3.2 全程护理干预可有效降低鼻腔泡洗不良反应的发生　虽然护士在鼻腔泡洗前为患者提供了鼻腔泡洗的相关指导，但是由于患者的接受能力不同及操作差异，容易导致不良反应发生。通过全程护理干预，对鼻咽癌患者放疗期间鼻腔泡洗进行个体化指导，告知鼻腔泡洗的重要性，反馈鼻腔泡洗效果，指导正确的鼻腔泡洗方法，告知不良反应发生时的应对措施，能够有效的降低鼻腔泡洗引起的呛咳、鼻部不适等不良反应的发生，提高了患者舒适度。

3.3 全程护理干预可提高患者鼻腔泡洗依从性　全程护理干预提高了患者对鼻腔泡洗的认知度，通过个性化的健康教育也缓解了由于对治疗不了解而造成的患者的不良心理反应，有利于促进患者主动参与并积极配合治疗护理，提高患者治疗的依从性。本文观察组与对照组比较，其坚持鼻腔泡洗次数及满意度均优于对照组。因此全程护理干预有效提高了患者对鼻腔泡洗的依从性，增强了患者自我护理能力，减少了放疗并发症，提高了患者的生活质量。

综上所述，对鼻咽癌患者行鼻腔泡洗治疗时进行全程护理干预可以缓解其恐惧、焦虑紧张心理，有效减少了鼻腔冲洗不良反应的发生，从而正确配合鼻腔浸泡及冲洗治疗，增加患者的遵医行为，提高了治疗依从性、临床效果和护理服务满意度。

参考文献

1 全宇莉，赖妙娟，郑玉琴. 综合护理干预对鼻咽癌放疗患者副反应的效果观察[J]. 国际护理学杂志，2011，30(9)：1323－1325.

2 黄　波，兰桂萍，翁敬锦，等. 桉柠蒎肠溶软胶囊联合丙酸氟替卡松鼻喷剂预防放射性鼻窦炎的效果观察[J]. 中国临床新医学，2013，6(8)：769－771.

3 骆华春，傅志超，程惠华，等. 不同鼻腔冲洗方式对鼻咽癌的远期生存、鼻窦炎及生存质量影响[J]. 临床肿瘤学杂志，2014，19(3)：249－254.

4 于淑东，来俊英，韩　飞. 鼻腔冲洗的国内外研究进展[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志，2008，16(1)：77－80.

5 付维明，王最青，蔡懿廷. 浸泡鼻咽部治疗鼻咽癌放疗后鼻窦炎31例[J]. 广东医学院学报，2004，22(4)：413.

6 张金桃，刘春红，夏　辉，等. 微创手术治疗放射性颅底骨坏死患者的围手术期护理[J]. 中国实用护理杂志，2013，29(34)：32－34.

7 Innis J, Bikaunieks N, Petryshen P, et al. Patient satisfaction and pain management: an educational approach[J]. J Nurs Care Qual, 2004, 19(4): 322－327.

8 周亚燕，李子煌，凌金妹. 碳酸氢钠用于鼻咽癌放射治疗后鼻腔冲洗32例的疗效观察[J]. 中国实用医药，2014，9(21)：125－126.

[收稿日期　2015－06－25][本文编辑　吕文娟]

护理研讨

护理干预在初产妇持续性枕横位产程中的应用评价

张广兰，　胡梅香，　张颖慧，　常红侠

作者单位：233004　安徽，蚌埠医学院第一附属医院妇产科(张广兰，张颖慧，常红侠)；247100　安徽，池州市贵池区妇幼保健所(胡梅香)

作者简介：张广兰(1972－)，女，大学专科，主管护师，研究方向：产科护理。E-mail：zigangbengbu@163.com

[**摘要**]　**目的**　分析护理干预在初产妇持续性枕横位产程中的应用效果，评价其应用价值。**方法**　将该院收治的持续性枕横位初产妇98例，按入院先后顺序随机分为护理干预组和常规治疗组各49例，常规治疗组给予常规护理，护理干预组在常规治疗组的基础上给予产妇综合护理干预措施，并对两组产妇在护理后临床相关情况进行分析比较。**结果**　护理干预组自然顺产率明显高于常规治疗组，而产钳助产率及剖宫产率明显低于常规治疗组，差异有统计学意义($P<0.01$)。护理干预组第一产程、第二产程时间和胎先露下降速度均比常规治疗组明显缩短，差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论**　应用综合有效的护理干预对于持续性枕横位的初产妇，可促进自然分娩，有效地缩短了产程，减少了新生儿窒息及产后并发症的发生，保证了母婴的安全。

[**关键词**]　持续性枕横位；　护理干预

[**中图分类号**]　R 473.71　[**文献标识码**]　B　[**文章编号**]　1674－3806(2015)12－1190－03

doi：10.3969/j.issn.1674－3806.2015.12.26

胎头位置异常通常包括前不均倾位、胎头高直位、颜面位、额位、持续性枕横位和枕后位等[1]。胎头位置异常是导致头位难产的一种主要原因,其中又以持续性枕横位在头位难产中发病率最高[2],极易出现胎头下降受阻、宫颈扩张延缓、阻滞,致使产程延长、新生儿窒息、产妇软产道损伤、产后出血及感染的危险增加,应及早诊断并及时处理[3]。因此严密观察产程,及早发现持续性枕横位,采取综合有效的护理干预措施,是保证围生期母婴安全、降低手术分娩率的关键。现就综合护理干预在我院初产妇持续性枕横位产程中的应用情况进行分析探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2010-01~2012-01我院妇产科收治的产妇98例。所选产妇均符合持续性枕横位诊断标准[4],单胎足月妊娠,年龄21~33(平均26.3)岁,第一产程胎心监护正常,骨盆外测量正常,无明显的头盆不称(头盆评分≥6分),有正常的思维和语言交流能力,无严重妊娠合并症及并发症。按入院先后顺序随机分为护理干预治疗组和常规治疗组,每组各49例,两组产妇在身高、体重、胎位、产前教育、文化程度及超声检查预测的胎儿体重、羊水指数及胎头双顶径等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 常规治疗组护理方法 按照常规产程观察给予按时听胎心,观察宫缩及宫口开大情况,并给予简单的心理护理。有异常情况及时向医生汇报,积极处理宫颈水肿,宫缩乏力等情况。待宫口开全时,让产妇取膀胱截石位,指导产妇正确使用腹压使其分娩。

1.2.2 护理干预组护理方法 (1)心理护理:初产妇在临产前心理十分复杂,尤其在被检查出抬头位置异常、可能会出现难产时,常会高度恐惧,心理压力大,对分娩缺乏信心。此时,护理人员应以亲切的态度给予心理疏导,正面鼓励,取得产妇信任,给予产妇安全感;以精湛的专业知识、有条不紊的语言,耐心细致地讲解分娩程序、分娩方式、宫缩与产痛的关系、笑气镇痛的意义及体位矫正胎位的原理和好处,缓解其恐惧心理,增加对分娩的信心。随时告诉产妇产程进展情况;指导产妇合理运用呼吸方法,并帮助其按摩腰腹部,以达到助力及提高其对疼痛耐受性的效果,使分娩过程顺利进行。(2)饮食指导:产妇在分娩过程中需消耗大量的体力,因此分娩前的饮食护理极为重要。准备临产时,护理人员应强调饮食与饮水的重要性,鼓励产妇多进高热量、高蛋白、高维生素、易消化食物,以储备能量,增强体力。(3)产前准备:给产妇提供舒适环境,用温热肥皂水常规清洁灌肠1次,产程中鼓励产妇2~4 h排尿一次,既可反射性地刺激宫缩,又可避免尿潴留干扰胎头下降。(4)产程观察与护理:①母儿情况观察。严密观察血压、脉搏、呼吸、宫缩的强度及频率,判断产力及有效宫缩;每隔60 min观察1次宫口扩张和胎先露下降情况;以产程图监测产程进展情况,用胎儿监护仪监测胎心,及时分析胎心监护图[5]。②帮助产妇改善产力。产程中始终保持良好的产力是处理枕横位的关键。只有让产妇具有良好的产力,在没有头盆不称的前提下,可能促使胎头枕部转向前方经阴道分娩[3]。鼓励并指导产妇在宫缩间歇期尽量休息,保持良好的体力;宫缩时屏气,以增加腹压促进产程进展,为顺利分娩争取有利条件。改善产力,还应根据产程的不同阶段做相应的处理。潜伏期宫缩乏力,可使用强镇静剂哌替啶或安定,必要时可用催产素。活跃期可行人工破膜及催产素点滴,可达到有效宫缩,争取胎头下降,经阴道助产。③体位指导。产妇从临产开始至宫口开大5 cm时,取坐位或站位,可在助产士的监护下进行室内活动;宫口开大超过5 cm时,按胎儿重心与重力的原理,指导产妇取与胎儿脊柱同侧的侧俯卧位,使胎背从母体腹部侧方向腹部前方移动,带动胎头枕部向前旋转,同时抬高臀部使胎头枕部受到盆底肌肉的阻力增加,以利胎头俯屈和胎头下降。具体姿势:如左枕横位者,取右侧俯卧位,产妇微躬腰部,含胸屈膝,臀部垫一厚10 cm小枕,右腿极度后伸,左腿屈曲紧靠于腹前,腹前壁贴向床垫,使胎背凭借重力作用较快旋转至枕前位[6]。产妇宫口开全后,取膀胱截石位,抬高产床靠背30°~45°,双下肢屈曲贴近腹部,两腿外展,双足蹬于产床两侧脚架上,双手放在产床两侧手柄处配合用力。

1.3 观察指标 观察两组自然分娩率、产钳及剖宫产率、第一产程和第二产程时间长短及胎先露下降速度。

1.4 统计学方法 应用SPSS18.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用t检验,计数资料组间比较采用χ^2检验,$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇分娩方式比较 护理干预组产妇自然顺产率明显高于常规治疗组,而产钳助产率及剖宫产率明显低于常规治疗组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表1。

表 1　两组产妇分娩方式比较[n(%)]

组　别	例数	自然顺产	产钳助产	剖宫产
护理干预组	49	41(83.6)	3(6.1)	5(10.2)
常规治疗组	49	9(18.4)	14(28.6)	26(53.1)

注：$\chi^2=41.823$，$P=0.000$

2.2　两组产妇产程时间比较　护理干预组第一产程时间、第二产程时间和胎先露下降速度均比常规治疗组明显缩短，差异有统计学意义（$P<0.01$）。见表 2。

表 2　两组产妇产程时间比较[n,($\bar{x}\pm s$)]

组　别	例数	第一产程(h)		第二产程(h)	胎先露下降速度(cm/h)	
		潜伏期	活跃期		潜伏期	活跃期
护理干预组	49	6.16±1.9	3.14±1.36	0.66±0.53	0.16±0.11	2.19±0.36
常规治疗组	49	9.13±2.7	5.39±0.97	1.66±1.38	0.03±0.13	0.87±0.17
t/t'	–	6.297	9.469	4.772	5.372	24.40
P	–	0.000	0.004	0.001	0.000	0.006

3　讨论

3.1　产力、产道、胎儿及精神心理因素是决定头位分娩是否顺利的重要因素[7]。产道和胎儿为不可改变的恒定因素，而产力、胎头位置及精神心理因素是可以通过人为干预而有所改变的。持续枕横位的发生受多种因素的影响，其中包括骨盆形态及大小异常、头盆大小不称、胎头俯屈不良、宫缩乏力等。骨盆异常及头盆大小不称应及早诊断，及时行剖宫产术分娩，而在临产中，由于胎头俯屈不良、宫缩乏力及产妇精神心理因素影响产程进展者，可通过采取综合有效的护理干预措施来保证围生期母婴安全，降低手术分娩率。

3.2　护理干预是根据医学护理心理学的相关理论，在护理过程中通过有效的沟通，影响或改变患者心理状态和行为，促进患者疾病向健康方向发展，缩短疾病的康复时间[8]。我们在明确诊断的初产妇持续性枕横位后，采用了心理护理、饮食指导、产前准备、严密观察母儿情况、帮助产妇改善产力及体位矫正胎位等综合护理干预措施，取得较好结果。护理干预组自然分娩率、产钳助产率、剖宫产率均优于常规治疗组，差异有统计学意义（$P<0.01$）。护理干预组的产程比常规治疗组明显缩短，两组比较差异有统计学意义（$P<0.01$）。

综上所述，在初产妇持续性枕横位产程中实施综合有效的护理干预措施，既能严密观察产程以及早发现异常、减轻产妇的心理压力，缓解其恐惧心理，增加其对分娩的信心，又能够纠正其胎方位，促进自然分娩，明显降低了产钳助产率和剖宫产率，有效地缩短了产程，减少了新生儿窒息及产后并发症的发生，保证了母婴的安全，值得临床推广。

参考文献

1　陆桂波. 胎头位置异常的产程观察与护理[J]. 右江医学，2004，32(5)：513－514.
2　杨芳英. 枕横位产妇的观察与护理体会[J]. 基层医学论坛，2011，15(6)：116－117.
3　凌萝达，顾美礼. 难产[M]. 重庆：重庆出版社，2004：329.
4　谢　幸，苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京：人民卫生出版社，2013：198.
5　刘超敏. 枕横位及枕后位产妇产程中的护理干预[J]. 中国医药导报，2010，7(21)：94－95.
6　张咏梅. 改变产妇体位纠正枕后位、枕横位的临床观察[J]. 中华现代妇产科学杂志，2008，5(4)：337－338.
7　司秀荣. 护理干预在妇产科子宫切除术中的应用评价[J]. 临床医学，2011，31(12)：124－125.
8　汤建红. 临产后持续性枕横位、枕后位的处理[J]. 中国医药科学，2012，2(4)：186－187.

[收稿日期　2015－05－21][本文编辑　韦　颖]