

人本位整体护理在剖宫产产妇中的应用探讨

潘燕玲, 曾红萍

(广西马山县妇幼保健院, 广西 马山 530600 E-mail: yanlingpanms@126.com)

摘要:目的 探讨人本位整体护理在剖宫产产妇中的应用效果。方法 随机抽取2013年10月~2014年3月的321例剖宫产产妇按随机数字法分成研究组163例和对照组158例。对照组实行常规护理,研究组在常规护理的基础上给予人本位整体护理。对比两组产妇术后下床活动时间、术后进食时间、切口疼痛情况以及产妇对护理工作的满意度。结果 研究组术后下床活动时间为(23.57±3.79)h,对照组为(26.46±4.88)h,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$);研究组术后进食时间为(5.52±1.06)h,对照组为(6.71±1.22)h,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$);研究组切口疼痛得分为(3.21±1.08)分,对照组为(5.63±1.19)分,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$);研究组对护理工作的满意度得分为(95.72±6.81)分,对照组为(88.53±7.02)分,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 对剖宫产产妇实施人本位整体护理可有效地促进产妇产后的恢复,并减少并发症以及提升护理工作的质量。

关键词: 人本位整体护理;剖宫产术;进食;下床活动;切口疼痛

中图分类号: R47 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)05-0806-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.069

剖宫产是目前解决难产和抢救母婴生命常用的、较为有效的措施^[1-2]。随着近年来剖宫产产妇比例的增长^[3],术后产妇的恢复和切口疼痛也成为护理工作的重点内容。我们将人本位整体护理应用到剖宫产产妇中,获得了较满意的护理效果,有关情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取2013年10月~2014年3月的321例剖宫产产妇按随机数字法分成研究组163例和对照组158例。研究组产妇年龄21~35岁,平均(27.46±6.88)岁;孕周37~39周,平均(37.51±4.89)周;初产妇112例,经产妇51例;产妇BMI 16~23 kg/m²,平均(21.05±3.09) kg/m²;新生儿体重2.4~4.3 kg,平均(3.14±1.02) kg。对照组产妇年龄20~36岁,平均(28.13±6.97)岁;孕周37~40周,平均(37.69±5.34)周;初产妇110例,经产妇48例;产妇BMI 15~24 kg/m²,平均(21.12±4.18) kg/m²;新生儿体重2.5~4.2 kg,平均(3.18±1.09) kg。所有产妇的麻醉方式均为腰硬联合麻醉,两组在年龄、孕周等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组实行常规护理;术后严密查看产妇切口、阴道出血情况、子宫收缩情况;做好生命体征的监测;严格执行无菌操作及遵医嘱用药;对患者进行饮食指导,嘱产妇肛门排气后方可进食;做好尿管的护理,按时拔除;指导产妇下床活动等。研究组在常规护理(同对照组)的基础上实行人本位护理:①环境护理:为产妇缔造舒适的休息环境,轻开门、轻关门、轻说话、轻走路;在不影响病情的情况下将护理操作尽量集中在一个时段;合理的安排探视时间,使产妇和新生儿得到合理的休息,防止产妇疲劳的发生;在进行会阴护理及其他隐私操作时动作轻柔,态度谨慎,并注意保护产妇的隐私。②饮食及活动的护理:责任护士每天查看腹部切口敷料情况,术后12 h内需按压宫底;查看子宫、阴道流血情况、各种引流管是否通畅等;8 h内听肠鸣音,并给予评估和指导。肠鸣音的评估做法:术后3 h听肠鸣音,当达到3~5个/分钟时,则提示肠鸣音恢复。此时指导患者喝第一口水;间隔30 min~1 h时再次进行听诊,肠鸣音维持3~5个/分钟且患者无腹胀、恶心、呕吐等异常感受时,再次指导产妇喝水,尽量比第一次多喝;再次间隔30 min~1 h时听诊,肠鸣音维持3~5个/分钟且患者无腹胀、恶心、呕吐等异常感受时,指导产妇喝汤。③术后下床活动的护理 询问主刀医生产妇术中情况,了解起床活动时有何危险及可能出现的情况;并对产妇情况进行全面的评估,评估内容包括上肢力量、腰部力量、腿部力量;后为产妇测量血压,在血压正常的情况下扶产妇起坐几分钟;在产妇坐起后查看监护仪;监护仪无异常情况向产妇讲解术后活动的益处,并进行安慰,

以减轻产妇恐惧、焦虑心理;后在护理人员的协助下,产妇下床活动,第一次下床时主治医生在旁查看。

1.3 观察指标及判定标准 观察指标为产妇术后首次下床活动时间、首次进食时间、切口疼痛情况及产妇对护理工作的满意度。切口疼痛情况采用视觉模拟评分法(VAS)^[4]于术后24 h进行判定,分值范围0~10分,得分越高疼痛越严重。满意度采用自制问卷在患者出院当日进行调查,分值范围0~100分,得分越高,满意度越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,差异性比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

研究组术后下床活动时间和进食时间较对照组早($P < 0.01$);研究组切口疼痛较对照组轻($P < 0.01$);研究组满意度得分较对照组高($P < 0.01$),见表1。

表1 两组术后下床活动时间、进食时间、切口疼痛及满意度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	下床活动时间(h)	进食时间(h)	切口疼痛(分)	满意度(分)
研究组	163	23.57±3.79	5.52±1.06	3.21±1.08	95.72±6.81
对照组	158	26.46±4.88	6.71±1.22	5.63±1.19	88.53±7.02
<i>t</i>		5.936	9.337	19.090	9.315
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

剖宫产手术作为终止妊娠的一种常用手段,多数孕妇均存在一定的恐惧、焦虑心理,而不良心理也可能增加手术和麻醉的风险^[5-6]。随着医疗模式的不断改善,护理工作内容和精神也不断进步,从单纯的执行医嘱转变为集中生理、心理和生活等多个内容,并主张在治疗和护理的同时要以患者的感受为主导,心贴心地为患者服务。人本位整体护理将“人本位”思想融于整体护理中,要求将人作为社会的中心和主体,并“以人为本”,而不是把人当作机器一样运作^[7-8]。其是一种很人性化的护理服务,在日常护理中要求尽量满足患者的要求,尽量辅助患者健康,尽量教导陪护应该做的事情。妊娠本就是一特殊时期,剖宫产产妇术后切口疼痛,同时进食也较晚,产妇术后恢复较慢。同时剖宫产产妇心理上也更为脆弱,妊娠导致其的心理、生理反应变得更为敏感,及时轻微的刺激也可引起其情绪的严重波动,此时,若护理方式有不恰当的地方都可导致产妇的不满,使护理质量受影响。我们将人本位整体护理应用到剖

宫产产妇中,在执行常规护理操作的同时高度关注产妇,以减少不确定性,最大限度地满足产妇在恢复过程中情感、心理、功能等方面的个性化需求,并最大限度地缓解生理和身体的改变,确保整体护理真正落实到每位产妇中。同时人本位整体护理的实施让护理人员根据产妇的恢复情况指导其进食、下地活动,且首次下地要求医护联合指导,既增强了产妇对下地活动的勇气,又较好地对产妇形成了保护。与实行常规护理的产妇进行比较,实行人本位整体护理的产妇产后进食和下床活动都更早,且切口疼痛也更轻,对护理工作的满意度也更高。因此,人本位整体护理是针对剖宫产产妇较为实用的一种护理方式,值得推广。

参考文献:

[1] 何兰芳. 优质护理理念下护理干预措施对剖宫产术后产妇排尿功能的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(8): 1730-1731.

- [2] 吴丽丽. 腰麻-硬膜外联合麻醉在急诊剖宫产术中的应用(附110例报告)[J]. 右江民族医学院学报, 2009, 31(4): 649-651.
- [3] 马秀莲. 早期干预对剖宫产术中出血的影响[J]. 右江民族医学院学报, 2012, 34(3): 332-333.
- [4] 范艳梅. 优质护理在剖宫产术疼痛护理中的应用[J]. 健康之路, 2013, 12(2): 175-176.
- [5] 王燕, 杜维卫, 刘扬. 基层医院184例剖宫产手术优质护理服务体会[J]. 护理与康复, 2011, 10(6): 526-527.
- [6] 韦雪, 韦惠, 蓝英年, 等. 腰-硬联合麻醉在剖宫产术中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2008, 30(5): 808-809.
- [7] 杨威, 贺秋莎. 人本位医疗服务模式的内涵与实践[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(3): 9-10.
- [8] 黄咏梅. 人本位思想在社区护理管理中的应用[J]. 当代护士: 专科版, 2014(3): 134-135.

收稿日期: 2014-05-14; 修回日期: 2014-05-20

产妇体位护理管理对枕后位及枕横位产妇分娩效果的影响

李艳

(广东省韶关市第一人民医院产科, 广东 韶关 512000)

摘要: **目的** 探讨分析产妇体位护理管理对枕后位及枕横位产妇分娩效果的影响。**方法** 选取我院2013年1月~2013年12月间收治的120例枕后位及枕横位且未有明显的头盆不称产妇, 随机分为观察组和对照组, 每组产妇各60例。观察组在常规护理管理的基础上给予体位护理管理, 对照组经给予常规护理管理, 观察比较两组产程时间、剖宫产率、自然分娩率。**结果** 观察组产程时间明显短于对照组, 剖宫产率明显低于对照组, 自然分娩率明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 产妇体位护理管理对枕后位及枕横位产妇分娩效果的影响较大, 可缩短产程, 降低剖宫产率, 提高自然分娩率, 值得推广应用。

关键词: 产妇体位; 护理管理; 枕后位; 枕横位; 分娩

中图分类号: R437.71

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2014)05-0807-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.070

难产发生的首要原因多为胎头位置异常, 胎头位置异常中以枕后位及枕横位在临床上较为常见, 剖宫产率较高, 如临床处理不当, 极有可能对母婴安全构成威胁^[1]。目前枕后位及枕横位在临床的发生率较高, 采取何种有效的体位护理管理措施纠正枕后位及枕横位, 对围产医学质量提高、剖宫产率降低、产科并发症降低有着重要影响^[2]。本文旨在探讨分析产妇体位护理管理对枕后位及枕横位产妇分娩效果的影响, 以期临床护理提供参考, 具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2013年1月~2013年12月间收治的120例枕后位及枕横位且未有明显的头盆不称产妇, 随机分为观察组和对照组, 每组产妇各60例。观察组产妇年龄23~39岁, 平均年龄(27.0±6.5)岁。孕周37~42周, 平均孕周(39.5±2.0)周。对照组产妇年龄24~38岁, 平均年龄(26.5±6.1)岁。孕周38~41周, 平均孕周(39.0±1.8)周。两组产妇均在第一产程进入到活跃期后, 经阴道检查及B超检查诊断为枕后位或者枕横位, 且未有明显的头盆不称。两组产妇均为单胎头位的初产妇, 骨盆外测量均正常, 未有产科合并症、并发症。两组产妇在数量、年龄、孕周等一般资料方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 观察组在常规护理管理的基础上给予体位护理管理, 常规护理管理: 向产妇讲解体位管理使胎方位矫正的原理, 并及时告知产程的进展情况, 缓解产妇的紧张、恐惧心理, 争取

产妇的配合。产时鼓励其进食、饮水, 并进行1次常规的清洁灌肠, 在产程中鼓励其每隔2~4h进行1次排尿。体位护理管理: 在先兆临产到宫口开全的过程中, 指导产妇取胎背对侧, 具体为身体向一侧俯卧, 自然弯曲下腿膝部, 将上腿膝部放置在离床面高为20cm的腿架上, 尽量将前胸贴近床面, 提高床面前半部30°^[3]。如属于枕左后位或者枕左横位则指导产妇取右侧侧卧位, 如属于枕右后或者枕右横位则指导产妇取左侧侧卧位。此体位持续至宫口开全或者见胎儿头发、阴裂分开、会阴膨隆^[4]。在宫口开全后, 协助产妇保持仰卧屈膝位, 将床面后半部提高10°, 在宫缩时叮嘱产妇以双手抱膝, 极度屈曲双腿的髌、膝关节, 使大腿和腹部贴近, 呈仰卧手抱膝位(双腿充分外展式), 并进行屏气来增加腹压, 做向下用力动作, 在宫缩的间歇期恢复为仰卧屈膝位, 将双脚放置在腿架上, 并进行深呼吸到下次宫缩时, 重复上述动作; 对照组经给予常规护理管理, 进行常规产时护理。

1.3 观察项目 观察比较两组产程时间、剖宫产率、自然分娩率。

1.4 统计学方法 数据结果采用SPSS 17.0统计学软件进行分析处理, 计数资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇产程时间比较 在产程时间方面比较, 观察组明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。