

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0170-03

## 产程图曲线异常 86 例观察及护理

李金芝<sup>1</sup>, 巨永<sup>2</sup>, 孙雪芹<sup>1</sup>

[摘要] 目的: 探讨产程图对观察及处理异常产程的临床指导意义。方法: 回顾性分析 86 例产程图曲线异常产妇在分娩各个阶段引起难产的因素及相应的处理措施。结果: 潜伏期异常 27 例, 活跃期异常 47 例, 胎头下降延缓或停滞 12 例。自然分娩 45 例, 手术产 41 例(阴道助产 17 例, 剖宫产 24 例); 产后 1 min Apgar 评分:  $> 3 \sim 7$  分 3 例,  $\leq 3$  分 1 例, 无孕产妇及围生儿死亡。结论: 正确使用产程图观察产程对于及早识别难产、指导临床处理、适时结束分娩及降低母婴并发症非常重要。

[关键词] 难产/治疗; 产程图; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 714.4 [文献标识码] A

用产程图观察产程进展便于产科人员了解分娩过程, 判断难产和顺产, 增强对产程的时间观念, 提高产科处理的积极性, 及时采取相应的处理措施, 减少产科并发症的发生, 使母婴安全渡过产时, 顺利分娩。本文回顾性总结 86 例产程图曲线异常产妇的观察及护理措施, 现作介绍。

## 1 临床资料

86 例产妇为 2002 年 4 月~2003 年 2 月在我院住院待产的单胎头位初产妇, 骨盆外测量无明显异常, 胎位正常, 年龄 24~35 岁, 孕周  $37^{+2} \sim 41^{+5}$  周, 临产后全部采用上海新华医院应用的交叉型产程图<sup>[1]</sup>观察产程。图中设有子宫口扩张曲线和胎头下降曲线及警戒线和处理线, 后二线之间为警戒区, 称为“二线一区”。产程图曲线异常情况: 潜伏期延长 27 例(31.4%), 活跃期延长或停滞 47 例(54.7%), 胎头下降延缓或停滞 12 例(13.9%)。分娩方式及结果: 自然分娩 45 例(52.3%), 产钳助产 17 例(19.8%), 剖宫产 24 例(27.9%); 产后 1 min Apgar 评分:  $> 3 \sim 7$  分 3 例,  $\leq 3$  分 1 例, 经转儿科抢救治疗好转, 无孕产妇及围生儿死亡。

## 2 护理

2.1 潜伏期异常的护理 一般认为潜伏期延长与胎儿大小、胎方位、头盆关系、骨盆形态、宫缩强度、全身情况及产妇精神状态有关, 其主要原因为原发性宫缩乏力。本组产妇均为初产妇, 由于对分娩知识的缺乏、分娩阵痛的恐惧及担心能否顺利分娩, 思想高度紧张及不良情绪又可促进体内儿茶酚胺的分泌, 使宫缩不协调, 增加难产机会。因此, 对于有潜伏期延长倾向的产妇, 思想过度紧张者, 除了肌肉注

射哌替啶 100 mg 使其短暂休息外, 还应做到: (1) 加强产前(时)心理教育。产妇入院后, 应让产妇了解正常妊娠分娩的生理机制以及宫缩引起的一些不适现象(如呕吐、腰骶部酸痛、小便频繁等)和应对措施。助产人员应站在产妇的角度对产妇的感受采取认同、疏导、鼓励的方法, 关心体贴产妇, 帮助产妇树立顺利分娩的信心, 消除恐惧心理, 积极配合治疗和护理。(2) 加强体力上的支持。产妇临产后, 应为其提供一个安静、舒适的待产环境, 指导产妇在宫缩间歇期全身肌肉放松, 合理休息。对于腰骶部酸痛明显者, 应由助产人员或家属帮助局部按摩, 以减少不适。鼓励产妇少量多次饮水进食, 对于进食后呕吐者给予高渗葡萄糖, 保持产妇体力。(3) 适时检查。除随时观察宫缩、听取胎心音外, 应每隔 2~4 h 肛查一次, 了解子宫口开大及胎头下降情况, 并在产程图上记录。

2.2 活跃期异常的观察及护理 活跃期延长的原因中, 50% 为头盆不称或胎头位置不正, 其次为宫缩乏力<sup>[2]</sup>。子宫口开大 3 cm 进入活跃期后, 有专人陪护, 严密观察产程进展, 发现异常应积极寻找原因, 并采取措施加以纠正, 加强护理。

2.2.1 加强宫缩 活跃期产程曲线异常的一个主要原因是继发性宫缩乏力, 在阴道检查排除相对性头盆不称的情况下, 静脉滴注缩宫素和人工破膜可加强宫缩。因胎头内旋转及下降均依赖良好的子宫收缩力, 如产力不足则难以使胎头内旋转。缩宫素个体敏感度差异极大, 静脉滴注缩宫素仍从小剂量开始循序增量, 起始剂量为 2.5 IU 缩宫素溶于 5% 葡萄糖注射液 500 ml 中, 从每分钟 8 滴即 25 mIU 开始<sup>[3]</sup>。然后根据宫缩及胎心情况按照等差或等比方法每隔 15~20 min 调节滴数直至有效宫缩。宫缩间歇期行人工破膜亦可加强宫缩, 促进胎头下降。静滴缩宫素过程中, 应专人守护, 观察宫缩强弱及缩宫素滴数, 防止输液管受压、扭曲。

2.2.2 纠正异常胎方位 活跃期停滞以枕横位及

[收稿日期] 2004-03-10

[作者单位] 1. 蚌埠医学院 护理系, 安徽 蚌埠 233003; 2. 蚌埠医学院附属医院 妇产科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李金芝(1969—), 女, 安徽凤阳县人, 主管护师。

枕后位为主。枕横位及枕后位者产程图上表现为潜伏期、活跃期及总产程均延长,与枕前位相比有明显的差异<sup>[4]</sup>。发现产程曲线活跃期异常及时行阴道检查,根据囟门位置、矢状缝、耳廓方向等确认胎方位。枕后位或枕横位可利用产妇体位加以纠正,即左枕横(枕后)产妇采取左侧卧位,右枕横(枕后)采取右侧卧位,卧姿为身体侧卧时,产妇微躬腰部,含胸屈膝,将大腿上收至约与产妇脊柱纵轴成 $90^{\circ}$ ,腹前侧壁贴向床垫<sup>[5]</sup>,此卧位一直保持至子宫口开全。当出现持续性异常胎方位时应警惕有无相对性骨盆狭窄的存在。绝对的骨盆狭窄可以在孕期或分娩前通过骨盆外测量发现,而相对性骨盆狭窄常常在分娩过程中因为胎头位置异常或继发性产力异常时方可发现。当出现活跃期停滞特别是伴有胎先露下降延缓或阻滞时,应及时行阴道检查以确定有无中骨盆狭窄或胎儿过大。子宫口开大 $6\sim 7\text{ cm}$ 时亦可行徒手旋转胎头至枕前位,操作期间密切注意胎心变化。助产人员向产妇说明处理措施的方法和意义,协助产妇保持最佳体位,并尽量使其舒适。

2.2.3 促进子宫口扩张及胎头下降 子宫口扩张曲线及胎头下降曲线是产程中主要曲线,正常产程的产程图中,子宫口开大 $5\text{ cm}$ 左右时胎头下降曲线与子宫口扩张曲线相交,然后分离达各自终点<sup>[6]</sup>。子宫口扩张缓慢会妨碍胎头下降,胎位不正也会影响子宫口扩张和胎头下降程度。一般地说子宫口开大 $3\sim 5\text{ cm}$ 胎头下降应达坐骨棘水平左右,子宫口开大 $5\sim 8\text{ cm}$ ,胎头应急骤下降至棘下 $1\sim 2\text{ cm}$ ,子宫口开全胎头应下降至棘下 $2\text{ cm}$ 以上。活跃早期,可静脉推注地西洋 $10\sim 15\text{ mg}$ ,以促进子宫口扩张,加强产程进展。另一方面,地西洋还具有镇静、催眠作用而不影响子宫收缩。尤其适用于潜伏期延长、产妇思想过度紧张缺乏休息者。子宫颈水肿者可用 $1\%$ 普鲁卡因 $10\text{ ml}+$ 阿托品 $0.5\text{ mg}$ 行子宫颈多点注射,注射后用纱布轻轻按摩子宫颈约 $2\sim 3\text{ min}$ 以促进药液吸收,软化子宫颈。对于持续性枕后位枕横位者,嘱产妇于宫缩时张口深呼吸,不要过早使用腹压。还可采取手法或体位纠正胎方位以促进子宫口扩张和胎头下降。子宫口开大约 $8\text{ cm}$ 时出现子宫颈水肿,可在阵缩时嘱产妇稍用腹压轻轻扩张并上推子宫颈,使之超过胎头,产力好,胎头多迅速下降。本文有 $12$ 例胎头下降缓慢或停滞,经过积极处理后 $8$ 例子宫口开全后胎头下降至棘下 $2\text{ cm}$ 以上经阴道分娩。

2.2.4 避免膀胱充盈 每 $2\text{ h}$ 督促产妇自解小便,观察小便量及颜色。小便不能自解者,应予导尿,导尿时注意严格消毒,插管动作应轻柔,防止损伤尿道

黏膜导致出血,妨碍病情的观察。插管困难时,一手在阴道内上推压迫胎头,另一手轻轻插入导尿管。

2.3 第二产程异常的护理 进入第二产程后有专人指导产妇正确使用腹压。如果当子宫口开全而产妇并无使用腹压向下用力的情况,除注意产妇过度疲劳外还要观察有无胎位、胎势异常等。如果产力良好,子宫口开全曲线达到 $1\text{ h}$ 胎儿仍未娩出者,应及时行阴道检查,明确胎头的位置及胎方位,估计能否阴道分娩,可采用徒手旋转异常胎方位后行阴道助产。如果胎头位置较高或胎头严重变性呈“先锋头”,则不宜阴道分娩。本文有 $6$ 例在子宫口开全后 $1\text{ h}$ 胎儿未娩出行剖宫产结束分娩,母婴一般情况良好。

2.4 手术结束分娩的护理配合 产程图曲线异常产妇经过积极处理后,观察 $2\sim 4\text{ h}$ 产程仍无明显进展,应根据子宫口开大、胎先露位置、胎儿大小等选择适宜的手术方法结束分娩。助产人员向产妇及家属解释手术的必要性和安全性,消除产妇的恐惧心理。快速做好术前的各项准备工作,备齐手术器械及新生儿抢救物品,鼓励指导产妇正确配合手术,产后严密观察子宫收缩、阴道出血量及颜色。

### 3 讨论

产程图是加强产时监护,提高产科质量的有效方法,产程图中子宫颈扩张曲线和胎头下降曲线是产程进展的标志,可以反映出产程全过程。通过观察产程图上的各条曲线以及曲线之间的交叉,便于及早发现难产的倾向。“二线一区”能指导临床实践和科学地管理产妇,有助于掌握产妇分娩的最佳时机。产程图进入警戒线应视为异常产程图,自然分娩减少,处理及时恰当可阴道分娩;产程超过处理线,难产已明显存在,应尽快手术结束分娩。为了能够及时发现产程异常及时处理、改善母婴预后,应做到以下几点:(1)确定准确的临产时间,正确绘制产程图。产妇入院后根据宫缩、子宫颈容受及胎头下降程度来确定是否临产,如临产,在产程图上标记临产时间,这一点对判断产程曲线是否异常非常重要。有研究<sup>[7]</sup>表明,潜伏期长短直接影响着活跃期的进展及分娩结果,所以应准确地判断临产时间,认真观察潜伏期;对于潜伏期延长者,应及时查找原因,积极处理。(2)在产程的各个阶段应该适时进行肛检或阴道检查并及时在产程图上绘制,为临床处理提供依据。(3)严密观察产程进展,发现产程图曲线异常应积极寻找原因,采取措施,不可盲目等待。(4)尽早结束分娩:活跃期静滴缩宫素观察时间一般为 $2\sim 4\text{ h}$ 为宜,第二产程应争取在宫口开全后 $1\text{ h}$ 即

助产结束分娩,以减少母婴并发症的发生,保证母婴的健康和安全。

在护理方面,除了严密观察产程,在生活上给予产妇补充营养及水分以保持良好的产力外,心理护理及情感上的支持至关重要。产妇的心理状态在分娩中起着很大的作用,尤其是对有潜伏期延长倾向的产妇。目前,社会因素是造成剖宫产率增高的一个主要因素,助产人员在情感上给予产妇及家属以热情的关怀、帮助,同时进行心理健康教育,调整产妇的心理状态,增强阴道分娩的信心,使其变被动为主动,积极配合医护人员,这也是决定能否顺利阴道分娩的关键。

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0172-02

·临床护理·

## 重症颅脑损伤患者亚低温治疗的护理

史倩

[摘要] 目的:探讨重症颅脑损伤患者应用亚低温治疗期间的护理及并发症防治。方法:对20例重症颅脑损伤患者在常规治疗的基础上,加用亚低温治疗。结果:存活19例患者在治疗1个月后,Glasgow昏迷评分由治疗前平均5分,增加到11.5分,1例并发肺部感染,无其它并发症发生。结论:亚低温有效的控制重症颅脑损伤患者的体温,降低颅内压,有利于脑细胞恢复,降低了重症颅脑损伤患者的病死率。

[关键词] 脑损伤;低温;人工;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15; R 614.25

[文献标识码] A

亚低温治疗是应用冬眠药物和物理降温方法,使患者体温处于一种可控制的低温状态以达到治疗的目的。近年来随着对亚低温的研究深入和监测技术水平的提高,亚低温治疗在临床上已广泛应用。2003~2004年,我科运用亚低温治疗重症颅脑损伤患者20例,通过积极有效的护理取得满意效果,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组重症颅脑损伤20例,男12例,女8例;年龄10~65岁。Glasgow昏迷评分(GCS)4~6分,平均5分。亚低温治疗前均为昏迷状态,亚低温持续3~7天,体温控制在32~35℃。

1.2 治疗方法 首先用微量泵持续泵入冬眠合剂0.5h后,应用冰毯(KN01型,北京康诺技术发展公司)及降温头盔(冰帽)进行有效的降温,保证降温速度1~1.5℃/h,维持脑温在33~35℃,肛温在32~

### [参考文献]

- [1] 田雪萍,周郅隆,刘棣临.高危妊娠的处理[M].上海:上海科技出版社,1986:235.
- [2] 曹珍修.初产妇头位产时产程曲线活跃期异常的探讨[J].中华妇产科杂志,1981,16(4):196~199.
- [3] 王德智.催产素引产与催产的方法及注意事项[J].中国妇科与产科杂志,2002,18(5):263~264.
- [4] 古丽娜,阿丽亚,张.产程图在初产妇头位难产中的应用价值[J].中国误诊学杂志,2003,3(8):196~197.
- [5] 区煦东,陈小兵,苏静,等.产程中改变产妇体位矫正胎方位的探讨[J].中华妇产科杂志,1997,32(6):329~332.
- [6] 王淑雯.应用产程图监护产程中产力异常[J].实用妇产科杂志,1997,13(5):233~234.
- [7] 孔令君.产程活跃期停滞86例病因分析与护理[J].护理学杂志,2003,18(5):335~336.

34℃。保持降温稳定持续3~7天后撤去冰帽和冰毯,让患者自然复温。在降温同时准备各项抢救措施,常规治疗按医嘱进行。

1.3 结果 本组20例患者,采用亚低温治疗过程中,有12例心电图有心律失常变化,在复温后逐渐恢复,5例患者降温期间出现寒战症状,通过调节冬眠合剂后,得到缓解。1例因疾病发展原因,在降温过程中死亡。1例并发肺部感染,无其它并发症发生。患者经亚低温治疗,复温后GCS达7~15分,平均11.5分。

### 2 护理

2.1 监护生命体征 我们采用惠普多参数联网监护仪对患者心率、呼吸、血压及血氧饱和度24h持续监测。由于冬眠合剂药物对呼吸中枢有抑制作用,低温治疗时可引起呼吸减慢,潮气量下降,甚至呼吸抑制。本组20例亚低温期间皆使用呼吸机支持呼吸。经过严密观察患者呼吸频率、模式、氧饱和度及动脉血气分析指标未出现一例并发症。有学者报道,低温可引起心率减慢、血压下降、血氧饱和度下降及各种心律失常,近80%表现在心电图的QRS-ST结合部位有明显的下降波称Osborn波<sup>[1]</sup>。

[收稿日期] 2004-08-03

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院重症监护治疗病房,安徽蚌埠233004

[作者简介] 史倩(1963-),女,安徽蚌埠人,主管护师。