

• 综合医学 •

改良 McRobert 体位在胎儿脐带绕颈产妇第二产程中的应用

堵文锐¹ 万晶晶²

1 安徽省妇幼保健院产房 安徽合肥 230001 2 安徽省妇幼保健院危急重产科 安徽合肥 230001

【摘要】目的 研究探讨改良 McRobert 体位在胎儿脐带绕颈产妇第二产程中的应用。**方法** 选取 2017 年 3 月至 2019 年 2 月我院待产的 90 例脐带绕颈产妇为研究对象, 随机分为观察组与对照组, 对照组第二产程行常规体位分娩, 观察组第二产程行改良 McRobert 体位, 对两组产妇生产指标进行对比分析。**结果** 观察组第二、第三产程时间明显短于对照组 ($P < 0.05$); 观察组产妇产后出血发生率、新生儿窒息发生率均低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组产妇剖宫产率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 改良 McRobert 体位在胎儿脐带绕颈产妇第二产程中的应用可有效缩短产程, 增加阴道分娩率, 减少产后出血的发生率及新生儿窒息率, 安全有效。

【关键词】 改良 McRobert 体位; 胎儿脐带绕颈; 第二产程; 应用**【中图分类号】** R473.71**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 03-186-02

脐带绕颈是由于脐带缠绕在胎儿的颈部, 随着超声的不断发展, 在脐带绕颈诊断越来越准确方便^[1], 脐带绕颈可以在怀孕期间的任何时候发生, 有时在怀孕后期可能发生变化。第二产程是胎儿分娩期中较为重要时期, 初产妇一般经历 1-2 小时, 这是正常分娩的关键时期, 在此期间, 产妇产宫收缩加剧, 疼痛加剧, 如果分娩不顺利, 可能出现第二产程延长、产妇昏迷等问题, 导致胎儿窘迫、新生儿窒息, 严重威胁产妇和新生儿的生命健康^[2]。因此, 尽可能缩短第二产程的分娩时间, 保证第二产程的安全, 减轻产妇的痛苦, 提高产妇的分娩舒适度已成为国内外医护共同关注的焦点^[3]。由于脐带绕颈的发生, 胎儿窘迫和新生儿窒息的风险会大大的增加。然而, 大多数学者认为, 单纯性脐带绕颈不能作为简单的剖宫产指征, 应结合各种指标对分娩方式进行综合诊断, 为改善胎儿缺氧状况, 减少脐带绕颈阴道分娩时胎儿窘迫的发生, 我院对脐带绕颈产妇的第二产程应用 McRobert 体位, 配合体位护理, 取得了明显的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月至 2019 年 2 月我院待产的 90 例脐带绕颈产妇为研究对象, 随机分为观察组与对照组均 45 例, 年龄 21 ~ 34 岁, 平均年龄 (25.1 ± 3.9) 岁。孕周 37 ~ 42 周平均 (39.1 ± 0.5) 周, 所有产妇在产前均诊断脐带绕颈, 排除妊娠合并症及头盆不称, 两组产妇一般资料比较无差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

①对照组第二产程采用传统的常规体位进行分娩。具体手术方法如下: 孕妇仰卧, 双腿放在腿架上, 臀部移到床边, 最大限度地暴露手术部位, 助产士在子宫收缩时引导其努力。②观察组第二产程采用改良的 McRobert 体位, 指导产妇感受宫缩的频率, 掌握宫缩的规律。当子宫收缩时, 将产妇放置夸张的取石位, 即双脚踩在支架前支撑大腿, 使髋部弯曲, 这样有利于双腿能充分挤压腹部, 双手紧紧牵拉床边扶手有利于屏气用力。间歇性宫缩, 使产妇体位保持不变, 迅速用脚踏式电动开关调整产妇臀部的角度 $15^\circ \sim 30^\circ$, 保持头低臀高 5 ~ 10s。当子宫收缩再次来临时, 助产士将产床放平, 帮助产妇将双腿伸直回到支架上, 使产妇能舒适地休息。在第二产程中宫缩和宫缩间歇期按此方法交替进行, 直到胎儿

分娩。

1.3 观察指标

对比分析两组产妇第二、第三产程时间、产后出血、新生儿窒息及剖宫产率等情况。

1.4 统计学处理

应用 SPSS18.0 统计学软件, 计数资料用百分比 (%) 表示, 配对 χ^2 检验分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇第二、第三产程时间比较

通过对比分析, 观察组产妇的第二、第三产程时间均短于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组产妇第二、第三产程时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	第二产程	第三产程
观察组	45	29.14 ± 11.06	11.26 ± 3.27
对照组	45	43.58 ± 15.43	28.15 ± 3.94
t		5.0630	21.9224
P		<0.05	<0.05

2.2 产后出血及新生儿窒息比较

通过对比发现, 观察组产妇的产后出血发生率及新生儿窒息发生率明显低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组产妇产后出血率及新生儿窒息率比较 [n (%)]

组别	例数	产后出血	新生儿窒息
观察组	45	1 (2.22)	2 (4.44)
对照组	45	8 (17.78)	9 (20.0)
χ^2		4.4444	5.0748
P		<0.05	<0.05

2.3 两组产妇剖宫产率比较

观察组产妇剖宫产率为 8.89% (4 例), 对照组产妇剖宫产率为 24.44% (11 例), 观察组产妇剖宫产率明显低于对照组, $\chi^2 = 3.9200$, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

随着孕周的增长, 胎儿在母体内的活动增加, 发生脐带可能性增加。特别是羊水过多的胎儿, 容易导致脐带绕颈。在分娩过程中, 第二产程是分娩过程中最重要的一步。既往

(下转第 189 页)

比 97.67%；对照组患者中，问卷得分超过 5 分共 248 例，占比 82.67%。两组相比，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$, $\chi^2 = 22.835$)。观察组药剂师 ($n=10$) 知识掌握水平较高，平均得分为 (92.5 ± 4.7) 分，对照组为 (86.3 ± 4.2) 分，两组相比，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$, $t = 8.557$)。

3 讨论

静配中心在治疗系统中具有不可替代的作用，直接影响患者治疗效果。此前学者研究发现，各类静配中心的药学管理工作并非全无问题，约 2%-4% 的处方不合理，包括药物选取不当、使用剂量过大过小等^[1]。我院回顾性分析结果与此相似，300 例处方中，存在问题共 11 例，占比 3.67%。也有学者分析发现，加强静配中心管理工作，可以降低处方问题发生率，使其达到 1% 以下的低水平^[2]。另有学者指出，流程管理的规范化可降低静配中心药学管理问题，也能提升患者满意度，患者满意度多可达到 90% 以上^[3]。

同样以管理为视角，有学者针对 PDCA 模式的价值进行分析，结果表明，静配中心的问题发生率可逐步下降^[4]。就审方工作的强化而言，相关学者发现审方质量改善后，药剂师的知识水平可提升 10% 左右，静配中心管理质量也得以提升^[5]。我院研究中，以审方为重点的管理方法使观察组处方问题发生率降低为 0.67%，患者满意度达到 97.67%，药剂师的知识掌握水平得分则达到 (92.5 ± 4.7)。

具体方式上，标准拟定、人员培训、电子处方制度、流动检查共同提升了静配中心审方能力。标准拟定为实际工作搭配了开展框架，使所有审方工作快速实现规范化，审核行为也有据可依。人员培训则强调提升静配中心药剂师的工作

能力，使其获取与新标准对应的审方意识、技术水平，多元化的培训方式则提升了培训的实际效果。电子处方制度可以提升药剂师进行自我审核的能力，也能加快审方工作的效率，利用计算机等设备快速进行处方信息的传递，保证审核工作高效率进行。流动检查则是 PDCA 制度的精简化，重视了解问题、分析问题、解决问题，且带有一定的长期性，有助于使各类弊端得到直接处理，从而改善静配中心的工作质量。四项措施带有内在关联，以人员培训、电子处方制度为核心，达成了预期目标。结果上看，观察组药学管理质量提升，处方问题发生率降低至 0.67%，患者满意度达到 97.67%，药剂师的知识掌握水平得分则达到 (92.5 ± 4.7) 分，较对照组的 3.67%、82.67% 和 (86.3 ± 4.2) 分更理想。

综上所述，以审方为重点可以提升静配中心工作水平，改善临床药学管理质量，降低各类问题发生率。

参考文献：

- [1] 罗珠河, 邓树强, 黄贞仪. 提高静配中心药物调配工作质量和效率的实践与优化 [J]. 海峡药学, 2019, 31(03):292-293.
- [2] 有曼, 何广宏, 陈洁, 等. 静配中心规范化管理对降低中药注射剂不良反应发生率的作用 [J]. 临床研究, 2019, 27(02):47-48.
- [3] 李奇. 运用流程管理预防和控制静配中心医院感染 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(23):60-61.
- [4] 黄彩玲, 蔡倩萍, 李宝瑜. PDCA 循环模式在静配中心感染管理中的应用分析 [J]. 微量元素与健康研究, 2018, 35(06):94-95.
- [5] 刘明, 林璐. 静配中心以审方为重点的临床药学初探 [J]. 航空航天医学杂志, 2017, 28(05):595-597.

(上接第 186 页)

常规体位有助于暴露，便于助产士操作，但该体位存在一些局限性，对盆腔间暴露少，骶髂关节扩大困难，胎儿头在子宫内下降困难，导致产妇体力消耗较大，容易引起子宫收缩乏力，导致产后出血的几率较大，采用仰卧位分娩时子宫压迫产妇产腔静脉，使产妇血液循环受阻，血容量减少，增加了胎儿窘迫和新生儿窒息的发生率。McRobert 体位是孕妇自然分娩常用的助产方法，具有较高的临床应用价值，通过该技术的应用可有效减少产后出血的发生率，减轻产妇分娩过程中恐惧、担心、恐惧等负面情绪，实现心理的良好调整^[4]。在脐带绕颈产妇第二产程进行改良的 McRobert 体位可有效的降低剖宫产率，促进产妇顺利分娩，降低胎儿窘迫和新生儿窒息的发生率，显著缩短第二产程，缩短整个分娩时间^[5]；在分娩过程中，给予产妇全面的护理干预，加强产妇心理护理，让产妇在分娩过程中达到心理舒适，在分娩过程中，提高产妇产后的舒适度，保障产妇和胎儿的安全。我科通过

改良 McRobert 体位在胎儿脐带绕颈分娩第二产程中的应用，可显著缩短第二产程，促进产妇顺利分娩，降低产妇剖宫产率，减少胎儿窘迫和产后出血的发生率。

参考文献：

- [1] 何小华, 陈兰英, 王淑芹, 等. 胎儿脐带绕颈产妇第二产程中应用改良 McRobert 体位的效果观察 [J]. 护理学报, 2014, 21(11):39-41.
- [2] 莫彩燕. 改良 McRobert 体位在脐带绕颈产妇第二产程中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2015, 12(9):56-57.
- [3] 陈丽. 改良 McRobert 体位在胎儿脐带绕颈产妇第二产程中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(2):82-84.
- [4] 李绪慧. McRobert 体位联合无保护会阴技术在促进自然分娩中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18):94-96.
- [5] 葛志红. 特殊体位干预对头位异常产妇分娩结局的影响 [J]. 护理研究, 2015, 29(8):2909-2910.

(上接第 187 页)

按照统一标准进行，做到以制度管人。有利于减少经验不足或做事方式方法改变而引发的操作失误，也避免因人员岗位变动而造成的操作技术流失，还能够缩短了新进人员培训期，使其能快速掌握操作技能，根据 SOP 操作，有效提高工作效率。②降低了仪器设备维修率。通过规范化的培训，不断修改完善操作流程，在仪器设备上有相应操作流程，避免因操作失误带来一系列问题。这样既维护了仪器设备性能，有效降低仪器设备的故障率、也减少了科室不必要的耗材支出。

综上所述，SOP 是消毒供应管理工作中必须遵循的科学管

理方法，应将此方法应用到工作中，通过对仪器设备的合理化、规范化、制度化、科学化的管理，使科室的仪器设备得到全面的监管、维护、保养，达到了优质、低耗、高效的目的，体现了其运用价值，从而使仪器设备的使用发挥出最大的经济效益和社会效益^[2]。

参考文献：

- [1] 陈煦. 关于党政办公室引入 SOP 的初步探讨 [J]. 办公室, 2013(08):26.
- [2] 张晓燕, 黄媛, 汪娜, 等. 手术室贵重仪器设备的安全管理及合理使用 [J]. 医药卫生科技, 2011, 32(2):119-124.