

无痛分娩术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理分析

覃秋霞 韦桂媛

河池市人民医院 广西河池 547000

【摘要】目的 研究无痛分娩术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理效果。**方法** 选择 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的 120 例胎头位置异常孕妇患者, 随机分组, 比较两组患者的护理效果。**结果** 观察组患者的各项护理效果优于对照组。**结论** 胎头位置异常孕妇通过无痛分娩术联合体位管理干预, 可有效改善护理效果, 值得推广。

【关键词】 无痛分娩术; 体位管理; 胎头位置异常; 护理效果

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 12-127-02

在引导分娩期间, 胎儿的胎头位置发生异常是导致产妇出现难产的主要原因, 根据有关统计表明^[1]: 难产产妇发生胎头位置异常的概率为 68% 左右, 胎头位置发生异常, 会使胎儿出现窘迫反应, 还会延长产程时间, 骨需要手术助产, 甚至采用剖宫产分娩, 会大大增加产后出血率以及产后感染率, 使产妇的痛苦以及经济负担大大增加^[2]。传统临床中, 一般会选择剖宫产或者阴道徒手将胎头位置进行纠正, 以便于结束妊娠, 但该方法容易使新生儿发生窒息以及产伤。随着人们生活质量的提升, 人们对于生活质量以及产期保健的要求越来越高, 产妇也自然更期望可以通过无痛分娩, 故无痛分娩成为了现代临床医学中的常用方法^[3]。在分娩期间, 采用触诊或者 B 超检查后, 可发现胎儿的胎头位置发生异常,

应对其做好硬膜外持续性阻滞镇痛处理, 并指导产妇和胎儿脊柱同侧保持侧俯卧位, 非但无法有效降低产妇在分娩期间的疼痛程度, 可保证产妇分娩更加舒服以及无痛, 缓解其紧张、恐惧等负面情绪, 可使患儿胎头位置异常情况进行有效纠正, 使产妇的自然分娩信心大大提升^[4]。本文, 作者选择 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的 120 例胎头位置异常孕妇患者, 只在你分析无痛分娩术联合体位管理的应用效果, 现做出如下阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的 120 例胎头位置异常孕妇患者, 随机分组, 两组患者的一般资料见表 1。

表 1: 两组患者的一般资料比较情况 ($\bar{x} \pm s$) [n (%)]

组别	例数	年龄段 (岁)	平均年龄 (岁)	孕周范围 (周)	平均孕周 (周)
观察组	60	22-35	30.56 ± 3.46	39-42	40.56 ± 0.33
对照组	60	22-35	30.13 ± 3.32	38-42	40.51 ± 0.26
χ^2/t	-	0.695		0.922	
P	-	0.489		0.359	

纳入标准: ①分娩前三天入院; ②单胎; ③初产妇; ④自愿参与本次研究;

排除标准: ①合并妊娠高血压、糖尿病等; ②羊水过少、前置胎盘、贫血患者; ③合并精神疾病患者; ④沟通障碍患者。

1.2 方法

两组产妇在分娩期间, 需要对患者的心率、血压、血氧饱和度进行密切监测, 并持续性监测产妇的宫缩程度。据此, 合理采用缩宫素, 并对宫口开大以及先露下降情况进行了解, 若宫口扩张三厘米以上, 还未破膜, 则需要人工破膜, 促进产程进展。

对照组采用自然分娩和徒手旋转抬头术: 患者采取截石位, 消毒外阴以及阴道, 观察患者的宫口扩张情况, 对患者的宫缩频率以及胎儿实际情况进行了解, 找到胎头的位置, 患者保持全身心放松, 宫缩间歇期间, 医护人员需要将右手食指和中指伸入患者的阴道中, 紧贴胎儿头部, 找到胎儿的囟门位置, 固定囟门, 手掌靠近胎儿背部, 宫缩时, 患者需要屏息, 此时, 缓缓旋转胎儿, 旋转头位后, 固定胎儿头部, 宫缩三次以上, 胎儿头部需要在枕前位固定, 然后观察衔接情况, 如果衔接良好, 则取出手指, 然后观察胎儿的生命体征, 保证胎儿的安全, 如果未成功, 可以作第二次旋转, 如果两次均未成功, 需要通过剖宫产分娩。

观察组采用无痛分娩术和体位管理: 等到产妇的宫口扩张两至三厘米之间, 虚做第三四腰椎间隙做腰麻-硬膜外联合阻滞镇痛麻醉, 成功穿刺后, 在患者蛛网膜下腔处注入罗

哌卡因、芬太尼, 并指导产妇保持和胎儿脊柱同侧的侧俯卧位, 保持该体位后, 产妇需要微躬腰部, 保持含胸屈膝, 同侧的大腿需要微屈贴于床, 对侧大腿需要收至和脊柱纵轴保持九十度角, 在重力、羊水浮力以及子宫收缩力的作用下, 保持胎位向最有力的枕前位旋转, 以最小经线适应骨盆最小平面, 进而将产程时间明显缩短; 然后保持上半身倾斜三十度, 可保证子宫收缩力、腹肌、膈肌、盆底肌和着力点保持一致, 可使胎头向下、向外的推力大大增加, 促进胎头娩出, 减少产程时间。

1.3 观察指标

比较两组患者的分娩方式 (剖宫产率、阴道分娩率、阴道助产率); 产后 2h、24h 的出血量; 入院时和分娩后的焦虑评分、抑郁评分; 第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间; 护理满意度。

1.4 统计学处理

均数 + 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 用来表示计量资料, 通过计算 t 值进行验算, 率 (%) 用来表示计数资料, 通过计算 χ^2 进行验算。

2 结果

2.1 两组患者的分娩方式比较情况

观察组患者的阴道分娩率高于对照组, 剖宫产率和阴道助产率低于对照组 ($P < 0.05$); 见表 2;

2.2 两组患者产后 2h、24h 的出血量比较情况

观察组患者产后 2h、24h 的出血量少于对照组患者 ($P < 0.05$), 见表 3:

表 2: 两组患者的分娩结局比较情况 [n (%)]

组别	例数	剖宫产	阴道助产	自然分娩	自然分娩率
观察组	60	3	1	56	56 (93.3)
对照组	60	7	13	40	40 (66.7)
χ^2	-	-	-	-	13.333
P	-	-	-	-	0.000

表 3: 两组患者产后 2h、24h 的出血量比较情况 ($\bar{x} \pm s$) (ml)

组别	例数	产后 2h	产后 24h
观察组	60	127.63 $\pm$ 12.33	152.30 $\pm$ 12.31
对照组	60	198.67 $\pm$ 13.27	251.26 $\pm$ 10.67
t	-	30.378	47.054
P	-	0.000	0.000

2.3 两组患者入院时和分娩后的焦虑评分、抑郁评分比较情况

入院时, 两组患者的焦虑评分、抑郁评分比较 ($P > 0.05$); 分娩后, 观察组患者的焦虑评分、抑郁评分低于对照组患者 ($P < 0.05$), 见表 4;

2.4 两组患者的产程时间比较情况

观察组患者的第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间少于对照组患者 ($P < 0.05$), 见表 5;

表 5: 两组患者的产程时间比较情况 ($\bar{x} \pm s$) (h)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
观察组	60	6.23 $\pm$ 1.01	1.08 $\pm$ 0.03	0.22 $\pm$ 0.02
对照组	60	9.87 $\pm$ 1.34	1.99 $\pm$ 0.08	0.95 $\pm$ 0.03
t	-	16.803	82.500	156.829
P	-	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者的护理满意度比较情况

观察组患者的护理满意度高于对照组患者 ($P < 0.05$), 见表 6。

表 6: 两组患者的临床护理满意度比较情况 [n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
观察组	60	31	27	2	58 (96.7)
对照组	60	16	26	18	42 (70.0)
χ^2	-	-	-	-	15.360
P	-	-	-	-	0.000

3 讨论

胎位有三种, 分别为: 头位、臀位、横位, 横位与臀位的分娩危险性高, 顺产难度大, 可能会损伤患者的产道, 同时还会影响胎儿身体, 所以, 剖宫产对于横位和臀位产妇来说, 是分娩首选^[5]。而头位难产, 如果没有及时处理, 随着产程的延长, 患者就会发生焦躁不安、宫缩乏力等情况, 影响母婴结局, 所以, 有效纠正胎儿头位是十分重要的。若处理不当, 则会严重威胁母婴身体健康, 甚至会导致母婴之间只可存活一个的情况^[6]。通过改变产妇的体位, 进而使胎位异常进行纠正, 其有效性已经得到认可^[7]。

硬膜外持续性阻滞镇痛应用在分娩期间, 麻醉药物的用量较低, 可得到稳定的效果、轻微的运动神经阻断效果, 提升镇

痛时间, 对副交感神经产生有效抑制^[8], 降低不良反应的发生率, 从而缓解分娩疼痛程度, 减少产程时间, 提升产妇的运动能力。在胎儿异常分娩期间, 采用体位管理和无痛分娩术进行分娩^[9], 其优势包括以下几点: ①通过无痛分娩术进行分娩, 可有效缓解患者的宫缩疼痛程度, 增加其体位管理依从性, 将胎位异常的纠正有效率大大提升^[10]; ②在松弛产妇盆底肌肉之后, 并配合宫缩, 可加快宫口的扩张速度, 可以降低胎儿在旋转以及下降期间的阻力, 减少产程时间, 降低疼痛^[11]; ③无痛分娩术可使产妇疼痛程度降低, 促进稳定产妇的情绪, 防止因产痛剧烈, 导致产妇出现不协调的子宫收缩, 使母体耗氧量大大降低, 避免新生儿发生窘迫, 促进产程顺利进展, 减轻疼痛, 使产妇自然分娩信心大大提升^[12]。在分娩过程中, 若胎儿存在生命危险, 在剖宫产后, 可通过留置导管给药, 使麻醉深度以及范围得以纠正, 及时性以及安全性高^[13]。本次研究结果表明: 观察组患者的各项护理指标均优于对照组。

综上所述, 无痛分娩术和体位管理的应用, 可有效纠正胎头位置异常情况, 明显提升产妇的分娩质量, 减少产程时间, 应用价值高, 值得推广。

参考文献

- [1] 热孜婉古丽·阿卜杜艾尼, 阿瓦姑力吾布力. 无痛分娩术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理分析[J]. 中国保健营养, 2019, 029(025):218-219.
- [2] 庞建红, 杨月仙, 陈丽颜. 无痛分娩术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理研究[J]. 临床护理杂志, 2015(02):10-12.
- [3] 姚荣霞, 邢玉凤. 无痛分娩术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理研究[J]. 母婴世界, 2020, 000(025):14.
- [4] 石丹. 徒手旋转胎头术对枕横位和枕后位难产的治疗效果观察[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(09):116-117.
- [5] 兰广珠. 无痛分娩术联合体位管理纠正胎头枕位异常的护理研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017(42):107-108.
- [6] 彭菁, 何曦. 无痛分娩手术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理研究[J]. 当代医学, 2017, 23(15):149-151.
- [7] 李爱芳. 观察足月妊娠初产妇实施无痛分娩联合体位护理对其产程及母婴结局的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(A1):93-96.
- [8] 卢川川. 无痛分娩手术联合体位管理纠正胎头位置异常的护理研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018(99):108-109.
- [9] 肖爱兰, 杨远红. 无痛分娩术联合体位管理对产程进展的影响研究[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(29):4020-4021.
- [10] 李慧琴. 无痛分娩术联合体位管理对产程进展影响临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(21):141-143.
- [11] 高扬. 体位护理联合导乐仪应用于胎头位置异常产妇无痛分娩的作用[J]. 中国医药指南, 2020, 18(28):156-157.
- [12] 邓晓华, 张静, 李蕊珊等. 徒手旋转胎头术对枕横位和枕后位难产的效果[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(10):34-36.
- [13] 涂利娟, 林蕴华, 沈惠玲, 等. 体位管理配合优质护理对无痛分娩产妇母婴结局的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(5):121-123.

表 4: 两组患者入院时和分娩后的焦虑评分、抑郁评分比较情况 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		入院时	分娩后	入院时	分娩后
观察组	60	59.40 $\pm$ 1.28	30.18 $\pm$ 1.19	58.38 $\pm$ 2.33	32.01 $\pm$ 2.01
对照组	60	59.37 $\pm$ 1.23	41.37 $\pm$ 1.34	58.34 $\pm$ 2.34	40.27 $\pm$ 1.04
t	-	0.131	48.366	0.094	28.271
P	-	0.896	0.000	0.925	0.000