

# 个性化护理在先兆早产护理中的应用分析

陈 萍

湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院, 湖北 襄阳 441000

**摘要:** 目的: 探析先兆早产护理中应用个性化护理的临床效果。方法: 选取本院妇产科于 2019 年 12 月-2020 年 12 月收治的 84 例先兆早产产妇, 随机分为两组各 42 例。对照组实施常规先兆早产护理, 观察组实施个性化护理, 观察两组心理状态及不良妊娠结局情况。结果: 干预后, 观察组(个性化护理)的心理状态(SAS、SDS)评分明显低于对照组(常规护理)( $P < 0.05$ )。观察组(个性化护理)的不良妊娠结局发生率(11.90%)明显低于对照组(33.33%)( $t = 5.222, P < 0.05$ )。结论: 个性化护理在先兆早产护理中临床效果显著, 可有效缓解产妇负面情绪, 降低不良妊娠结局发生率。

**关键词:** 个性化护理; 先兆早产; 护理;

先兆早产属于产科高发疾病之一, 临床症状为妊娠早期宫颈口未开, 但出现阴道间断性出血、腰酸腹痛等相关表现<sup>[1]</sup>。该疾病易增加流产风险, 产妇生理及心理均会出现明显变化, 进而对后续保胎治疗产生不良影响, 但不同产妇受此影响存在不同差异, 因此有必要给予个性化护理干预, 改善产妇的负性情绪, 降低妊娠风险<sup>[2]</sup>。基于此, 本研究将对先兆早产产妇应用个性化护理的临床效果进行分析。实验报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取本院妇产科于 2019 年 12 月-2020 年 12 月收治的 84 例先兆早产产妇, 随机分为两组各 42 例。观察组年龄范围 23-35 岁, 平均年龄(27.43±2.58)岁; 孕周 27-37 周, 平均孕周(31.48±3.35)周。对照组年龄区间 24-36 岁, 平均年龄(27.36±2.73)岁; 孕周 27-36 周, 平均孕周(31.41±3.39)周。两组先兆早产产妇临床资料无统计学差异( $P > 0.05$ )。

纳入标准: (1) 参照《早的临床诊断与治疗指南》中先兆早产诊断标准: 孕妇出现规律性宫缩(4 次/20min/8 次/60min), 但宫颈尚未扩张, 经阴道超声检测宫颈长度 $\leq 20$ mm; (2) 妊娠满 27-37 周; (3) 孕妇签署知情同意书。

排除标准: (1) 多胎妊娠; (2) 存在严重妊娠并发症或恶性肿瘤等原发疾病者; (3) 产妇依从性差。

### 1.2 方法

两组均按照标准化先兆早产治疗, 对照组实施常规先兆早产护理, 主要包括健康宣讲、饮食指导、体征检测等。观察组实施个性化先兆早产护理, 具体操作如下: ①制定个性化护理方案: 积极主动与产妇进行沟通, 收集产妇的一般资料及临床资料, 综合评估产妇的病情进展、心理状态、营养状态等, 根据产妇的护理需求制定个性化护理方案。②基础护理方案: 若产妇存在负性情绪, 需要主动与产妇进行交流, 告知产妇积极情绪对于保胎的重要性, 加强产妇对保胎治疗及疾病相关知识, 并给予情感支持、焦点转移等措施, 引导患者释放负性情绪。指导产妇摄入高蛋白、维生素等营养物质, 确保膳食营养均衡。③专科护理方案: 指导产妇选择舒适体位, 进行机体放松训练, 降低腔静脉压力; 改善胎儿供氧及机体营养代谢; 指导产妇临床用药, 并严格监测是否存在用药不良反应, 确保用药的安全性及有效性。

### 1.3 观察指标

观察对比两组产妇干预前后心理状态; 统计妊娠不良结局。采用 SAS、SDS 量表评估产妇的焦虑、抑郁情绪; 评分越高表明负性情绪越严重。妊娠不良结局包括胎膜早破、早产、流产、产后出血等。

### 1.4 统计学方法

将先兆早产产妇数据纳入 SPSS23.0 软件中分析, 计量资料(心理状态)比较采用 t 检验, 并以( $\bar{x} \pm s$ )表示 SAS、SDS 评分, 计数资料(妊娠不良结局)采用  $\chi^2$  检验, 并以率(%)表示发生率, ( $P < 0.05$ )为有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 两组先兆早产产妇干预前后的心理状态情况对比

干预后, 观察组(个性化护理)的心理状态(SAS、SDS)评分明显低于对照组(常规护理), 两组在心理状态改善上存在统计学差异( $P < 0.05$ )。见下表 1:

表 1 两组先兆早产产妇干预前后的心理状态情况对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	52.37±2.58	39.56±3.21	54.83±2.35	41.23±2.86
对照组	42	52.45±2.43	46.38±3.67	54.94±2.21	47.34±2.53
t	-	0.146	9.065	0.221	10.370
P	-	0.884	0.001	0.826	0.001

注: \*表明与组内对比,  $P < 0.05$

### 2.2 两组先兆早产产妇不良妊娠结局对比

观察组的妊娠不良结局情况如下: 胎膜早破 1 例(2.38%)、早产 1 例(2.38%)、流产 1 例(2.38%)、产后出血 2 例(4.76%); 总发生率 5 例(11.90%)。对照组的妊娠不良结局情况如下: 胎膜早破 4 例(9.52%)、早产 3 例(7.14%)、流产 2 例(4.76%)、产后出血 5 例(11.90%); 总发生率 14 例(33.33%)。观察组(个性化护理)的不良妊娠结局发生率明显低于对照组(常规护理)( $t = 5.222, P < 0.05$ )。

## 3 讨论

先兆早产发病病因与父母双方生殖细胞不健全、脐带供氧不足、母体情绪波动较大等多因素有着密切联系, 一旦出现发病症状, 将会对产妇的身心健康造成严重影响, 继而增加流产风险<sup>[3]</sup>。随着临床对于先兆早产研究的逐渐深入, 患者自身因素对疾病造成的影响也受到临床广泛关注, 因此选择有效、安全的干预措施有利于降低先兆早产风险。

个性化护理是基于产妇个体特征及护理需求, 实施针对性护理措施, 对患者生理、心理进行综合干预, 避免先兆早产诱发更严重的不良后果[4]。本研究结果显示, 观察组的心理状态评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组的不良妊娠结局发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。其原因在于个性化护理通过加强与产妇的沟通与互动, 制定针对性的基础及专科护理方案, 实施有效心理干预措施, 缓解机体应激反应, 降低负性情绪; 提高机体对于内外环境的适应性, 继而有效降低不良妊娠结局。

综上所述, 个性化护理在先兆早产护理中临床效果显著, 可有效缓解产妇负性情绪, 降低不良妊娠结局发生率, 值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 符白玲, 邓永芳, 施围群, 等. 先兆早产孕妇抑郁状况及对早产的影响[J]. 护理学杂志, 2018, 033(010): 36-38.
- [2] 包秀琴. 先兆早产孕妇保胎期间的心理特点及护理干预效果分析[J]. 心理月刊, 2020, 15(04): 75.
- [3] 杨明艳, 黄湘源, 何素芳. 先兆早产孕妇心理弹性水平及其影响因素研究[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(07): 462-465.
- [4] 顾春怡, 陆牡丹. 渐进性放松训练对先兆流产患者自我效能及妊娠结局的影响[J]. 中国临床研究, 2017, 30(04): 575-577.