



产程中实施特殊体位矫正胎方位的护理分析

杨娟梅 (会同县妇幼保健计划生育服务中心 湖南会同 418300)

摘要: **目的** 探讨在产程中实施特殊体位矫正胎方位的护理方法, 并分析其临床效果和应用价值。**方法** 选取医院妇产科接收的胎位不正的临产孕妇260例随机分为对照组和观察组, 对照组实施常规护理, 观察组实施特殊体位矫正胎方位并配合人性化护理, 对比两组分娩方式、第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间、胎先露下降速度和围生儿情况。**结果** 观察组剖宫产构成比远低于对照组 ($P < 0.05$), 两组头吸引产构成比无显著性差异 ($P > 0.05$), 观察组顺产构成比远高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间均较对照组明显缩短 ($P < 0.05$), 且前者胎先露下降速度远高于后者 ($P < 0.05$); 观察组胎儿宫内窘迫发生率远低于对照组, 且前者1min和5min Apgar评分远高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 在产程中实施特殊体位矫正胎方位配合人性化护理能够降低剖宫产率, 还可改善妊娠结局和围生儿情况。

关键词: 产程 特殊体位 胎方位矫正 妊娠结局

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)09-323-02

胎位不正临产期胎儿在子宫内的位置不利于顺利生产的情况, 不仅可增加生产的难度, 也会给孕产妇造成极大的痛苦, 甚至可能会影响妊娠结局及母婴安全^[1]。正常情况下, 胎体纵轴与母体的纵轴平行, 而胎头处于骨盆入口处, 颈部与胸壁贴近, 四肢在胸腹前屈曲交叉, 整个胎体呈现出椭圆形, 除此之外的其它胎位均为异常胎位^[2]。研究指出^[3], 对于异常胎位的临产孕妇, 应当由医护人员对其实施特殊体位指导, 鼓励孕妇尽量选择阴道分娩, 各方配合缩短产程, 以此能够对妊娠结局起到一定的改善作用。考虑到多数胎位不正的临产孕妇心理状态较差, 且在实施特殊体位指导的过程中还应当配合给予全面的干预, 本研究特展开分组对照试验, 并且重点探讨特殊体位指导配合人性化护理在胎位不正临产孕妇中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 基线资料

自医院妇产科门诊2013年9月-2016年10月收治的胎位不正的临产孕妇中筛选出260例随机分为对照组和观察组。纳入者均为胎位不正临产孕妇, 年龄均20-38岁, 夫妻双方均签署本研究知情同意书; 排除标准: 不接受阴道试产、直接选择剖宫产手术分娩者, 依从性较差者, 先天性生殖道异常者, 双胞胎或者多胎妊娠者, 合并严重的脏器功能不全或者内科疾病者。观察组130例孕妇中年龄20-36岁, 平均(28.1±5.0)岁, 初产妇79例、经产妇51例; 对照组130例孕妇中年龄20-38岁, 平均(27.9±4.6)岁, 初产妇76例、经产妇54例。组间基线资料比较均无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组: 接受常规护理, 将产妇安置在电动多功能床上, 告知其矫正胎位的办法并且鼓励家属陪同孕产妇配合好医护人员的工作。

观察组: 实施特殊体位指导, 具体如下: (1) 同侧侧卧位, 选取侧卧位, 嘱孕妇面向胎枕侧躺, 将枕头放置于双小腿之间, 也可将上面腿抬高, 下面的手臂放置于身体前, 上面的腿屈曲角度超过90°; (2) 对侧侧俯卧位: 产妇胎背需要朝向天花板, 若胎儿是右枕后位, 则需要利用体位转向右枕横位再转向右枕前位; (3) 由医护人员协助胎头位置异常产妇散步或站立调整胎位; (4) 前倾位: 嘱孕妇趴在分娩球上将身体直立尽可能前倾, 或者骑跨在凳子上, 身体前倾使膝关节平面低于髋关节, 也可利用坐便桶, 将双腿分开呈共建式, 身体向前倾; (5) 手膝位: 嘱孕妇双膝盖着地, 身体尽量向前屈伸, 双手掌和双拳头支撑自己保证胎儿重心前移; (6) 开放式膝胸卧位: 嘱孕妇双膝和前臂同时着地, 胸部与地板紧贴, 双臀平面要高于胸部, 且尽量使用前臂支撑身体的重量, 双腿与躯干夹角超过90°, 双手掌或者双拳支撑自己。在围产期需要同时给予观察组患者人性化护理干预, 主要内容包括心理疏导和鼓励、鼓励阴道试产、母婴状况监护以及产后精细化指导等, 具体如下: (1) 心理疏导和鼓励: 对胎位不正临产孕妇加强监护, 在此过程中还应当了解产妇的照护需求和心理状态, 对于担心疼痛、担忧妊娠结局者需要护理人员即

使给予疏导和鼓励, 必要时可通过微笑给产妇安慰; (2) 鼓励阴道试产: 鼓励孕产妇首先进行阴道试产, 必要时再中转剖宫产手术; (3) 母婴状况监护: 对母婴状况进行全面、细致地监护并作好记录, 在发现有异常征兆者护理人员需要立即给予对症支持干预, 以免出现严重的后果; (4) 产后精细化指导: 所有产妇在生产后均根据恢复情况接受精细化指导, 重点包括产后恢复、新生儿照护和喂养等相关知识。

1.3 观察指标

对比两组分娩方式、第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间、胎先露下降速度和围生儿情况。

1.4 统计学分析

采用统计学专用处理软件SPSS21.0版本检验组间差异, 计量资料($\bar{x} \pm s$)比较借助t检验; 计数资料借助和 χ^2 检验, 结果有统计学差异的前提均为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 分娩方式比较

观察组剖宫产构成比远低于对照组 ($P < 0.05$), 两组头吸引产构成比无显著性差异 ($P > 0.05$), 观察组顺产构成比远高于对照组 ($P < 0.05$), 见表1。

表1: 两组分娩方式比较 [n (%)]

组别	n	剖宫产	头吸引产	顺产
观察组	130	21 (16.15)	8 (6.15)	101 (77.69)
对照组	130	49 (37.69)	11 (8.46)	70 (53.85)
χ^2 值		21.027	1.456	23.906
P值		0.000	0.097	0.000

2.2 第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间、胎先露下降速度比较

观察组第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间均较对照组明显缩短 ($P < 0.05$), 且前者胎先露下降速度远高于后者 ($P < 0.05$), 见表2。

表2: 两组第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间、胎先露下降速度比较

组别	n	第一产程潜伏期时间 (h)	第一产程活跃期时间 (h)	第二产程时间 (h)	胎先露下降速度 (cm/h)
观察组	101	6.2±2.2	3.2±1.0	0.8±0.2	1.2±0.3
对照组	70	9.3±2.1	5.0±1.2	1.2±0.3	0.6±0.2
t值		8.905	7.812	10.013	12.405
P值		0.000	0.002	0.000	0.000

2.3 围生儿情况

观察组130例围生儿中有3例发生宫内窘迫, 宫内窘迫的发生率为2.31%; 对照组中有13例发生宫内窘迫, 宫内窘迫的发生率为10.00%, 组间差异有显著性 ($\chi^2=6.519$, $P=0.008$)。观察组新生儿出

(下转第327页)



血管刺激性,其静脉输注渗漏不会引起静脉周围组织的损害,甚至可以进行肌内注射;从环磷酰胺结构上看,环磷酰胺需要在肝中被转化后再经多步反应才能成为烷化剂,起到抗肿瘤细胞的作用,在皮下并不能完成该转变,因此无烷化剂作用,即认为无刺激、无腐蚀作用。从临床效果上看,风湿免疫科进行环磷酰胺冲击治疗的患者及肿瘤专科进行环磷酰胺化疗的患者,3年来均未因环磷酰胺外渗出现过局部皮肤水疱、破溃甚至局部组织坏死。因此,采用外周静脉进行环磷酰胺冲击输液治疗,从药物的药理毒理和临床效果上说是可行的。

本研究显示,经充分知识宣教后,绝大多数患者(95.36%)仍选择了采用输液钢针进行输液治疗,说明对于输液时间少于4小时的单次输液,不容易接受采用静脉留置针进行输液。根据美国INS输液治疗实践标准,一次性静脉输液钢针宜用于短期或单次给药,但不可用于腐蚀性药物给药^[3]。分析患者接受留置针进行输液的依从性差的原因可能包括:一是传统习惯,很长时间以来,短时间单次输液均采用输液钢针进行穿刺,患者已经养成接受输液钢针进行短时输液的习惯;二是经济顾虑,采用输液钢针进行输液的费用仅为采用静脉留置针进行输液费用的12%,而风湿病患者属于慢性病人,一般需长期用药,经济负担较重;三是自觉留置针穿刺疼痛程度较重,因为进行静脉穿刺留置静脉导管的操作时间较长,患者自觉穿刺疼痛感持续、增加;四是留置针穿刺成功率低于钢针,大量风湿病患者血管条件欠佳,担心反复穿刺带来更大的损伤;五是看到周围其他患者采用输液钢针进行输液是安全的,因而受其影响;等等。

据不完全统计,2010年我国81%的护士用于静脉输液的工作时间超过75%。丁瑜等人的研究也显示输液钢针简单快捷,感染发生率较低,而静脉留置针虽然可以减少反复穿刺的痛苦,但其感染率、不

方便感、费用负担、输液不畅等情况均高于输液钢针^[4]。张秀娟的研究认为,个性化护理能更有效的降低病患纠纷的发生率,提升患者对护理满意率,更有利于护患关系的建设及患者病情的恢复,值得在临床中推广应用^[5]。因此,在进行静脉治疗时,应针对患者不同情况采取不同的静脉治疗决策,在不违反原则的前提下,尽量满足患者的要求,提供更人性化的护理服务,可以取得患者更好的配合,提高患者的自护能力,减少并发症,提高患者的满意度。

在本研究中,所有观察对象进行输液治疗后,均未出现静脉炎等其他输液并发症。分析原因,可能与患者输液时间短、严格选择合适的血管、加强患者自护及护理人员巡视、环磷酰胺刺激性低等原因有关。

因此,在为风湿病患者进行环磷酰胺冲击治疗时,除按照输液实践标准的要求,根据治疗方案、治疗时间、血管条件等选择输液工具,同时应根据药物特性,尽量听取患者的意见,强调患者的参与,加强自我观察和护理人员的巡视,保证输液安全。

参考文献

- [1] 陈灏珠,终南山,陆再英等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 李小寒,尚少梅,钱晓路等.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [3] Infusion Nurses Society. Infusion Therapy Standards of Practice [J]. Journal of Infusion Nursing, 2016, 39(1S): 58-59.
- [4] 丁瑜,何毅.静脉留置针与钢针在临床护理应用中的对照研究[J].现代中西医结合杂志,2010,19(32):4192-4193.
- [5] 张秀娟.在静脉输液护理中应用个性化输液护理的效果观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(5):190-191.

(上接第323页)

生1min和5minApgar评分分别为(9.2±0.3)分和(9.6±0.3)分,对照组分别为(8.1±0.2)分和(8.7±0.4)分,组间比较差异均有显著性($t=10.148$, $P=0.000$; $t=11.253$, $P=0.000$)。

3 讨论

在胎位不正临产妇产程中实施特殊体位指导能够尽快将枕后位矫正为枕前位,并且还可以提高阴道分娩率,因此对产后恢复也有积极的促进作用^[4]。研究显示^[5],对于胎儿不正的临产妇及时实施特殊体位指导,能够通过内旋转胎头并且利用临产妇体位的优势,借助羊水的浮力和胎儿自身的重力以及子宫收缩的合力,达到缩短产程、改善妊娠结局的目的。因此,建议针对胎位不正者及时给予特殊体位指导,选用同侧高坡侧卧位调整胎方位、缩短产程。

本研究结果发现,观察组剖宫产构成比远低于对照组($P<0.05$),且前者顺产构成比远高于后者,说明胎位不正临产妇及时接受特殊体位指导配合人性化护理模式还可减少剖宫产的情况;此外,观察组第一产程潜伏期、活跃期时间、第二产程时间、胎先露下降速度均与对照组存在显著性差异,说明特殊体位指导配合人性化护理模式还可缩短胎位不正临产妇产程,加快胎先露下降速度;最后观察组围生儿的情况也均明显优于对照组,表明特殊体位指导配合人性化护理模式可以显著改善胎位不正围生儿的健康状况。经过上述分析可知,观察组能够取得良好的妊娠结局,不仅仅是优于特殊体位指导的

积极作用,也有人性化护理干预的理想成效。人性化护理干预在胎位不正临产妇产期应用主要包括心理疏导和鼓励、鼓励阴道试产、母婴状况监护以及产后精细化指导等,不同的护理操作内容均有不同的积极作用,故而显示出良好的临床应用价值^[6-7]。

综上所述,建议在胎位不正临产妇产中引入特殊体位指导配合人性化护理模式,以便能够提高顺产率,缩短产程,加快胎先露下降速度,改善围生儿状况,作用积极且应用价值较高。

参考文献

- [1] 袁文娟,沈霞.产程中应用特殊体位矫正胎方位的护理体会[J].中国实用医药,2016,11(25):265-266.
- [2] 李树华.产程中实施导乐分娩与体位护理矫正胎方位的临床效果[J].中国医药指南,2016,14(13):268-268.
- [3] 慈红娣.产程中体位矫正胎方位异常临床分析[J].继续医学教育,2016,30(3):89-90.
- [4] 张礼岚.体位护理干预在产程中矫正胎方位的应用效果[J].医学信息,2016,29(3):34-35.
- [5] 彭菁,叶艳清,李梅芳.产程中改变产妇体位矫正胎方位的临床观察[J].蛇志,2015,27(4):388-389.
- [6] 汤玲玲.镇痛分娩配合体位护理矫正胎方位枕后位的临床效果观察[J].医学信息,2016,29(3):233-234.
- [7] 陈雁瑶,蔡妙琼.产妇体位指导矫正胎方位的临床应用[J].包头医学院学报,2016,32(5):146-147.

(上接第325页)

[11] 杨利娟,胡云静,张美娜,等.预见性护理干预对脑卒中后吞咽障碍患者减少吸入性肺炎的研究[J].中国医药导刊,2014,10(4):730-731.

[12] 廖喜琳,钟美容,蔡超群.标准吞咽功能评估及预见性护理对老年脑卒中吞咽障碍患者康复的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(8):2036-2038.

[13] 沙江明.早期序贯式肠内营养支持在老年吞咽困难患者中的应用效果评价[J].中国卫生产业,2015,12(21):15-17.

[14] Lan Y, Xu G, Dou Z, et al. The correlation between manometric and videofluoroscopic measurements of the swallowing

function in brainstem stroke patients with Dysphagia [J]. Journal of Clinical Gastroenterology, 2015, 49(1):24-30.

[15] 刘锦莲,庞志明,李素霞,等.系统性吞咽功能训练在鼻咽癌放疗后患者中的应用[J].医疗装备,2015,28(17):163-165.

[16] 王小峰.老年脑卒中患者康复治疗中的营养状况分析[J].中国医学工程,2015,22(12):28-28.

[17] 申铁华,白桂莲.早期康复护理对缺血性脑卒中患者吞咽障碍的疗效观察[J].宁夏医学杂志,2015,37(12):1134-1135.

[18] 陈树娣,吴媛,梁腊梅,等.综合护理干预在脑卒中患者神经源性吞咽障碍中的应用效果[J].中国当代医药,2015,22(4):172-174.