

超导可视无痛人流流产妇女术前心理特征及针对性心理护理分析

梁仁芬¹, 谢大玲²

(1. 武胜县人民医院门诊手术室, 四川 广安 638400; 2. 广安市人民医院门诊部, 四川 广安 638000)

【摘要】目的: 探讨超导可视无痛人流流产妇女的术前心理特征, 并评估针对性心理护理干预的临床效果。**方法:** 选取 200 例接受超导可视无痛人流流产的妇女为研究对象, 按照干预方式不同将患者分为对照组 ($n=100$, 常规护理) 和研究组 ($n=100$, 实施心理特征分析与针对性护理干预)。比较两组患者护理前后的焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评分, 采用数字疼痛评分法 (NRS) 评估术后疼痛程度, 监测并记录收缩压、舒张压及心率波动值, 调查依从性及护理满意度。**结果:** 护理前, 两组患者 SAS、SDS 评分比较, 无统计学差异 ($P>0.05$); 护理后, 研究组 SAS、SDS 评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。在麻醉清醒时、术后 30 及 60 min, 研究组 NRS 评分及各项生理指标波动值均低于对照组 ($P<0.05$)。研究组依从性与总满意度均优于对照组 ($P<0.05$)。**结论:** 通过对超导可视无痛人流流产妇女的术前心理特征进行分析, 并制定有针对性的心理护理干预对策, 能对妇女的心理状态进行改善, 让其抑郁程度、焦虑程度有效减轻, 且能对患者疼痛程度进行有效缓解, 让其依从性及满意度提高。

【关键词】 超导可视无痛人流流产; 心理特征; 针对性心理护理

【中图分类号】 R473.71 **【文献标志码】** A

Preoperative psychological characteristics and targeted psychological nursing analysis of women undergoing superconductive visual painless induced abortion

LIANG Ren-fen¹, XIE Da-ling²

(1. Outpatient Operating Room, Wusheng County People's Hospital, Guang'an 638400; 2. Department of Outpatient, Guang'an People's Hospital, Guang'an 638000, Sichuan, China)

【Abstract】Objective: To explore the preoperative psychological characteristics of women undergoing painless artificial abortion with superconducting visualization and to evaluate the clinical efficacy of targeted psychological nursing interventions.
Methods: A total of 200 women who underwent superconducting visual painless artificial abortion were selected and divided into a control group ($n=100$, receiving routine nursing care) and a study group ($n=100$, implementing psychological characteristic analysis and targeted nursing interventions) according to different intervention methods. The Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) scores before and after nursing care were compared between the two groups. The Numerical Rating Scale (NRS) was used to assess postoperative pain levels. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate fluctuations were monitored and recorded. Compliance and nursing satisfaction were also investigated.
Results: There was no significant difference in SAS and SDS scores between the two groups before nursing care ($P>0.05$), after nursing care, the study group was significantly lower than the control group ($P<0.05$). The NRS scores and fluctuations in various physiological indicators at anesthesia awakening, 30 minutes, and 60 minutes post-operation in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The compliance and overall satisfaction of the study group were better than those of the control group ($P<0.05$).
Conclusion: By analyzing the preoperative psychological characteristics of women undergoing superconductive visual painless induced abortion and developing targeted psychological nursing interventions, women's psychological status can be improved, their depression and anxiety levels can be effectively reduced, and the patient's pain level can be effectively relieved, leading to a significant increase in compliance and satisfaction.

【Key words】 Superconducting visual painless artificial abortion; Psychological characteristics; Targeted psychological care

无痛人流产术由于具有较高的安全性,且痛苦较小等优势,在早期终止妊娠中的应用较为广泛^[1]。超导可视无痛人流产术是在B超准确定位下实施无痛人流产手术,能够有效提高手术疗效,并且在手术过程中,能够尽可能地减轻对子宫的损伤,使得术后恢复时间缩短,且可有效防止相关并发症发生^[2],因此逐渐成为临床首选方法之一。在手术过程中,为了减轻患者的痛苦,达到“无痛”的目的,需要使用麻醉药物,让患者的意识处于模糊状态^[3]。然而,人工流产作为一种侵入性操作,本身会对机体造成应激刺激。临床研究^[4-5]表明,术前的心理状态与手术过程及预后密切相关。情绪稳定的患者,其生命体征相对平稳,术后并发症风险较低;而焦虑、紧张等负性心理会引发较强的心理应激反应,导致血压、心率波动加剧,甚至出现人工流产综合征,从而不利于术后恢复。尤其是未婚先孕、初次手术或对手术缺乏认知的患者,更易出现恐惧、自卑等情绪问题。因此,在围术期护理中,除了常规的术前宣教与术后指导外,开展基于患者心理特征的针对性护理干预尤为重要。通过心理特征评估与分层

化护理措施,既可有效缓解患者焦虑抑郁情绪,改善术中生命体征稳定性,还能提升其依从性与满意度,促进身心全面康复。基于此,本研究以200例超导可视无痛人流产患者为研究对象,对其术前心理特征进行分析,并探讨针对性心理护理干预的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2023年4月在武胜县人民医院接受超导可视无痛人流产的妇女为研究对象,按照护理方式不同分为研究组($n=100$)和对照组($n=100$)。纳入标准:(1)单胎妊娠;(2)如有剖宫产史,需与上次剖宫产间隔 ≥ 2 年;(3)知晓研究内容并自愿参与,签署知情同意书。排除标准:(1)合并血液系统疾病;(2)临床资料缺失;(3)拒绝配合随访。本研究获医院伦理委员会审核批准。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者一般资料比较 [$n(\%)$, $\bar{x}\pm s$]

组别	产妇类型		年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)	体质量(kg)
	初产妇	经产妇				
研究组($n=100$)	22(22.00)	78(78.00)	25.35 $\pm$ 3.20	9.05 $\pm$ 0.52	1.75 $\pm$ 0.63	60.02 $\pm$ 5.30
对照组($n=100$)	19(19.00)	81(81.00)	25.49 $\pm$ 3.11	8.96 $\pm$ 0.47	1.81 $\pm$ 0.58	59.86 $\pm$ 5.27
χ^2/t 值	0.284		-0.314	1.284	-0.701	0.214
P 值	0.594		0.754	0.200	0.484	0.831

1.2 方法

两组患者在术前均需要完善相关检查,对患者的整体状况展开全面评估,明确患者是否存在着手术、麻醉禁忌证,在确定无误的情况下,患者采取无痛超导人工流产手术。

1.2.1 对照组 对照组采取常规护理,在手术前协助患者完成各项检查,告知患者术前的相关注意事项,叮嘱患者常规禁食、禁饮,评估患者的心理状态,提供常规心理指导,调节患者的心理状态,确保患者能够配合完成手术。术后遵医嘱采取抗感染治疗,根据患者的恢复情况,在患者的耐受范围内,指导其进行运动锻炼,多饮水,补充机体所需水分,调整患者的饮食结构,选择新鲜果蔬,多摄入蛋白质和维生素丰富食物,以易消化食物为宜,禁食寒凉刺激性食物。在术后应当加强对外阴部位的清洁,保持干燥洁净,叮嘱患者密切观察阴道出血情况,对于存在阴道出血患者,出血持续时间在15d以上,同时伴随着腹痛、发热等症状,则应当立即到院就诊。术后1

个月内禁止坐浴、性生活,定期到院复查。

1.2.2 研究组 研究组在常规护理基础上实施“术前心理特征评估与分层+针对性心理干预”。方法如下:(1)术前心理特征评估与分层,患者入院完成常规检查后,术前当日由经过统一培训的责任护士在相对安静、独立环境中进行心理评估(10~20min)。本研究心理特征分层除依据SAS、SDS量表评分外,同时结合患者婚姻状况(未婚/已婚)、生育史(已育/未育)及其主要担忧因素进行分类,以体现不同社会人口学背景下患者术前心理反应的差异。评估包括:①半结构式访谈:围绕对手术认知程度、主要担忧点(疼痛/麻醉/并发症/生育影响/隐私压力)、既往妊娠与流产史、社会支持情况等;②量表评估:护理前后采用SAS、SDS测评焦虑抑郁水平。综合访谈与量表结果,将患者心理特征归入以下主要类型,并以“最主要担忧”作为干预主线,A类:首次手术/对流程不清引起紧张恐惧;B类:疼痛敏感或对麻醉安全性顾虑;C类:未婚或社会支持不足

者,以隐私压力、自责羞耻为主要心理特征;D类:已婚未育或有生育需求者,以对并发症及未来生育结局担忧为主要心理特征;如同时存在多种特征,则叠加相应措施。(2)心理干预实施时机与流程。干预围绕围术期三个关键时间点实施,①首次评估后即刻(术前当日):完成“认知矫正+流程宣教+问题澄清”;②入室前/等待期(术前 30 min 内):实施情绪安抚与放松训练(腹式呼吸/渐进性肌肉放松/注意力转移),强化术中配合要点;③麻醉清醒后及术后观察期:进行情绪复盘、疼痛应对指导与康复信心强化;出院前完成延续支持要点交代。每例患者至少完成两次面对面干预(每次 10~20 min),对 SAS/SDS 较高或明显恐惧者增加干预次数;所有干预要点记录于统一干预记录表。(3)针对不同心理特征的干预措施,A类(认知不足/首次手术恐惧型):以“可控感建立”为核心。采用分步骤宣教(手术流程、术中体位与配合、禁食禁饮原因、术后注意事项),使用“复述确认法”核对理解,减少未知恐惧;B类(疼痛/麻醉顾虑型):以“安全感+放松训练”为核心。解释无痛方式与常见恢复过程,强调术中监护,入室前带练呼吸放松/肌肉放松 1 次,必要时进行注意力转移指导;C类(隐私压力/自责羞耻型):以“支持性沟通+隐私保护”为核心。强调信息保密与非评判性沟通,给予共情倾听与情绪接纳;根据意愿提供单独沟通或选择信任陪同者,缓解污名压力;D类(并发症/生育结局担忧型):以“风险沟通+预期管理”为核心。围绕其核心担忧点进行事实性解释,提供可执行的术后自我照护清单与复查提醒,增强掌控感与依从性。(4)干预执行与质量控制:成立由护士长及两名具有心理护理经验的主管护师组成的心理护理干预小组。所有护士在干预前接受统一培训,内容包括人工流产患者常见心理反应、沟通技巧、焦虑抑郁量表(SAS/SDS)使用及针对性心理支持方法,培训后经考核合格方可参与研究。为保障评估与干预的同质化,研究正式开展前随机选取 20 例患者,由两名护士独立完成心理评估,确保评估者间信度良好。干预过程采用统一的评估提纲、干预要点清单和记录表单。护士长每周抽查干预执行情况及记录完整性,对评估显示高焦虑或恐惧的患者,由小组进行复核并及时调整干预方案。(5)术后延续支持:出院前再次评估情绪变化并强化康复要点(阴道出血观察、休息与营养、复查时间、禁忌事项等);对仍存在明显焦虑者建议电话随访或门诊复评。

1.3 观察指标

(1)心理状态:护理前后采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估。(2)疼痛程度:

采用数字疼痛评分法(NRS),在麻醉清醒时、术后 30、60 min 进行评估。(3)生理应激反应:监测收缩压、舒张压及心率波动值。以术前静息基线值为参照,记录入室前/术后 30 min 的监测值,波动值=术后 30 min 监测值-入室前基线值。两组均在相同手术环境与围术期流程下实施;麻醉方式与用药遵循医院统一方案,由同一麻醉团队按标准操作完成;手术由固定团队完成;监护仪型号与测量方式一致,由同一岗位护士按统一时间点记录。合并明显影响生命体征的疾病或用药情况按纳排标准控制或作为记录变量进行控制,尽可能减少环境、药物及操作差异对结果的影响。(4)依从性与满意度:分别采用依从性评分量表与满意度调查问卷评估。依从性评分量表包含 4 项关键行为:①术前禁食禁饮遵守;②术前检查/宣教配合完成;③入室及术中配合;④术后注意事项执行。由责任护士依据客观完成情况当日评定。全部项目均完成者判定为完全依从;完成 ≥ 3 项判定为部分依从;完成 < 3 项判定为不依从。完全依从+部分依从=总依从性。满意度调查问卷于出院前评估,涵盖沟通解释、隐私保护、护理态度、流程安排、疼痛管理,并按总体评价分为非常满意/基本满意/不满意,前两类之和为总满意度。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 21.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较行独立样本 t 检验,组内比较行配对样本 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 描述,组间比较行独立样本 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状态评分比较

护理前,两组患者 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,两组患者 SAS、SDS 评分均下降,且研究组均低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的心理状态评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组($n=100$)	51.23 $\pm$ 6.48	33.25 $\pm$ 4.08 ^①	50.91 $\pm$ 5.13	30.29 $\pm$ 5.21 ^①
对照组($n=100$)	50.98 $\pm$ 6.73	42.35 $\pm$ 4.16 ^①	51.02 $\pm$ 5.27	37.95 $\pm$ 5.07 ^①
t 值	0.268	17.334	0.150	10.537
P 值	0.789	< 0.001	0.881	< 0.001

① $P < 0.05$,与同组护理前比较。

2.2 两组患者不同时间点疼痛程度比较

麻醉清醒时、术后 30 min 及 60 min,研究组 NRS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者不同时间点 NRS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	麻醉清醒时	术后 30 min	术后 60 min
研究组($n=100$)	1.15±0.41	2.05±0.74	3.48±1.12
对照组($n=100$)	1.87±0.52	2.93±0.80	4.59±1.20
t 值	10.873	8.075	6.762
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 围术期生理应激反应比较

研究组收缩压、舒张压和心率波动值均低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者围术期生理应激反应指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	收缩压波动值 (mmHg)	舒张压波动值 (mmHg)	心率波动值 (次/min)
研究组($n=100$)	13.52±2.48	6.84±1.75	11.51±1.77
对照组($n=100$)	20.42±3.05	9.42±1.96	15.60±2.59
t 值	17.553	9.819	13.038
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者依从性和满意度比较

研究组依从性和护理总满意度均高于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者依从性和满意度比较 [n (%)]

组别	依从性				护理满意度			
	完全依从	部分依从	不依从	总依从性	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
研究组($n=100$)	62(62.00)	35(35.00)	3(3.00)	97(97.00)	68(68.00)	30(30.00)	2(2.00)	98(98.00)
对照组($n=100$)	55(55.00)	28(28.00)	17(17.00)	83(83.00)	58(58.00)	26(26.00)	16(16.00)	84(84.00)
χ^2 值	10.889				11.966			
P 值	0.001				0.001			

3 讨论

超导可视无痛人流流产术是在常规无痛人流的基础上,与超导可视技术相结合,利用 B 超进行手术定位和引导,能够清晰显示孕囊位置,帮助术者快速、安全地完成手术,减少对子宫正常组织的损伤,从而降低并发症发生风险,对术后恢复有积极意义^[6-7]。但是手术作为侵入性操作,本身即能够对机体产生较强的刺激作用,加之患者对手术的担忧和恐惧,导致患者出现生理和心理应激反应,并且随着手术时间的临近,恐惧、紧张等心理愈加严重,将会直接影响到手术治疗,对术后康复产生不利影响^[8-9]。因此,对于超导可视无痛人流流产术患者而言,采取有效的心理护理尤为重要,改善患者的术前情绪状态,使其能够保持在稳定情绪,这对手术顺利推进和术后康复有着深刻意义。

根据既往研究^[10-11]发现,接受人工流产手术患者常会伴有不同程度的紧张、焦虑等负面情绪,尤其对于首次人工流产手术患者,还会存在着恐惧、自卑等心理,对病情转归产生负面影响。孕妇由于对手术缺乏了解,则会表现出紧张、焦虑情绪,尤其对于未婚先孕者而言,这种情绪更加明显,而对于符合生育要求的已婚孕妇,由于对手术效果的担忧,在围术期也会产生负面情绪^[12-13]。本研究发现,研究组患者在接受针对性心理干预后,术前焦虑和抑郁水平明显低于对照组,血压和心率波动值亦下降。提示心理护理干预不仅能改善患者主观情绪,还能从生

理层面缓解围术期应激反应,降低术中风险。同时,研究组在术后疼痛感受方面较轻,说明良好的心理状态能够帮助患者形成更高的痛阈和应对能力,从而减轻主观痛感和负面情绪。

从护理学角度看,针对性心理干预的核心价值在于差异化和个性化。例如,未婚先孕人群往往伴随自卑和恐惧,更需要情感支持和认知重建;而已婚或有生育需求者则更担心手术风险及未来生育功能,应在宣教中强化优生优育理念,帮助其正确权衡手术利弊。通过分层护理干预,不仅提高了患者的依从性,也体现了以患者为中心的人性化护理理念。

还有研究^[14-15]发现,人工流产妇女在术前存在负性情绪,可导致其手术耐受性下降,并且对于存在焦虑、恐惧等情绪患者,可造成生命体征波动,如血压异常、心率加快等,使得手术风险增加。本研究显示,研究组患者依从性和满意度均高于对照组。这表明心理干预的作用不仅体现在术前情绪稳定和术中配合,还延伸到术后康复和医疗体验整体评价。患者满意度的提升,不仅有利于医患关系改善,也为医疗机构树立良好口碑、提升护理服务质量提供了支持。

综上,超导可视无痛人流流产妇女术前普遍存在焦虑、抑郁等负性心理反应,其心理状态与患者婚姻状况、生育需求及对手术认知程度等因素密切相关。通过术前心理特征评估与分层管理,实施针对性心理护理干预,可改善患者焦虑抑郁水平,减轻围术期生理应激反应与术后疼痛,并提高依从性及护

理满意度。该护理模式具有较强的临床应用价值,可为无痛人流流产围术期心理护理提供参考依据。

参考文献

- [1] 高丹丹,张淑芳,陆习银.家庭护理辅助知行模式对女性人工流产患者术后恢复及心理、生活质量的影响[J].中国医药科学,2021,11(17):135—137,203.
- [2] 徐景妍,王珩.因需护理模式对无痛人流流产群体负性情绪及应激水平的影响分析[J].医疗装备,2022,35(7):156—158.
- [3] 张丹萍,王梦丹,沈晔,等.个性化心理护理对无痛人流术患者心理状态及满意度的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(9):101—104.
- [4] 彭荣芳,谢伟琼,解绪红,等.米索前列醇联合超导可视无痛人流术在合并高危人流因素的初孕妇中的疗效观察[J].中国实用医药,2021,16(18):120—122.
- [5] 许友柳,吴敏莉,魏琼.无痛人流产术女性患者术后实施个性化心理护理结合延续性生活干预的分析[J].中外医疗,2023,42(19):172—175,180.
- [6] 王宏,詹瑛,邢海星,等.心理护理在妇产科门诊无痛人流流产中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2022,1(6):127—129.
- [7] 涂二蒙.综合护理干预对无痛人流产术孕妇术后疼痛及焦虑情绪的影响[J].临床医学工程,2021,28(2):239—240.
- [8] Wang N, Wang M, Huang J, *et al.* Effects of the STress-And-coping suppoRT (START) intervention on depression and coping of Chinese women seeking a first-trimester abortion: a

randomized controlled trial[J]. Journal of Affective Disorders, 2023, 324: 121—128.

- [9] 赵新艳,苏麦针,张小艳,等.优质护理服务在妇产科无痛人流流产术中的应用效果观察[J].中国保健营养,2023,33(4):55—57.
- [10] Wang N, Creedy DK, Zhang M, *et al.* Designing a needs-oriented psychological intervention for Chinese women undergoing an abortion [J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022, 20(1): 782.
- [11] World Health Organization. Abortion care guideline[M]. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [12] Kim CR, Lavelanet A, Ganatra B, *et al.* Enabling access to quality abortion care: WHO's Abortion Care guideline[J]. The Lancet Global Health, 2022, 10(4): e467—e468.
- [13] Shebl MA, Toraih E, Shebl M, *et al.* Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: a systematic review and meta-analysis [J]. Journal of Clinical and Translational Science, 2025, 9: e33.
- [14] Raphi F, Bani S, Farvareshi M, *et al.* Effect of hope therapy on psychological well-being of women after abortion: a randomized controlled trial[J]. BMC Psychiatry, 2021, 21(1): 598.
- [15] 冯彩燕,魏丽霞,刘景英.心理健康教育联合控制负压吸引压力在高危早期妊娠患者人工流产中的应用观察[J].当代护士(下旬刊),2021,28(7):108—110.

(收稿日期:2025—10—16

修回日期:2026—03—11)

(上接第 886 页)

综上,柴胡桂枝汤不仅适用于太阳与少阳合病的治疗,对于以肝郁气滞、营卫失调为核心病机,兼痰瘀阻滞、正气亏虚的心血管、泌尿、神经系统疾病,辨证加减应用该方可获良效,体现中医“异病同治”的辨证论治精髓。

参考文献

- [1] 孙学东,姚杰,姚华.柴胡桂枝汤的临床研究[M].北京:科学技术文献出版社,2018.
- [2] 杨建宇,陶弘武,姜雪华.柴胡桂枝汤[M].郑州:中原农民出版社,2019.
- [3] 孙菲,于睿.于睿教授从肝论治冠心病五法经验探析[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(5):171—173.
- [4] 朱文娟,徐瑞宁,杨颖,等.焦虑症与心血管疾病风险关联的双向孟德尔随机化研究[J].华中科技大学学报(医学版),2025,54(2):217—222,227.
- [5] 王建,许崇涛.抑郁症、焦虑症与心血管疾病和血小板活化功能的关联研究进展[J].汕头大学医学院学报,2013,26(3):

169—172.

- [6] 朱一博,邵静.焦虑障碍影响冠状动脉性心脏病的机制研究进展[J].新乡医学院学报,2025,42(9):771—775.
- [7] 宋永贵.三焦腑辨证治疗代谢综合征及相关疾病[M].北京:学苑出版社,2014:3.
- [8] 李士懋,田淑霄.火郁发之[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [9] 李晓,杨军.胸痹心痛与营卫不调[J].山东中医药大学学报,2000,24(2):88—89.
- [10] 黎辉,王婷婷,陈钰梅,等.“卫郁化火”与火热证发生的联系及相关治法[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(6):734—735,798.
- [11] 余仁欢.中医肾病学[M].北京:人民卫生出版社,2024:241.
- [12] 刘诗雨,刘佳勇,唐艺,等.调肝实脾与温肾益阴法论治淋证的理法方药剖析[J].亚太传统医药,2025,21(6):90—95.
- [13] 王茹一,李秋芬,黄培,等.孙洁运用“行气法”诊治淋证经验探析[J].浙江中医药大学学报,2022,46(6):651—654.
- [14] 刘方红.柴苓止晕汤配合西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效观察[J].山西中医,2020,36(5):22—23.

(收稿日期:2026—03—11

修回日期:2026—04—27)