

分析责任制助产护理对产科产妇产娩方式及母婴结局的影响

李 香

云南省文山州丘北县人民医院妇产科 云南文山 663200

【摘要】目的 探究责任制助产护理应用于产科产妇产中分娩方式及母婴结局的影响。**方法** 将2017年10月-2018年10月, 就诊我院产科产妇78例, 以护理方式的差异性分组, 对照组(常规护理)、研究组(责任制助产护理), 2组各纳入39例, 从自然分娩率、产程用时、母婴结局方面展开对比。**结果** 相比对照组, 研究组的阴道分娩率更高, 第一、第二产程用时更短, $P<0.05$; 研究组母婴结局明显优于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 针对产科产妇实施责任制助产护理, 对改善分娩方式及母婴结局效果显著, 可缩短产程时间, 提高阴道分娩率, 临床应用价值高。

【关键词】 责任制助产护理; 产科产妇; 分娩方式; 母婴结局

【中图分类号】 R473.71

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 12-122-02

妊娠分娩是女性重要的生理阶段, 产妇自身体质、日常营养及精神状态、产时状态与分娩方式与母婴结局等有密切的关系, 在这一阶段产妇因各种因素影响, 极易产生负面情绪, 因此针对产科产妇应及时给予有效合理的护理干预, 促进产妇自然分娩, 保障母婴健康。责任制助产护理是对护理的各个阶段进行细化, 增强护理的人性化服务, 从而改善分娩结局^[1]。本次研究选取2017年10月-2018年10月就诊我院产科产妇78例, 对责任制助产护理的临床效果进行分析, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2017年10月-2018年10月, 就诊我院产科产妇78例, 以护理方式的差异性分组, 对照组、研究组2组各纳入39例。对照组年龄21-39岁, 均龄 (26.38 ± 2.47) 岁; 初产妇26例; 经产妇13例, 对照组年龄22-38岁, 均龄 (26.45 ± 2.54) 岁; 初产妇23例; 经产妇16例, 通过统计学方法对比2组的基线资料, 组间差异小 $P>0.05$, 可比。

纳入标准: (1) 产妇生命体征正常, 经检查胎儿无异常情况; (2) 经医院伦理委员会审批备案; (3) 产妇及家属知晓同意研究并签署书面协议。排除标准: (1) 多胎分娩产妇、未足月分娩产妇; (2) 精神严重异常, 认知障碍者; (3) 重要器官功能严重病变者; (4) 临床资料不全者; (5) 依从性较差者。

1.2 方法

对照组采取常规护理, 内容: 对产妇进行轮班监测护理, 产前给予分娩知识基础教育, 检查孕期状态, 分娩中指导产妇进行呼吸及体位调整, 产后密切监测产妇及胎儿情况, 给予饮食及运动指导等。

研究组采取责任制助产护理: (1) 组建护理小组, 主要成员包括护士长担任组长、护理人员为组员, 小组组长均具有多年丰富的助产工作经验, 其沟通协调能力、团队管理能

力良好, 对小组成员工作时间、学习背景等进行综合评估, 合格后方可入组。每1位助产人员负责1名产妇及家属。(2) 明确及细化工作职责, 明确小组内各成员的工作职责及内容, 组织进行相关规范准则、制度、责任要求等学习。如初级助产者主要工作职责为密切监测产妇各项情况, 提前做好分娩有关的准备工作; 中级助产者主要工作职责为对高危产妇的护理, 同时对初级助产者的工作予以指导及协助^[2]。(3) 产前护理, 对患者及家属针对人员安排、病房情况、分娩相关知识、注意事项等进行讲解, 加强与产妇的沟通, 在增强产妇分娩认知的同时, 采取心理暗示法、注意力转移法、呼吸法等方式, 缓解产妇紧张、焦虑等情绪, 告知产妇及家属产前各项检查的重要性。(4) 助产护理, 严密监测产妇第一第二产程时间, 检查胎儿情况, 针对疼痛难忍者可给予足部按摩, 待胎儿分娩后及时告知产妇分娩情况及新生儿情况, 检查是否存在异常, 如发现应及时上报医生处理^[3]。(5) 产后护理, 产后对产妇血压、心率、阴道出血、四肢麻木等情况进行监测, 给予饮食、用药及运动指导, 告知正确的喂养方法。

1.3 观察指标

分娩方式: 剖宫产、阴道分娩; 观察2组的第一、第二产程时间; 母婴结局: 胎儿窘迫、新生儿窒息、产后出血、下肢疼痛麻木。

1.4 统计学分析

分别使用均数 $(\bar{x} \pm s)$ 和例(n)、百分率(%)录入计量资料(第一、第二产程时间)和计数资料(分娩方式、母婴结局), 所得数据录入SPSS24.0软件中进行T值和 χ^2 检验, $P<0.05$ 为统计值有差异。

2 结果

2.1 分娩方式、第一、第二产程时间评价

相比对照组, 研究组的阴道分娩率更高, 第一、第二产程用时更短, $P<0.05$, 见表1

表1: 分娩方式、第一、第二产程时间对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	剖宫产 (%)	阴道分娩 (%)	第一产程 (h)	第二产程 (h)
对照组 (n=39)	18 (46.16)	21 (53.84)	8.32 $\pm$ 1.74	1.62 $\pm$ 0.31
研究组 (n=39)	9 (23.08)	30 (76.92)	5.13 $\pm$ 1.36	0.74 $\pm$ 0.13
T/ χ^2	4.588		11.211	16.348
P	0.032		0.000	0.000

2.2 母婴结局评价

研究组母婴结局明显优于对照组, $P<0.05$, 见表2

表 2: 母婴结局对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	胎儿窘迫	新生儿窒息	产后出血	下肢疼痛麻木
对照组 (n=39)	10 (25.64)	8 (20.51)	11 (28.21)	12 (30.77)
研究组 (n=39)	2 (5.13)	2 (5.13)	3 (7.69)	4 (10.26)
χ^2	6.303	4.129	5.571	5.032
P	0.012	0.042	0.018	0.024

3 讨论

在产妇产娩过程中,因各种因素的影响,产妇极易出现不良心理情绪、疼痛等,进而增加了分娩危险系数,在产前良好营养及体质、产前检查、完善的护理干预可降低产妇产娩的风险,保证阴道分娩的正常进行。责任制助产护理是以产妇为中心,针对产妇实际给予其个性化、人性化、细致化的护理服务,尽可能满足产妇需求,改善其身心状态,改善分娩结局^[4]。

本次研究结果表明:相比对照组,研究组的阴道分娩率更高,第一、第二产程用时更短, $P < 0.05$; 研究组母婴结局明显优于对照组, $P < 0.05$ 。应用责任制助产护理模式,在责任护士的带领下,产前给予产妇全方位的检查及全面的照护,保证其饮食及身体健康,普及分娩相关知识,采取各种手段,缓解产妇焦虑的负性情绪,帮助其放松身心,尽可能的减少分娩风险,其次在分娩过程中通过呼吸及体位指导,缓解产妇疼痛,消除心理压力,进而缩短产程时间,最后通过情绪调节、饮食指导、足底按摩等,增强产妇体质,降低了产后出血、疼痛等发生几率,同时密切监测产妇情况,及时反馈不良情况,给予药物干预,并在新生儿出生后及时进行检查处理,避免发生胎儿窘迫、新生儿窒息等情况,可最大程度保证母婴健康,

改善母婴结局^[5]。

综上所述,针对产科产妇在临床护理中,应用责任制助产护理效果显著,提高阴道分娩率,缩短产程时间,同时降低分娩风险事件的发生几率,保证母婴健康,可推荐临床广泛应用并推广。

参考文献:

- [1] 刘晓娜, 魏会娟. 不同产科护理模式对产妇分娩方式的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(16):2057-2059.
- [2] 王灿辉, 罗丽琼, 郭悦慈, 王香华, 刘征. 助产士干预对瘢痕子宫再次妊娠分娩结局影响研究[J]. 中国性科学, 2019, 28(07):73-76.
- [3] 郑荣兰, 陈温琴, 黄庆慧. 责任制助产护理对初产妇护理满意度、妊娠结局的影响[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(11):72-74.
- [4] 吴穷. 责任制助产护理对初产妇分娩及护理满意度的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2019, 34(01):115-116.
- [5] 李素梅. 助产护士产前门诊对孕产妇心理状态、分娩结局和满意度的影响[J]. 中国计划生育和妇产科, 2015, 7(04):68-71.

(上接第 120 页)

护理认知的调查[J]. 现代预防医学, 2014, 41(6): 1147-1149, 1152.

[2] 廖春莲, 谭春燕, 胡盼, 等. 品管圈活动对提高脑卒中患者良肢位摆放有效率的观察[J]. 重庆医学, 2014, 43(13): 1626-1628.

(上接第 121 页)

4.1 肛管连接间断负压引流装置的使用方法

肛管连接间断负压引流装置是针对意识障碍肛门括约肌功能障碍患者设计的,留置一次性肛管 7cm-10cm,撑开肛门周围皮肤皱褶,将泡沫敷料沿肛门边缘在左右臀部分别粘贴,保护肛周皮肤,肛周外露端连接一次性引流袋,每小时将一次性吸引连接管接一次性引流袋底部,调节负压不超过 200mmHg,吸引时间不能超过 10 分钟。

4.2 负压吸引装置的操作注意事项

负压大小调节应根据大便量多少来调节,且不超过 200mmHg,以免造成肛周粘膜损伤。负压不可持续使用,夜间睡眠时间可暂停负压引流。

4.3 一件式造口袋接负压装置持续低负压引流存在的主要问题

其只针对意识障碍肛门括约肌功能障碍患者,对于肛门括约肌正常的患者使用会影响肛门括约肌的正常功能,且大便成形的患者也引流不畅,建议使用其他方法。另外,此法

只能及时清理大便,而不是大便失禁的治疗措施,主要还是配合医生进行原发病的治疗,才能从根本上解决问题。

参考文献:

- [1] 陈洁, 李贤连, 曹拂晓, 蔡圆圆. ICU 患者大便失禁相关性皮炎的发生特点和影响因素[J]. 浙江医学, 2015, 37(02): 164-166.
- [2] Gray M, Bliss D Z, Doughty D B, et al. Incontinence-associated dermatitis: a consensus[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007, 34(1): 45-54, 55-56.
- [3] 胡晓燕, 谢正秀, 叶倩, 吴雅文, 谭幼凤. 大便失禁的护理综述[J]. 中华护理杂志, 2002(02)
- [4] Brown D S. Perineal dermatitis: can we measure it?[J]. Ostomy Wound Manage, 1993, 39(7): 28-30, 31.
- [5] Borchert K, Bliss D Z, Savik K, et al. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010, 37(5): 527-535.