

未足月妊娠胎膜早破 198 例临床护理

李慧霞, 孙宝丽, 王治凤

(山东大学附属省立医院 山东济南 250021)

【摘要】目的:探讨护理措施对未足月妊娠胎膜早破(PPROM)孕妇预后的影响,以提高产房助产士对这类孕妇的监测和护理水平。方法:对 198 例孕 28~36⁺⁶ 周 PPROM 孕妇,在做好基础护理、专科护理、心理护理的同时,针对性做好分娩期护理,并统计分析母婴预后情况。结果:198 例孕妇无一例发生宫内感染或产褥感染,新生儿 Apgar 评分 >7 分者达 82.3%。结论:对不同孕周 PPROM 者,应采取不同的治疗和护理措施,做好观察和护理,选择适当的分娩方式,减少母婴并发症的发生。

【关键词】未足月;妊娠;胎膜早破;护理

中图分类号:R473.71 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2012.27.015 文章编号:1006-7256(2012)27-0032-02

未足月妊娠胎膜早破(PPROM)是指妊娠未满 37 周胎膜在临产前破裂,是产科常见的并发症之一^[1]。母婴发生并发症的风险与胎膜破裂的孕周有关,主要危害为脐带脱垂、胎儿窘迫、早产、宫内感染等。PPROM 的保守处理,既延长孕周又防止围产期感染。通过采取个体化评估原则,对母体、胎儿和新生儿并发症进行评估,从而选择保守治疗或立即分娩。2009 年 7 月~2010 年 12 月,我们针对 198 例 PPROM 孕妇实行分娩期护理,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 PPROM 孕妇 198 例,年龄 22~39 岁,平均 31 岁。其中初产妇 152 例,经产妇 46 例;孕 28~30⁺⁶ 周 31 例,31~33⁺⁶ 周 62 例,34~36⁺⁶ 周 105 例。单胎 155 例,双胎 38 例,三胞胎 3 例,四胞胎 2 例。PPROM 诊断标准:孕周满 28 周不满 37 周,胎膜在临产前自然破裂可诊断为 PPROM。诊断依据:①症状:孕妇突然感觉有大量液体自阴道流出,此后或持续少量或间断流液。②窥器检查:可见羊水自宫颈口流出或后穹隆有较多积液。③阴道液涂片:见羊齿状结晶。④超声检查:前羊膜囊消失,羊水量持续性减少或羊水池 < 3 cm^[2]。

1.2 方法 PPROM 孕妇孕周 > 35 周胎儿已成熟,可终止妊娠;若孕周 < 35 周为适当延长胎龄、提高存活率,不论有无宫缩,立即给予宫缩抑制剂:5% 葡萄糖注射液 500 ml + 25% 硫酸镁注射液 40~60 ml 静脉滴注,或 5% 葡萄糖注射液 500 ml + 利托君 100 mg 静脉滴注;沙丁胺醇 4.8 mg 口服 3 次/d;地塞米松 5 mg 肌肉注射 2 次/d,或地塞米松 10 mg 静脉注射 1 次/d。破膜超过 12 h,应给予抗生素预防感染,临床上常选用青霉素或头孢类抗生素。若出现宫内感染征象或胎儿窘迫则随时终止妊娠。

2 结果

万方数据

2.1 不同孕周孕妇终止妊娠分娩方式 本组 198 例 PPROM 孕妇,保守治疗最短的仅 12 h,最长的 40 d。经阴分娩 106 例;剖宫产 92 例,手术指征:胎儿窘迫 12 例,瘢痕子宫 19 例,臀位 15 例,双胎及多胎 26 例,社会因素及其他 20 例。具体见表 1。

表 1 不同孕周孕妇终止妊娠分娩方式

| 孕周 | n | 经阴分娩 | | 剖宫产 | |
|---------------------|-----|------|------|-----|------|
| | | n | % | n | % |
| 28~30 ⁺⁶ | 31 | 16 | 51.6 | 15 | 48.4 |
| 31~33 ⁺⁶ | 62 | 12 | 19.4 | 50 | 80.6 |
| 34~36 ⁺⁶ | 105 | 78 | 74.3 | 27 | 25.7 |
| 合计 | 198 | 106 | 53.5 | 92 | 46.5 |

2.2 不同孕周终止妊娠新生儿 Apgar 评分情况 见表 2。

表 2 不同孕周终止妊娠新生儿 Apgar 评分情况

| 孕周 | n | <4 分 | 4~7 分 | >7 分 |
|---------------------|-----|------|-------|------|
| 28~30 ⁺⁶ | 31 | 3 | 22 | 12 |
| 31~33 ⁺⁶ | 62 | 1 | 11 | 66 |
| 34~36 ⁺⁶ | 105 | 0 | 3 | 126 |
| 合计 | 198 | 4 | 36 | 204 |

3 护理

3.1 第一产程护理

3.1.1 一般护理 ①PPROM 孕妇应绝对卧床休息,适当抬高臀部,以侧卧位尤其是左侧卧位为宜,既可缓解宫缩,还可增加子宫胎盘血液灌注量,有利于胎儿氧气和血液供应^[3]。②鼓励孕妇进食高蛋白、高维生素、营养丰富易消化的饮食,多食蔬菜和水果,多饮水,保持大便通畅。③注意休息,卧床时间长者,应做好“六洁四无”,鼓励孕妇床上适当翻身,但动作要轻,帮助其做下肢的主动或被动运动,保持皮肤完整,防止压疮和下肢静脉血栓形成。

3.1.2 心理护理 PPROM 孕妇心理压力,高度紧张无助,既担心胎儿能否成活,又担心住院时间长、花费大。护士应根据孕妇的个人情况、文化水平等正确评估每个产妇的心理问题,并针对孕妇的具体情况耐

心开导、安慰、鼓励,听音乐或请家属陪伴,不能陪伴的可以通过对讲系统与家属交流,消除其紧张、焦虑心理,使孕妇以良好的心态配合治疗和护理。

3.1.3 专科护理 ①密切观察体温、脉搏、血常规、C 反应蛋白。测体温 4 次/d。注意有无感染征象,发现孕妇体温升高 $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$,心率 $> 100\text{ 次/min}$,白细胞计数 $\geq 15 \times 10^9/\text{L}$,其中中性粒细胞 ≥ 0.9 ,C 反应蛋白 $>$ 正常的 30%,应及时汇报医生^[4]。②保持会阴清洁干燥,用碘伏棉球消毒会阴,每 8 h 1 次,消毒后垫无菌会阴垫,尽量少做或不做肛诊和阴道检查。③注意羊水量、性状、颜色、气味,观察宫缩强度、间隔时间、持续时间,用药后宫缩是否减弱。④严密观察胎心变化,常规行 NST 1 次/d,胎心无异常者可遵医嘱 4~6 h 听胎心 1 次,如有宫内窘迫征象,应严密听胎心,必要时持续胎心监护。督促孕妇自数胎动,氧气吸入 2 次/d,每次 30 min,以增加母体血氧含量,预防或改善胎儿宫内缺氧状态。⑤重视孕妇的主诉,认真、细致地观察病情变化,随时做好接产和抢救新生儿窒息的准备。

3.1.4 用药护理 ①宫缩抑制剂:a. 5% 葡萄糖注射液 500 ml + 25% 硫酸镁注射液 40 或 60 ml,先以 2 g/h 速度滴入,待宫缩抑制后酌情减慢滴速,宫缩消失后继续滴注 12 h。应用硫酸镁时应严密监测孕妇呼吸、心率、尿量、膝反射,并备好 10% 葡萄糖酸钙 10 ml,一旦发生硫酸镁中毒即刻应用。b. 5% 葡萄糖注射液 500 ml + 利托君 100 mg(0.2 mg/ml) 静脉滴注,开始应控制滴速 0.05 mg/min(5 滴/min,20 滴/ml),每 10 min 增加 0.05 mg/min(5 滴/min),直至达到预期效果,通常保持在 0.15~0.35 mg/min,待宫缩消失继续滴注至少 12~18 h。在静脉滴注利托君时应加强对孕妇和胎儿心率的监护,健康孕妇心率应避免超过 140 次/min,当出现孕妇和胎儿心率加快时,可适当减慢滴速或暂停滴注,一般会很快恢复。c. 口服药物:沙丁胺醇 4.8mg 3 次/d,或据宫缩情况调整用量。利托君应在静脉滴注结束前 30 min 开始口服治疗,最初 24 h 口服剂量为 1 片/2 h(10 mg/片),此后 1~2 片/4~6 h,每日总量不超过 12 片,一般每日维持量在 80~120 mg,平均分次给药。②抗生素:破膜 12 h 应用抗生素,可降低新生儿感染率和病死率,降低产褥感染的发生。抗生素应现配现用,密切观察药物的作用和不良反应。

3.2 保守治疗时限 PPRM 新生儿死亡的主要原因是 RDS,通过保守治疗延长孕周、促进胎儿肺成熟。从资料统计看 34 周后新生儿并发症和病死率明显降低,故若无保胎禁忌,尽量保胎至 34 周,如保胎过程

中出现宫内窘迫、母婴感染征象等应及时终止妊娠。

3.3 产时护理 ①全产程胎心监护。②接产前准备好吸痰、吸氧、复苏气囊、气管插管等抢救物品,新生儿辐射台预热,必要时请儿科医生协助抢救。③早产儿对缺氧耐受性低,易发生颅内出血,接产时应行会阴切开,尽量缩短产程,避免阴道助产手术^[5]。④做好产妇心理支持,教会并鼓励产妇屏气用力,使其放松心情,积极配合分娩。⑤产后加强生命体征的观察,由于保胎过程中应用宫缩抑制剂,有时会对产时和产后宫缩造成影响,应严密观察宫缩和产后出血,做好会阴切口护理,指导产妇正确母乳喂养,母婴分离的产妇指导其正确的挤奶方法,以保持泌乳通畅。

3.4 预防措施 加强孕期保健,对有胎膜早破高危因素的孕妇,积极寻找诱发 PPRM 的高危因素,加强监测,重视卫生指导,避免孕妇重体力劳动,防止腹部外伤;妊娠晚期应禁止性生活,减少感染和出血的机会;阴道炎、宫颈炎是引起 PPRM 的重要因素,应积极治疗和预防阴道炎、宫颈炎;胎位异常者,应及时纠正胎位;宫颈机能不全反复发生胎膜早破者、多胎妊娠、羊水过多等应全面查体,有针对性地加强产前保健和监测,防止胎膜早破的发生。

4 小结

PPROM 可导致一系列严重的产科并发症,给母婴带来较大风险,若消极等待,则易继发感染,导致母婴不良结局,如积极干预则会因早产增加围生儿病死率。通过严密的监测产妇的体温、心率、血常规、C 反应蛋白以及胎心、羊水等,适当延长孕龄,结合应用促胎儿肺成熟药物,尽量保胎至 34 周,可望减少新生儿窒息率及围生儿病死率。另外,应重视对 PPRM 的预防,加强孕期宣教,积极防治生殖道感染。一旦发生胎膜早破及时确诊,有效治疗,认真细致的护理对降低母婴并发症、促进母婴健康具有重要意义。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:145-146.
- [2] 王谢桐,刘宗花. 未足月胎膜早破宫内感染的监测和预防[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(6):405-406.
- [3] 李玮,漆洪波. 未足月胎膜早破的研究进展[J]. 中华围产医学杂志,2005,8(1):57-59.
- [4] 喻玲,丁依玲,胡艳. 胎膜早破 425 例临床分析[J]. 中国综合临床,2004,20(1):64-66.
- [5] 刘焱. 护理干预对未足月胎膜早破妊娠孕妇的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(20):71-72.

本文编辑:徐杰 2012-03-07 收稿