握度评价量表,评价内容包括住院环境、产前检查、拉玛泽呼吸法、产程进展与配合、产后康复、新生儿照护、母乳喂养等7个维度20个项目(均为5分),未掌握至完全掌握分别

赋分为 1~5 分, 满分为 100 分, 分值越高提示产妇及家属母婴保健知识技能掌握度越高^[9]。分别于产妇入院时及出院时进行评价, 共发放 200 份, 回收 200 份, 回收率为 100%。(2) 以爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS)^[10] 为工具对两组初产妇在出院时进行产后抑郁症发生情况评定, 该量表由 10 个测评维度组成 (均为 0~4 分), 分别为心境与乐趣、自责与抑郁、恐惧与失眠、悲伤与哭泣、应付能力与自伤等, 以 9 分、12 分分别作为产后抑郁症的筛查、确诊临界分值点, 分值越高提示该初产妇产后抑郁程度越高。(3) 以自制量表测评两组初产妇及家属出院时对产科健康教育的满意率, 评价内容包括健康教育内容、健康教育方式、健康教育时机、健康教育效果四个方面 (均为 0~25 分), 满分为 100 分, 以 90 分及以上视为满意, 统计比较两组的产科健康教育满意率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS23.0 统计学软件对数据进行处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇干预前后母婴保健健康知识技能掌握度评分比较 两组初产妇干预后母婴保健健康知识技能掌握度评分均较干预前提高; 与对照组比较, 观察组干预后的母婴保健健康知识技能掌握度评分提高幅度更大, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组初产妇干预前后母婴保健健康知识技能掌握度评分比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	干预前	干预后
观察组	100	64.63 ± 4.42	91.84 ± 3.56*
对照组	100	64.67 ± 3.47	85.00 ± 4.38*
<i>t</i>	-	-0.071	12.116
<i>P</i>	-	0.943	0.000

注: 与本组干预前比较, * $P < 0.05$

2.2 两组初产妇干预后 EPDS 评分及产后抑郁症发生率比较 观察组初产妇干预后的 EPDS 评分及产后抑郁症发生率均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组初产妇干预后 EPDS 评分及产后抑郁症发生率比较 [$(\bar{x} \pm s)$, $n(\%)$]

组别	例数	EPDS(分)	产后抑郁症发生率
观察组	100	9.03 ± 1.48	2(2.00)
对照组	100	10.89 ± 1.47	10(10.00)
U/χ^2	-	-8.917	5.674
<i>P</i>	-	0.000	0.017

2.3 两组干预后产科健康教育满意率比较 观察组初产妇及家属对产科健康教育的满意率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组干预后产科健康教育满意率比较 [$n(\%)$]

组别	例数	满意	不满意	产科健康教育满意率
观察组	100	97	3	97(97.00)
对照组	100	88	12	88(88.00)

注: 两组干预后产科健康教育满意率比较, $\chi^2 = 5.838, P = 0.016$

3 讨论

3.1 产房外等候期家属适时健康教育模式有利于提升初产妇及其配偶的母婴保健健康知识技能水平。 一般来说, 配偶从陪伴孕妇入院起就存在着从专业技术人员处获取信息支持的需求, 而配偶的这种需求在产妇入产房后往往达到高峰, 此时段配偶相对无事且教育渴求旺盛, 其需求主要集中于产妇分娩进展情况与母婴保健技能。故本研究改变常规模式下让家属自行等候不加干预的做法, 借此契机利用多种途径开展教育活动。首先, 专职护士以热情接待、妥善安置、信息登记、及时的产程进展告知等行动来稳定产妇配偶的焦躁情绪, 让配偶进入较好的学习状态。其次, 用随手可得宣传手册、不间断滚动播放的电子课件、定时开展的专题讲座、随时咨询答疑等方式向产妇配偶提供全面系统和个性化鲜明的母婴保健知识技能信息, 以适时精准的教育及时强化了配偶对产妇产后积极支持的心理意愿, 消除了配偶因无法直观产程进展所导致的担心、焦虑, 提升了配偶有关母婴保健指导、与产妇共同进行产后康复与新生儿照护的知识技能。本研究结果提示, 观察组干预后的母婴保健健康知识技能掌握度评分显著高于对照组, 取得了较好的教育效果。

3.2 产房外等候期家属适时健康教育模式有利于降低初产妇产后抑郁症发生率及程度。 产后抑郁症以其高达 30% 的发生率而成为产科常见精神障碍病种, 在危害产妇健康的同时还可能引发新生儿持久性社会情感缺陷及认知缺陷, 家庭社会支持不足是产后抑郁症的重要危险因素。本科于产房外家属等候期应用适时健康教育, 向产妇配偶强化灌输产后抑郁症母婴危害信息, 强调产后有效心理支持独特价值, 提供具备高度可行性与建设性的产后心理支持方式与技巧指导, 使观察组初产妇在产后获得积极有效情感关爱的可能性增加。此外, 产房外等候期适时教育还向产妇配偶提供了母婴照护指

导,使产妇家属有能力对产妇提供产后康复指导与协助,并与产妇协力完成繁重的新生儿照护任务,减轻产妇的产后身心压力,从而成功地降低了初产妇的产后抑郁症发生率及抑郁程度。结果显示,观察组初产妇干预后的产后抑郁症发生率和 EPDS 评分均低于对照组。

3.3 产房外等候期家属适时健康教育模式深受初产妇及其配偶的认可。产房外等候期对于产妇配偶来说是生理的相对空闲期与心理的相对煎熬期,产程进展与母婴结局的不确定性使其处于担心和不安的状态中,对即将面临的母婴照护挑战缺乏信心,受着剧烈的情绪困扰,产妇配偶极易处于激惹状态而对医护人员产生误解与不满。本研究主动利用产房外等候期这一特殊时间段开展适时健康教育,通过专职护士的及时产程信息告知安抚配偶急切心情,通过科普化的教育一方面缓解产妇配偶紧张情绪,另一方面有效推送母婴照护知识,使产房外等候期适时教育成为产妇配偶的情绪稳定剂、及时的母婴照护信息推送器、有效的产妇产后身心减压助力阀,故而得到初产妇及其配偶认可。结果显示,观察组初产妇及家属对产科健康教育的满意率显著高于对照组。

参考文献

- 1 任广秀,杨富国,刘志梅,等.初产妇及其配偶产前健康教育获益现状及影响因素调查[J].护理学杂志,2018,33(4):69-71.
- 2 周琼,张飞忠.产后抑郁的相关因素分析及防治措施[J].医学综述,2014,20(18):3417-3418.
- 3 吴小红,凌洁,汪晓萍,等.配偶纳入健康教育路径对初产妇产褥期知识及行为的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(34):4127-4130.
- 4 周燕.临床护理路径在剖宫产手术患者护理中的应用[J].国际护理学杂志,2016,35(2):214-215.
- 5 车荣,杨冀雯.家属系统化健康教育对产妇母乳喂养的影响[J].当代护士(下旬刊),2017,(3):95-97.
- 6 杨云闪.家属参与式健康教育对剖宫产产妇的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(8):103-105.
- 7 张焱,贡京京,宋华森,等.封面陈述与框架信息清晰度对脑梗死患者溶栓风险决策的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2014,23(9):829-831.
- 8 李树华.产妇及配偶健康教育对初产妇产褥期知识及行为的影响[J].中外女性健康研究,2016,(8):17,8.
- 9 郝秉君,龚晓蓉.以“家庭为中心”的产房家属等待期健康教育对产妇健康促进效果研究[J].护理与康复,2016,15(4):384-386.
- 10 沈斌,刘杨,王静.叙事心理疗法对前置胎盘孕期待治疗期间负性心理的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(25):3214-3217.

[收稿日期 2019-04-26][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

新进展综述

骨性Ⅲ类错殆畸形对上气道影响的研究进展

胡红云, 聂改云, 梁蓉(综述), 张佐(审校)

基金项目:宁夏回族自治区重点研发计划项目(编号:2019BEG03010)

作者单位:750004 银川,宁夏医科大学口腔医学院正畸科

作者简介:胡红云(1992-),女,在读硕士研究生,住院医师,研究方向:口腔正畸学。E-mail:343345250@qq.com

通讯作者:张佐(1963-),男,医学硕士,主任医师,研究方向:口腔正畸学。E-mail:yyzhz6983109@163.com

[摘要] 骨性Ⅲ类错殆畸形在临床中较为常见,具有下颌相对前突而呈现面中1/3凹陷的特征,除了对咀嚼、语言、呼吸以及其他生理功能的影响外,颜面部美观的影响往往伴随着严重的社会心理问题,临床就诊率较高。上气道又称为人类的“生命腔隙”,其阻塞将影响人的正常呼吸与睡眠。骨性Ⅲ类错殆畸形患者在进行口腔正畸治疗的过程中其上气道易受多种因素的影响而发生不同的变化。因此,了解骨性Ⅲ类错殆畸形的上气道特征以及探究不同治疗方法对其上气道所产生的影响至关重要,该文就此进行简要综述。

[关键词] 骨性Ⅲ类错殆畸形; 治疗方法; 上气道

[中图分类号] R 783.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2019)09-1025-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.09.26