

胎膜早破产妇中采用产科护理干预的效果分析

姚君玲

成都市第二人民医院 610000

【摘要】目的 探讨胎膜早破产妇中采用产科护理干预的效果。**方法** 研究观察 2018 年 3 月至 2019 年 8 月期间接收的分娩中胎膜早破产妇 76 例, 随机分为对照组与观察组, 每组为 38 例, 对照组运用传统护理, 观察组运用产科护理干预, 分析各组护理操作后新生儿 Apgar 评分、母乳喂养率、宫内感染率、分娩方式。**结果** 在自然分娩率上, 观察组 81.58% 的比例显著高于对照组 50.00%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在母乳喂养率、宫内感染率方面, 观察组与对照组差异明显, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在新生儿 Apgar 评分上, 观察组评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。**结论** 胎膜早破产妇中采用产科护理干预可以有效的优化分娩方式, 减少宫内感染率, 提升母乳喂养成功率, 优化新生儿整体质量。

【关键词】 胎膜早破产妇; 产科护理干预; 效果

【中图分类号】 R473.71

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 07-156-02

胎膜早破属于产科常见并发症之一, 该问题容易导致出现围产儿死亡或者早产儿等情况, 同时产妇有关感染问题也更为突出, 剖宫产的比例也相对更高, 因此导致母婴双方的危害^[1]。本文研究观察 2018 年 3 月至 2019 年 8 月期间接收的分娩中胎膜早破产妇 76 例, 分析运用产科护理干预后新生儿 Apgar 评分、母乳喂养率、宫内感染率、分娩方式, 内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究观察 2018 年 3 月至 2019 年 8 月期间接收的分娩中胎膜早破产妇 76 例, 随机分为对照组与观察组, 每组为 38 例。对照组中, 年龄从 21 岁至 37 岁, 平均 (28.48 ± 2.19) 岁; 孕周为 33 周至 40 周, 平均 (36.29 ± 2.18) 周; 初产妇 28 例, 经产妇为 10 例; 观察组中, 年龄从 21 岁至 35 岁, 平均 (27.63 ± 2.09) 岁; 孕周为 32 周至 40 周, 平均 (36.17 ± 2.06) 周; 初产妇 31 例, 经产妇为 7 例; 两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异, 有可比性。

1.2 方法

对照组运用传统护理, 观察组运用产科护理干预, 内容如下:

1.2.1 心理护理

要做好孕产妇心理疏导, 要让产妇意识到胎膜早破的基本注意事项, 提升治疗护理的配合度。要做好信心的建立, 避免消极的心理状况对分娩工作过程构成的影响^[2]。必要情况可以通过成功案例、聊天等方式提升其信心与转移注意力, 避免其过度的担忧。

1.2.2 生理护理

要做好产妇的体位管理, 保持左侧卧位, 有效的促使子宫胎盘的血流量提升, 由此减少宫腔压力。可以指导产妇做好床上活动训练。饮食上保持充分的粗纤维, 保持丰富的饮水, 防控便秘引发的宫缩变强^[3]。饮食指导可以细化, 提升其家属等操作的便捷性。要做好感染防控, 做好外阴的检查与清洁, 保持干燥。胎膜早破 12h 后需要做好抗感染治疗。

1.2.3 健康教育

要指导产妇与家属了解分娩事项, 其中以面对面一对一的口头指导为主要操作手段, 强调产妇方的主要问题, 同时回复其提出的问题。同时也要将胎膜早破的原因、处理应对

注意事项, 以及生活管理各方面细节, 强调主要内容, 次要内容可以指导产妇翻阅有关健康教育手册^[4]。健康教育手册可以放在病房一本公共版本, 也可以通过手机电子版发送给产妇与家属, 满足个人阅读习惯所需, 还可以提供纸质版本的简要健康手册, 依据日常科室工作环节中所需情况而定, 减轻护理工作压力。健康教育方式可以将口头方式、书面方式结合, 甚至可以结合健康讲座这种集体方式, 要考虑实际操作的可行性与患者的需求, 依据实际诉求调整方式与方法才能有效的提升效果。

1.3 评估标准

分析各组护理操作后新生儿 Apgar 评分、母乳喂养率、宫内感染率、分娩方式。分娩方式主要观察自然分娩、剖宫产、会阴侧切或者胎吸等比例。

1.4 统计学分析

收集护理有关数据, 通过 spss23.0 分析, 计量资料使用 t 检验, 计数资料使用卡方检验, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组产妇分娩方式情况

见表 1, 在自然分娩率上, 观察组 81.58% 的比例显著高于对照组 50.00%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 各组产妇分娩方式情况 [n(%)]

分组	自然分娩	剖宫产	会阴侧切或者胎吸
观察组 (n=38)	31 (81.58)	3 (7.89)	4 (10.53)
对照组 (n=38)	19 (50.00)	10 (26.32)	9 (23.68)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 各组患者新生儿 Apgar 评分情况

见表 2, 在新生儿 Apgar 评分上, 观察组评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 各组患者新生儿 Apgar 评分情况 [n(%)]

分组	3 分及以下	4 至 7 分	7 分以上
观察组 (n=38)	2 (5.26)	6 (15.79)	30 (78.95)
对照组 (n=38)	7 (18.42)	9 (23.68)	22 (57.89)

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 各组母乳喂养率、宫内感染率情况

见表 3, 在母乳喂养率、宫内感染率方面, 观察组与对照组差异明显, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

(下转第 159 页)

能触及胃管为宜, 2~4h 松解约束带一次, 放松时间为 15~20min, 约束期间注意观察约束部位的血液循环、神经功能及皮肤情况, 并做好护理记录。

2.4 制定安全防范措施

在患者床头悬挂防管道滑脱警示标示。执行各项护理操作前后, 妥善安置好管道。交班时, 管道护理列为重点交班内容, 严格床边交接: 鼻饲管标记刻度、外露的长度、固定是否牢靠、有无管道标识、更换的时间、管道有无堵塞、鼻饲次数和量等。

2.5 提高风险意识、加强学习

对科室护士进行安全培训, 使护理人员能充分认识到管道护理的重要性以及非计划性拔管的危害性, 在患者管道留置期间客观真实的评估出患者意外拔管的高危因素, 做好防范措施。组织护士学习固定导管的方法、如何有效约束肢体及翻身和更换床单时如何预防意外拔管的发生。尤其是对实习护士和低年资护士的培训。

2.6 加强健康教育

根据每位患者有针对制定鼻饲操作前、操作中和操作后

的流程, 发放鼻饲健康教育处方。护士充分评估患者的病情, 了解有无置管史、管道滑脱史等, 向患者及家属就置管的目的、可能的并发症、置管前的准备、置管过程中的配合、置管后的注意事项、管道脱出的危险性等进行详细告知。护士的健康教育贯穿鼻饲管护理的全过程。对于接受能力差或者烦躁不安依从性差的患者, 我们要加强和患者及家属的沟通。强化对家属的健康教育, 使其主动配合护理工作, 预防胃管滑脱。

2.7 增加舒适度

选用合适的带引导钢丝的复尔凯鼻胃管, 该胃管为聚氨酯材料, 舒适、柔软、耐受性高。同时带有引导钢丝, 能大大提高一次性置管的成功率。置管时动作轻柔, 尽量减轻患者不适感, 如留置胃管过程中, 可让神志清楚的患者做吞咽动作或喝少量温开水。如一次性置管不成功, 采用不完全拔管置管法避免了从鼻腔到咽部的再次刺激, 减轻了患者的痛苦, 提高了患者的舒适度。

参考文献:

- [1] 孙德琼, 陶菊. 预见性护理在防止意外拔管中的应用[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2012, 11(6): 72-73

(上接第 156 页)

表 3: 各组母乳喂养率、宫内感染率情况结果 [n(%)]

分组	母乳喂养率	宫内感染率
观察组 (n=38)	35 (92.11)	7 (18.42)
对照组 (n=38)	27 (71.05)	15 (39.47)

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

胎膜早破问题需要做好对应的管理监测, 及时用药与治疗护理干预, 避免问题的严重。要尽可能的提升患者配合, 减少因为不良处理应对导致的风险。要让产妇从生理、心理与认知层面都有一定安全感与稳定感, 由此保证工作顺利展开, 提升整体的分娩舒适度。

综上所述, 胎膜早破产妇中采用产科护理干预可以有效

的优化分娩方式, 减少宫内感染率, 提升母乳喂养成功率, 优化新生儿整体质量。

参考文献:

- [1] 叶彩容, 吴贤珊, 何凤梅. 整体护理对胎膜早破孕妇负性情绪和护理服务满意度的影响[J]. 全科护理, 2019, 17(21):2614-2616.
- [2] 郑忠青. 预见护理干预对预防未足月胎膜早破发生尿滞留的影响分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(7):167, 170.
- [3] 孙辉. 产科护理干预对胎膜早破产妇的临床效果观察[J]. 母婴世界, 2019, (12):157.
- [4] 黄宝珍. 足月胎膜早破产妇综合护理干预的效果研究[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(19):96-97.

(上接第 157 页)

医护人员要结合患者的病情为其提前准备好相关的仪器与药品, 比如常用的简易呼吸囊、简易呼吸机、心电监护仪、气管插管设备等仪器, 以及阿托品、利多卡因、肾上腺素等急救药品, 在进行转运以前要彻底检查仪器是否能够正常运转和应用。

3.2.3 做好患者的转运准备

医护人员要重点检查患者的情况, 检查气管导管是否稳妥固定等。充分评估患者转运过程中可能出现的意外, 为各种情况准备有效的方案, 同时选择患者舒适的体位进行转运。

3.2.4 转运途中的监测护理

加强监测, 密切观察患者的呼吸情况、生命体征变化, 一旦发现异常要及时进行处理。此外还要确保患者管道的通畅, 尤其是低血容量患者更要注意其血流动力学的变化。注

意患者转运过程中的保暖工作, 意识不清者要增加护栏, 预防坠床。

综上所述, 在急诊危重症患者外出检查时, 要加强对护理安全隐患的监控, 并采取恰当的防范措施以预防护理风险的发生。

参考文献:

- [1] 桑广娟, 雍丽玲. 急诊危重症患者外出检查的护理安全隐患分析及防范措施探析[J]. 健康必读, 2018, (17):127-128.
- [2] 杨宇, 封群. 急诊危重症患者外出检查的护理安全隐患分析及防范措施[J]. 养生保健指南, 2017, (30):
- [3] 罗燕枫, 李蕾. 骨科危重症患者外出检查及转运途中的安全护理与防范对策[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(5).
- [4] 瞿涓, 陈晓秋, 敬永林. 急诊科潜在的护理安全隐患及防范对策[J]. 医学美容(中旬刊), 2015, (2):419-420.