



气囊助产在产程中的应用与临床护理体会

谢 艳 彭艳娇 (岳阳市第二人民医院产科 湖南岳阳 414000)

摘要：目的 本文就气囊助产在产程中的应用效果进行研究，并总结护理体会。**方法** 选取我院妇产科在2016年8月—2017年8月接收的112例产妇，采用随机数表法将其分为实验组与参照组，各56例；参照组予以常规分娩护理，实验组予以气囊助产并配合相应的护理干预，较比二组的产程时间、分娩方式、软产道损伤情况及新生儿窒息情况。**结果** 实验组的第一产程、第二产程及总产程时间均短于参照组，实验组的自然分娩率对比参照组更高，软产道损伤率对比参照组更低，均 $P<0.05$ ；两组的第三产程时间、新生儿窒息率比较无差异， $P>0.05$ 。**结论** 在产妇分娩时采用气囊助产并配合相应的护理干预，对缩短产程时间、提高自然分娩率均有积极作用，还可减少软产道损伤情况，利于产后康复，故该护理模式可在妇产科中大力推广。

关键词：气囊助产 自然分娩 软产道损伤 新生儿窒息

中图分类号：R473.71 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)20-357-02

经阴道分娩是一种自然又符合生理过程的分娩方式，经阴道分娩的新生儿能够更好的适应外界环境，产妇产后也可以迅速康复，对母婴均有益^[1]。气囊助产在分娩中较为常用，是一种安全、有效、便捷的助产方式，能够有效减轻分娩疼痛。为研究气囊助产在促进自然分娩中的应用价值，对我科近一年接收的部分产妇实施气囊助产并配合相应的护理干预，产妇及家属对其应用效果均较为满意。

1 基线资料及方法

1.1 基线资料数据

此次研究对象均为我院妇产科在2016年8月—2017年8月接收的产妇，共计112例，经B超检查显示为单胎头位；所有产妇均无产前出血情况，Bishop评分在6分及以上。采用随机数表法将其分为实验组与参照组，各56例。实验组产妇的年龄集中在22—34岁之间，平均 (27.2 ± 3.5) 岁；孕周在36—41周之间不等。参照组产妇的年龄集中在22—33岁之间，平均 (27.6 ± 3.3) 岁；孕周在37—41周之间不等。两组产妇的资料数据对比， $P>0.05$ ，无统计学意义。

排除标准：将有妊娠合并症者、心肺肝肾功能不全者、产道异常或畸形者、明显头盆不正者予以排除。所有产妇及其家属均自愿参与研究，并已签署知情同意书。

1.2 方法

参照组产妇予以常规分娩护理；实验组产妇则予以气囊助产并配合相应的护理干预，如下：

健康教育与心理疏导：分娩前，由护理人员为产妇讲解气囊助产的目的、优势及相关注意事项，对产妇及家属所提出的问题做好耐心解答。如果产妇存在焦虑、恐惧等情绪或心理，护理人员要耐心与其交流，做好心理疏导工作，使产妇放松心情，积极配合分娩，等待宝宝到来^[2]。

气囊置入与体位干预：当产妇宫口开至3—4cm时，为其进行导尿将膀胱排空，协助产妇取膀胱截石位，使用碘伏棉球对会阴部位进行消毒。铺好无菌孔巾，放置扩阴器将宫颈充分暴露，利用宫颈钳将宫颈前唇固定住，将气囊置入其中，并把全自动仿生助产仪连接好。将产妇臀部适当抬高，抬高角度以 10° — 15° 为宜，抬高尾骨可以防止气囊滑出，也可避免破膜后流出大量羊水，这样易引起隐性脐带脱垂^[3]。待产妇经历过3—4次的宫缩后，可将其臀部恢复至水平位，有助于阴道扩张及抬头下降。待宫口开至6cm时，头先露，将气囊直径设置为5cm，对阴道上段进行2次扩张，当宫缩有效时，将气囊直径维持在5—7cm，保持时间为3—5min。扩张阴道下段进行2—3次扩张，气囊直径设置为6cm，保持时间为3—5min。如果产妇的宫颈达到6cm时，胎膜未破，则可在宫缩间歇期予以人工破膜操作。

产程观察及胎心监测：气囊助产会使产程加速，因此要将分娩所用物品、器械提前准备好，防止急产。在分娩过程中，要对产妇体征、胎心进行密切监测，并遵照医嘱合理使用缩宫素。如果出现屏气、腹胀等异常现象，要及时告诉主治医师。密切关注产妇的羊水流量与颜

色，并予以详细记录。在胎儿娩出后，要及时为其清理口腔，以免发生新生儿窒息情况^[4]。

1.3 评价指标

对比两组产妇的第一产程、第二产程、第三产程及总产程时间；统计并对比两组产妇的自然分娩率、软产道损伤率以及新生儿窒息率。

1.4 统计学方法

整理研究数据，核对无误后输入统计学软件SPSS22.0进行统计、检验，计量资料的比较结果行t值检验，表现形式为 $(\bar{x} \pm s)$ ；计数资料的比较结果行 χ^2 值检验，表现形式为 $(n, \%)$ ；以 $P<0.05$ 为组间比较差异显著的检验标准。

2 研究结果

2.1 两组产妇的产程时间对比

实验组产妇的第一产程、第二产程及总产程时间均短于参照组，组间比较 $P<0.05$ ；两组的第三产程时间比较无差异， $P>0.05$ ；见表1。

表1：两组产妇的产程时间对比 $(\bar{x} \pm s, \text{min})$

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程时间
实验组	56	$352.6 \pm 115.6^*$	$25.6 \pm 4.9^*$	8.8 ± 1.9	$387.0 \pm 122.4^*$
参照组	56	465.8 ± 144.1	43.2 ± 6.1	9.4 ± 2.0	518.4 ± 152.2

注：*表示与参照组对比 $P<0.05$ 。

2.2 两组的自然分娩率、软产道损伤率及新生儿窒息率对比

实验组的自然分娩率显著高于参照组，实验组的软产道损伤率对比参照组更低，经统计 $P<0.05$ ；两组的新生儿窒息率比较无差异， $P>0.05$ ；见表2。

表2：两组的自然分娩率、软产道损伤率及新生儿窒息率对比 $(n, \%)$

组别	例数	自然分娩率	软产道损伤率	新生儿窒息率
实验组	56	82.14% (46/56)*	14.29% (8/56)*	3.57% (2/56)*
参照组	56	62.5% (35/56)	35.71% (20/56)	1.79% (1/56)

注：*表示与参照组对比 $P<0.05$ 。

3 护理体会

近年来，国内的剖宫产率在逐渐上升，临床中为提高自然分娩率，常为产妇实施一些助产方式与护理干预，以促进自然分娩。其中气囊仿生助产护理是较为常用的一种手段，可以帮助松弛宫颈组织与软化宫颈，促使子宫收缩，增加产力，进而确保产妇安全、顺利分娩^[5-6]。以往产科医护人员对分娩进程与时间难以预测、计划，而气囊助产可以有效加速产程，能够改变这一被动状态，以便对产妇分娩、症状等进行有效控制，也大大降低了产妇的分娩风险。此次研究中，对112例产妇进行分组研究，参照组予以常规分娩护理，实验组予以气囊助产并配合相应的护理干预，对比结果显示：实验组的第一产程、第二产程及总产程时间均短于参照组，实验组的自然分娩率对比参照组更高，软产道损伤率对比参照组更低，均 $P<0.05$ ；这一结果也充分体现了气囊仿生助产在促进自然分娩中的应用价值。

(下转第361页)



3 讨论

由送入手术室直至回病房,微创经皮肾镜碎石取石术治疗患者需接受四种体位,包括①麻醉侧卧位,②膀胱截石位,③俯卧位,④仰卧位。但是由于患者的年龄不同、性别差异、体质重量以及耐受性不同,且体位摆放较为复杂,容易导致患者出现程度不同的体位不适感,影响手术效果^[3]。

本次研究工作中,通过给予研究组应用个性化舒适体位护理,从研究结果可知,研究组患者的手术相关指标均优于采用常规护理的对照组,且治疗效果及护理满意度优于常规护理的对照组。手术前,护理人员给予患者详细讲解体位重要性以及手术过程,并给予患者针对性的指导体位训练,对患者的疑惑给予充分解答,使患者对手术过程及体位摆放的必要性清楚了解并提高依从性、配合性^[4]。在手术过程中将垫枕置于患者肢体关节处以有效缓解不适感,同时有利于碎结石冲出;手术后护理人员定时巡视,并结合术后实际情况以及有无不适感等情况给予针对性的调整^[5]。

(上接第355页)

是96.42%、7.14%、100.00%,显著性更佳。

综上,给予子宫瘢痕妊娠患者健康教育可获得较为理想的护理效果,可显著性改善患者护理依从性、护理满意度,可显著性降低患者并发症发生率且值得临床推荐。

参考文献

- [1] 杨金玲.健康教育在子宫瘢痕妊娠患者护理中的效果分析[J].蛇志,2016,28(3):328-329.
- [2] 陈香娣.子宫瘢痕妊娠患者介入治疗的护理体会[J].医学信

(上接第356页)

造成高度不足,水压太低,手术视野不清晰,进而延长手术时间,增加出血量。为防止硬膜外腔和神经根受温度刺激,冲洗盐水用恒温箱加温到38℃,为患者做好保暖。(5)随着骨化黄韧带带的去除,椎管的扩大,神经的压迫解除,患者的症状应当有所缓解。术中医护人员应该主动询问患者双下肢感觉、运动变化,肌力变化,和术前进行对比。判断病情的改善情况。医生在减压时动作要轻柔以免发生脑脊液漏,射颈彻底止血。

(上接第357页)

综上所述,在产妇分娩时采用气囊助产并配合相应的护理干预,可有效缩短产程时间、提高自然分娩率,还可减少软产道损伤,值得推广。

参考文献

- [1] 刘久蓉.气囊助产在产程中的临床应用及护理[J].蚌埠医学院学报,2015(5):684-686.
- [2] 李彩虹,李小会.气囊仿生助产护理在促进初产妇自然分娩中的应用效果分析[J].国际护理学杂志,2014(5):1056-1058.

(上接第359页)

- [8] 乐杰.妇产科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:123-125
- [9] 单珊珊,吴娜,厉跃红.助产士主导照护模式发展现状及展望[J].护理学杂志,2013,22(1):95.
- [10] 亚红.会阴侧切术切口感染危险因素的病例对照研究及预防对策[J].现代预防医学,2011,38(3):480-481.
- [11] 陈众,陆雯,汤月芬,等.心理健康教育对孕期焦虑抑郁及产后抑郁的影响[J].上海医学,2007,30(12):909.
- [12] 朱丽辉,刘杏仙,张君红,等.分娩相关会阴疼痛和损伤的

综上所述,个性化舒适体位护理在微创经皮肾镜碎石取石术治疗患者应用效果显著,可以有助于提高手术治疗效果,提高护理满意率、结石清除率以及术后舒适度,值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] 李友芳,张培,刘莹等.微创经皮肾镜碎石取石术个性化舒适体位护理的应用[J].中国临床研究,2017,30(2):275-278.
- [2] 蒙小琴,许思怡,张雪萍等.微创经皮肾镜钦激光碎石术后肾周出血18例原因分析及护理[J].重庆医学,2017,46(4):566-567.
- [3] 徐剑,万里军,程李健等.经皮肾镜钦激光及超声碎石术治疗肾结石的护理[J].中国基层医药,2016,23(6):956-957,958.
- [4] 林燕平,邱金花,林宁等.经皮肾镜钦激光碎石术后患者的快速康复外科护理[J].国际护理学杂志,2015,(17):2437-2439.
- [5] 刘玖玲.42例复杂性肾结石行经皮肾镜钦激光碎石术的护理体会[J].医学新知杂志,2017,27(3):311-312.

息,2015(24):149-149.

- [3] 周成慈,赵文芳.个性化持续健康教育对子宫瘢痕妊娠患者健康行为依从性的影响[J].中国保健营养,2016,26(8):301-302.
- [4] 王晓莉.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠病例的护理分析[J].北方药学,2014(6):178-178,179.
- [5] 吴芳.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的护理措施分析[J].数理医学杂志,2015(12):1878-1878,1879.
- [6] 陈香娣.子宫瘢痕妊娠患者介入治疗的护理体会[J].母婴世界,2016(18):137.

参考文献

- [1] 陈仲强,党耕町,刘尧光,等.胸椎黄韧带骨化症的治疗方法选择[J].中华骨科杂志,1999,19(4):197
- [2] 黄长安,李军,袁文旗,等.单节段胸椎黄韧带骨化症患者应用改良“揭盖式”胸椎手术的治疗效果[J].中国临床保健志,2015,12(6):649-651.
- [3] 马永刚,刘世清,卫爱林,等.胸椎黄韧带骨化症手术方式的探讨[J].中国矫形外科杂志,2010,18(9):784-787.

- [3] 黄莉,周斌,李卉等.气囊仿生助产联合全产程分娩镇痛在产程中的应用观察[J].中国医师杂志,2015,17(11):1707-1709.
- [4] 廖玲,廖东林,李慧龄等.骨盆摇摆配合气囊仿生助产在头位难产中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2015(31):2345-2349.
- [5] 陈步云,李佳梅,邹文霞等.第3产程使用多功能气囊腹压带助产仪预防产后出血的效果观察[J].护理学报,2015(11):57-58.
- [6] 余林玲,何燕.气囊助产在产妇产道分娩中的效果评价[J].护士进修杂志,2017,32(2):134-136.

系统化管理[J].护理学杂志,2012,27(20):46-48.

- [13] Cheung NF, Mande RR, Wang X, et al. Views of Chinese women and health professionals about midwife-led care in China[J]. Midwifery, 2011, 27(6):842-847.
- [14] Cheung NF, Mande RR, Wang X, et al. Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study[J]. Midwifery, 2011, 27(5):582-587.
- [15] 何小华,黄柳红,李馨.助产士门诊对提高自然分娩率的影响[J].当代护士,2011,(12):47-48.