

· 新冠肺炎专题 ·

新型冠状病毒肺炎疫情期间剖宫产产妇围术期心理状况调查

黄梦朦 周盈丰 王长红 韩国 袁开明 李军

随着新型冠状病毒肺炎 (coronavirus disease 2019, COVID-19) 疫情的发展,国内出现了疑似或确诊新冠肺炎的孕产妇。由于孕产妇妊娠期间处于特殊免疫耐受状态,是新型冠状病毒的易感人群,并可能转化为重症患者,且发热通常伴有胎心率增快,导致胎儿宫内缺氧^[1-2],由此可能导致产妇产生焦虑抑郁的情绪。因此,新冠肺炎疫情期间孕产妇围术期的心理问题需要得到临床医师关注。本文旨在比较温州地区 COVID-19 疫情爆发及缓解期间医院内剖宫产手术孕产妇围术期的心理状况。

资料与方法

一般资料 选取自 COVID-19 疫情爆发以来于 2020 年 2—4 月在温州医科大学附属第二医院行剖宫产术患者共 80 例进行调查研究。其中术前体温 37.3°C 以上列入发热组 (F 组, $n=40$):经发热门诊筛查 (有无呼吸道症状、血常规、CRP、胸部 CT、核酸检测等) 以及感染科或呼吸科会诊后,其中 28 例基本可排除新冠感染可能,二级防护下行剖宫产,术后转入单人病房,母婴同室;其中 12 例有高度怀疑新冠感染可能,三级防护下行剖宫产术,术后转入单人病房,新生儿出生后隔离观察,待核酸结果排除感染后恢复母婴同室,最终本研究产妇均排除新冠感染。术前体温正常者为非发热组 (NF 组, $n=40$):常规一级防护下行剖宫产术,术后转入普通病房,母婴同室。排除标准:既往有神经系统及精神疾病史,其他系统严重疾病史,药物滥用史,以及不能配合完成神经心理量表检查。

调查工具 (1) 焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)。SAS 评定焦虑主观严重程度^[3],该量表由 20 个条目组成,15 个正向计分,5 个反向积分,每项的评分范围均是 0~4 分,各条目累积得分得到总粗分,乘以 1.25 后即得标准总分。总分 <50 分不存在焦虑,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。张圆明^[3]等研究者在一项中国正常人 1 158 例的研究中得出 SAS 全常模水平为 (29.79 ± 10.07) 分。

(2) 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS)。SDS 评定被试者抑郁的主观严重程度^[4],该量表由 20 个条目组成,10 个正向计分,10 个反向积分,每项的评分范围均是 0~4 分,各条目累积得分得到总分,乘以 1.25 后即得标

准总分。标准总分 <53 分不存在抑郁,53~63 分为轻度抑郁,64~74 分为中度抑郁, ≥ 75 分为重度抑郁。王春芳^[4]等研究者在一项中国正常人 1 340 例的研究中得出 SDS 全常模水平为 (41.88 ± 10.57) 分。

观察指标 记录术中麻醉手术情况以及术后恢复情况;记录术前 1 d 与术后第 2 天 SAS 和 SDS 量表评分。

统计分析 采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析。正态分布计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用单因素方差分析;计数资料以例 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验。焦虑抑郁危险因素分析采用多元逐步回归。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

两组产妇年龄、孕周、妊娠并发症、文化程度、麻醉手术情况以及新生儿状态、术后疼痛程度、首次下床时间以及住院时间等差异均无统计学意义 (表 1)。

表 1 两组产妇术前基本情况的比较

指标	F 组 ($n=40$)	NF 组 ($n=40$)
年龄 (岁)	31.7 $\pm$ 4.2	30.8 $\pm$ 4.5
孕周 (周)	36.9 $\pm$ 2.1	37.4 $\pm$ 2.2
妊娠并发症 [例 (%)]	23 (58)	19 (8)
文化程度 [例 (%)]		
初中	8 (20)	9 (22)
高中	4 (10)	8 (20)
专科	10 (25)	10 (25)
本科	18 (45)	13 (32)
麻醉方式 [例 (%)]		
全身麻醉	4 (10)	3 (8)
椎管内麻醉	36 (90)	37 (92)
手术时间 (min)	56.2 $\pm$ 5.6	58.5 $\pm$ 7.1
出血量 (ml)	374.0 $\pm$ 174.8	365.0 $\pm$ 183.3
新生儿体重 (g)	3 375.2 $\pm$ 437.9	3 302.5 $\pm$ 463.2
1 min Apgar 评分 (分)	9.7 $\pm$ 0.3	9.9 $\pm$ 0.1
5 min Apgar 评分 (分)	9.9 $\pm$ 0.1	9.9 $\pm$ 0.1
术后 12 h VAS 评分 (分)	3.9 $\pm$ 0.4	3.8 $\pm$ 0.6
首次下床时间 (h)	32.8 $\pm$ 1.7	31.2 $\pm$ 1.8
住院时间 (d)	4.5 $\pm$ 0.6	4.8 $\pm$ 0.4

DOI:10.12089/jca.2020.06.016

作者单位:325027 温州医科大学附属第二医院 育英儿童医院 麻醉与围术期医学科

通信作者:李军, Email: lijun0068@163.com

F 组术前发现有 3 例 (7.5%) 产妇 SAS 标准分 >50 分, 轻度焦虑; 1 例 (2.5%) 产妇 SDS 标准分 >53 分, 轻度抑郁。F 组术后发现有 2 例 (5%) 产妇 SAS 标准分 >50 分, 轻度焦虑; 1 例 (2.5%) 产妇 SDS 标准分 >53 分, 轻度抑郁。NF 组术前有 1 例 (2.5%) 产妇 SAS 标准分 >50 分, 轻度焦虑; 无产妇抑郁状态。NF 组术后均无产妇焦虑抑郁状态。

两组 SAS 评分均明显高于全国常模水平 ($P < 0.001$); F 组术前 SAS 评分明显高于 NF 组 ($P < 0.05$) (表 2)。

表 2 两组产妇不同时点 SAS 评分的比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后
F 组	40	41.50 ± 5.81 ^a	39.21 ± 6.92 ^a
NF 组	40	36.21 ± 7.15 ^{ab}	35.93 ± 6.42 ^{ab}
SAS 全国常模 ^[3]	1 158	29.79 ± 10.07	29.79 ± 10.07

注: 与 SAS 全国常模比较, ^a $P < 0.05$; 与 F 组比较, ^b $P < 0.05$

两组 SDS 评分差异无统计学意义, 与全国常模水平差异无统计学意义 (表 3)。

表 3 两组产妇不同时点 SDS 评分的比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后
F 组	40	45.43 ± 9.21	44.52 ± 8.32
NF 组	40	44.51 ± 8.90	42.72 ± 7.81
SDS 全国常模 ^[4]	1340	41.88 ± 10.57	41.88 ± 10.57

分别以这 80 例产妇术后 2 d 的焦虑抑郁标准分为因变量, 将围术期情况作为可能的影响因素为自变量, 考虑到各因素的交互作用, 采用多元逐步回归统计方法对影响焦虑抑郁标准分的因素进行多因素回归分析, 结果显示, 术前发热和手术时间对焦虑标准分值有明显影响, 而首次下床时间和新生儿体重对抑郁标准分值有明显影响 (表 4)。

表 4 术后焦虑抑郁标准分的影响因素

指标	因素	B	SE	β	P 值
焦虑 SAS	常量	24.226	6.235	-	<0.001
	术前发热	-3.234	1.606	-0.205	0.048
	手术时间	0.247	0.110	0.246	0.028
抑郁 SDS	常量	58.147	8.670	-	<0.001
	新生儿体重	-0.003	0.002	-0.232	0.033
	首次下床时间	0.301	0.138	0.227	0.032

讨 论

孕产妇发热原因较多, 各种病原菌的感染均可导致。对于术前发热的产妇, 胎儿若长时间处于一个高温环境, 会使胎儿出现胎心过速、继发性缺氧导致胎窘^[5]。我院负责温州地区大部分危重急症产妇的救治工作, 在疫情期间需要甄别发热孕产妇病情, 不宜将思维定势于 COVID-19 感染。对于需行剖宫产术的发热疑似孕产妇, 病毒核酸检测是确诊 COVID-19 感染的金标准^[6]。但剖宫产多为亚急诊手术, 病原学检测需要一定时间, 且需多次收集标本, 无法实现。对于不能排除感染可能又需行亚急诊剖宫产的情况, 所有参加手术的医护人员均应做好二级或三级防护。术后排除感染可能的产妇可进行母乳喂养, 疑似病例需暂停母乳喂养, 并实施母婴隔离^[7]。疫情期间医院限定每位孕产妇一位家属陪护, 家属陪护期规范佩戴口罩, 每天报告健康状况。

本研究通过对 80 例疫情期间来院剖宫产产妇的心理状态调查, 发现所有产妇术前和术后的焦虑标准分值均高于全国常模水平, 说明无论有无发热情况, 孕产妇围术期都存在一些焦虑情绪, 但并未都达到焦虑状态 (SAS 标准分 >50 分) 的判定, 其中发热组产妇术前焦虑标准分值相比非发热组术前和术后所测的分值要高。同时回归分析也发现, 是否术前发热和手术时间对焦虑标准分值可能有影响。所有产妇术前术后抑郁标准分没有差异, 与全国常模水平也没有差异, 仅 1 例产妇到达抑郁状态 (SDS 标准分 >53 分) 的判定, 但回归分析发现首次下床时间和新生儿体重对抑郁标准分值可能有影响。

发热产妇焦虑标准分较高可能是因为疫情爆发初期普遍大众对 COVID-19 的认识不足, 网络信息不正确, 一旦发热就怀疑自己感染了, 担心会传染给家人, 使人们不自觉地进入了“泛化”现象之中^[8]。孕产妇作为特殊群体, 对分娩疼痛的恐惧、对剖宫产的害怕、对医院严格防控管理及医护人员严密防护措施的不安, 这些都使发热孕产妇的心理压力过重的原因。后期随着地区 COVID-19 新增病例逐日减少、出院病例增多、死亡率下降, 大众对 COVID-19 有了正确的认识, 相对减少了孕产妇的焦虑情绪。

麻醉科是医院内需要手术治疗的患者们必须经历的一个重要科室, 麻醉科医师不该将工作范围局限在术中管理, 应充分考虑围术期所有能影响患者恢复的因素, 包括生理和心理的综合需求, 才能实现 ERAS 理念。由于手术室环境的特殊性而产生的陌生神秘感、手术的不可预知性等都会对患者心理和生理带来极大的挑战, 尤其疫情期间医院的层层筛查及防护, 使得发热患者承受的压力更大, 增加了患者的术前应激, 不利于麻醉手术的顺利开展^[9]。患者入手术室开始, 麻醉科医师、护士可以通过说明医院特殊时期的防控措施来缓解患者的紧张焦虑; 提高手术室温度并给患者使用暖风机加热毯, 让手术室不再冰冷; 轻音乐环绕播放有助于舒缓情绪; 在行有疼痛感的有创操作之前多给患者提醒, 减少压力并让其心理逐步适应; 加强围术期镇痛及舒适化医疗;

多和患者沟通,唾弃职业冰冷感。所有这些措施的改进,都可以缓解患者围术期焦虑不安的心理状况,也能体现对医学人文关怀的重视^[10]。

本研究不足之处是对产妇具体病情分析、妊娠并发症的严重程度等其他干扰因素未做深入分层多因素分析探讨。也未能对非疫情期间孕产妇的围术期心理状态做随机对照,尚不能更进一步说明发热对剖宫产患者心理状态的具体影响。

综上所述,COVID-19 疫情期间剖宫产产妇围术期均存在一定焦虑情绪,是否术前发热和手术时间对焦虑标准分值有影响,首次下床时间和新生儿体重对抑郁标准分值有影响,医护人员除原发病诊疗之外还应关注患者心理健康,尽早干预,对其整体治疗和预后将起到积极作用。

参 考 文 献

- [1] 武汉市卫生健康委员会. 武汉市卫生健康委员会关于当前我市肺炎疫情的情况通报(2019-12-31). http://wjw.hubei.gov.cn/fljld/dtyw/201912/t20191231_1822343.shtml.
- [2] 国家卫生健康委员会. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公告(2020 年第 1 号)(2020-01-20). http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/21/content_5471164.htm.
- [3] 张圆明. 精神科评定量表手册. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 38-40.
- [4] 王春芳, 蔡则环, 徐清. 抑郁自评量表-SDS 对 1340 例正常人评定分析. 中国神经精神疾病杂志, 1986, 12(5): 267-268.
- [5] 陈晓琴, 吕述彦, 张玉磊. 足月妊娠产前发热 88 例临床分析. 山东医药, 2010, 50(42): 97-98.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第 7 版)(2020-03-04). <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202003/46c9294a7dfe4cef80dc7f5912eb1989.shtml>.
- [7] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于加强 COVID-19 疫情防控期间孕产妇疾病救治与安全助产工作的通知(2020-02-20). http://www.gov.cn/zhengce/2020-02/10/content_547673-3.htm.
- [8] 肖利敏, 陶芳标, 章景丽, 等. 妊娠相关焦虑量表编制及信度评价. 中国公共卫生, 2012, 28(3): 275-277.
- [9] Bagheri H, Ebrahimi H, Abbasi A, et al. Effect of preoperative visitation by operating room staff on preoperative anxiety in patients receiving elective hernia surgery. J Perianesth Nurs, 2019, 34(2): 272-280.
- [10] 叶厉能, 刘虹. 基于患者-疾病-医学人文层面的诊疗专注研究. 中华医院管理杂志, 2017, 33(6): 423-425.

(收稿日期:2020-04-19)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《临床麻醉学杂志》对来稿署名的要求

作者姓名在文题下方按序排列,一般不宜超过 6 位。排序应在投稿时确定,在编排过程中不应再作更换,如欲更换第一作者,需出具单位证明和由全体作者签名的申请。作者单位的邮编、所在城市、单位名称的全称和科室在首页脚注中说明。若其他作者不属同一单位,需写出各自单位,并在单位后用括号列出作者的姓名。作者应具备的条件:(1)参与选题和设计,参与资料的分析和解释;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容;(3)能对编辑部的修改意见进行核修,在学术上进行答辩,并最终同意该文发表者。以上 3 条均需具备。“通信作者”系指研究生课题论文的导师或直接指导者、相关科研项目课题负责人及该文的主要责任者和联系者。“通信作者”对论文应具有与第一作者同等的权利和义务。