

个体化护理在胎膜早破孕妇中的应用分析

张裕珍

景德镇市第一人民医院 江西 景德镇 333000

【摘要】：目的：探析在胎膜早破孕妇中引入个体化护理的效果。方法：胎膜早破孕妇筛选 68 例，分组：双盲信封抽选法，对照组（34 例）执行常规护理，基于此，实验组（34 例）执行个体化护理，落实于 2024 年 2 月—2025 年 12 月，比对照组不良妊娠结局发生率、产程时间、心理状态、护理满意度。结果：实验组的不良妊娠结局发生率相较于对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组各产程时间均比对照组要短（ $P<0.05$ ）。实验组护理后心理状态评分均比对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组的护理满意度相较于对照组要高（ $P<0.05$ ）。结论：在胎膜早破孕妇中引入个体化护理的效果显著，可改善其心理状态，缩短其产程时间，降低不良妊娠结局发生率，提升满意度，有较高临床应用价值。

【关键词】：胎膜早破；个体化护理；心理状态；不良妊娠结局

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.089

胎膜早破是妊娠期常见并发症之一，其是指临产前胎膜自然破裂。胎膜早破后若干预不及时可能引发新生儿感染、早产等围产期并发症，严重危害母婴健康^[1]。临床针对该情况多采取体位干预、抗生素预防性治疗等措施，可最大限度保障母婴健康，但由于该情况生产原因复杂，使得围产期风险较高，因此临床对护理质量提出了较高要求^[2]。常规护理模式虽然可辅助分娩，但在实践中存在个体化缺乏、被动性等缺陷，导致效果达不到预期^[2]。因此，采取高效干预模式协助分娩及治疗十分重要。个体化护理聚焦于产妇，针对其身心等多维状况与需求采取全面干预措施，前瞻性、个体性均较强^[3]。对此，本次研究观察并分析了在胎膜早破孕妇中引入个体化护理的效果，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

胎膜早破孕妇筛选 68 例，分组：双盲信封抽选法，对照组（34 例）年龄分布在 20~35 岁，均值（ 27.53 ± 3.83 ）岁，孕周在 38~40 周，均值（ 39.26 ± 0.58 ）周，体重在 53~72kg，均值（ 62.35 ± 5.85 ）kg，其中初产妇 19 例，经产妇 15 例。实验组（34 例）年龄分布在 20~35 岁，均值（ 27.48 ± 3.75 ）岁，孕周在 38~40 周，均值（ 39.35 ± 0.62 ）周，体重在 55~75kg，均值（ 62.57 ± 6.39 ）kg，其中初产妇 18 例，经产妇 16 例。基线资料对比， $P>0.05$ ，组间满足可比性。

纳入标准：①确诊为胎膜早破；②临床资料审核通过；③单胎妊娠；④患者及家属充分了解信息，同意参与本次研究。

排除标准：①凝血系统受损严重者；②视听功能受损、智力与认知功能低下者；③感染性疾病、恶性肿瘤者。

1.2 方法

对照组执行常规护理，包括监测体征波动、宫缩情况、胎心变化等。指导饮食注意事项，叮嘱卧床休息，进行适量活动。协助体位调整。分娩中协助患者调整体位，指导深呼吸、分娩

方法。对剖宫产者辅助手术操作。分娩后指导母婴接触、母乳喂养方法等。

基于此，实验组执行个体化护理，①组建护理小组：团队纳入责任护士、专科医生、护士长、心理咨询师等，对胎膜早破、既往护理情况深入分析，提出护理问题，查询相关文献获取循证，结合既往有效经验制定风险预防策略。收集患者信息，行全面评估，包括潜在风险及影响因素、心理状况、生理及胎儿情况等，基于此制定个体化护理方案。②健康教育：在信息技术辅助下传输信息，以视频、模型、流程图等为载体，配以通俗表达方式，详细阐释胎膜早破相关信息，说明潜在风险及预防措施、围产期需要配合的事项、自我护理要点等。该过程中及时解答疑问，并在宣教后通过提问及问卷调查获取反馈，基于此强化宣教。③心理干预：增加交流，展示既往成功案例，结合患者当前状况说明风险评估结果及预后预测情况。采取深呼吸指导、鼓励、注意力转移法等措施协助情绪调节。增加与家属的沟通，指导亲情支持、心理疏导有效方法等。④体位护理：第一产程结合患者情况辅助分娩体位调整，包括指导患者将双腿伸直，身体调整为屈曲状态，将软枕置于双腿间，并指导将大腿与腹部尽量贴近。在该状态下护理人员将患者双腿抬起，指导其用力蹬腿。在宫缩中将身体调整为前倾状态，臀部与膝盖保持弯曲姿势，提醒轻微用力。对胎位不正者指导产妇趴在高度适宜的靠墙扶手上，运用软枕保护腹部。指导产妇坐在分娩球上，身体调整前倾状态，进行导乐分娩。此外，可指导产妇双膝与双手均与床面接触，身体保持前倾状态，并将软枕置于患者腹部。在分娩中动态评估产妇及胎儿情况，并指导呼吸配合分娩方法，及时予以营养补充。第二产程，指导产妇屏气用力方法，当胎头下露后辅助分娩。第三产程，在胎儿娩出后，观察产妇阴道出血情况、胎盘娩出情况，对会阴部维护，选择性行子宫按摩护理，预防产后出血。⑤饮食护理：基于患者营养状况，指导以易消化、高维生素、高蛋白的膳食结构为主，增加新鲜蔬菜摄入量，叮嘱避免生冷、辛辣及油腻类食物

的摄入，以少食多餐为主。⑥并发症预防护理：记录破膜时间，观察羊水性状，定期监测患者体征波动、胎心音、宫缩情况，精准识别风险前兆，若出现母胎心率增快、体温升高、子宫压痛等征象立即告知临床医生，并采取相应处理措施。在护理全程严格执行无菌操作原则，维护会阴部清洁干燥，定时更换无菌会阴垫，执行医嘱予以抗生素。协助体位调整，如抬高臀部等。

1.3 观察指标

不良妊娠结局发生率：涵盖产后大出血、新生儿窒息、早产、产后尿潴留。

记录与比对组间产程时间。

心理状态：选择 SAS 量表（汉化名称：焦虑自评量表，国际名称：Self-Rating Anxiety Scale）：二级（中度）：量化 60~69 分，重度（三级）：匹配>69 分，一级（轻度）：50~59 分。选择 SDS 量表（汉化名称：抑郁自评量表，国际名称：Self-Rating Depression Scale）：中度：匹配 63~72 分，重度：计算>72 分，轻度：53~62 分。

护理满意度：量化框架与标准均自拟，不满意（三级）：<60 分；满意（二级）：60-89 分；完全满意（一级）：≥90 分。总满意率=完全满意率+满意率。

1.4 统计学分析

以 SPSS26.0 软件做统计学分析，计数资料（不良妊娠结局发生率、护理满意度）符号：n（%），配以 χ^2 检验，计量资料（产程时间、心理状态）符号：（ $\bar{x} \pm s$ ），检验配以 t。

P<0.05 为两组数据存在差异。

2 结果

2.1 不良妊娠结局发生率

实验组的不良妊娠结局发生率更低，P<0.05，见表 1。

表 1 不良妊娠结局发生率对比 n（%）

组别	实验组	对照组	X ²	P
n	34	34	--	--
产后大出血	0(0.00%)	2(2.88%)	--	--
新生儿窒息	0(0.00%)	2(2.88%)	--	--
早产	2(2.88%)	3(8.82%)	--	--
产后尿潴留	1(2.94%)	3(8.82%)	--	--
总发生率	(3)8.82%	(10)29.41%	4.660	0.031

2.2 产程时间

实验组的产程时间均较短，差异具备统计学意义（P<0.05），见表 2。

表 2 产程时间对比（ $\bar{x} \pm s$, min）

组别	实验组	对照组	t	P
n	34	34	--	--
第一产程	405.36±19.86	462.35±15.87	13.072	0.000
第二产程	72.63±4.87	83.68±5.26	8.988	0.000
第三产程	7.85±0.85	9.72±1.05	8.071	0.000

2.3 心理状态

护理前组间心理状态相近，差异未达到统计学意义（P>0.05），护理后，实验组的值均较低，差异具备统计学意义（P<0.05），见表 3。

表 3 心理状态对比（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	实验组	对照组	t	P	
n	34	34	--	--	
SDS	护理前	52.06±6.28	51.96±6.14	0.066	0.947
	护理后	30.26±5.84	36.54±5.36	4.620	0.000
SAS	护理前	57.92±5.62	57.96±5.57	0.029	0.977
	护理后	35.69±5.28	41.54±5.56	4.449	0.000

2.4 护理满意度

实验组的护理满意度更高，差异于统计学维度达到意义（P<0.05），见表 4。

表 4 护理满意度对比 n（%）

组别	实验组	对照组	X ²	P
n	34	34	--	--
不满意	1(2.94%)	7(20.59%)	--	--
满意	11(32.35%)	9(26.47%)	--	--
非常满意	22(64.71%)	18(52.94%)	--	--
总满意率	(33)97.067%	(27)79.41%	5.100	0.024

3 讨论

胎膜早破按照是否足月可划分两种类型，不同类型胎膜早破的临床干预方案及风险程度存在差异。未足月胎膜早破是导致早产发生的核心因素之一，且会增加新生儿感染、呼吸窘迫综合征等不良结局，胎膜早破发生的时间越早，围产儿的预后越差^[4]。其病因目前并不完全明确，羊膜腔压力升高、生殖道感染、营养素缺乏等均与该情况的发生与发展有紧密联系。该症状主要表现为阴道流水、腹压增加时阴道流液量增多等，对

母婴生命健康有严重消极影响^[5]。并且多数孕妇对该症状相关信息了解缺乏,容易因其突发性产生恐慌、焦虑等负性心理,不仅对个体心理状态有消极影响,还会降低依从性,干扰生理核心指标,对分娩结局构成影响^[6]。因此,为患者提供高质量护理干预,改善妊娠结局十分重要。

本次研究结果显示,不良妊娠结局发生率比对,实验组的值更低($P<0.05$)。产程时间记录中,实验组各阶段的值均更低($P<0.05$)。心理状态量化分析示,实验组护理后的获得值均较低($P<0.05$)。护理满意度评价中更高组别为实验组($P<0.05$)。这一结果产生可能与以下因素有关,个体化护理的核心机制在于,在多学科协作下,以循证理念为指导系统性评估患者个体状况,将破膜时间、孕周、胎儿状况、感染指征以及社会心理需求等多元变量整合进行动态评估,并制定个体

化护理方案,动态调整干预措施,以此可实现精准干预与管理^[7]。相较于传统护理模式,个体化护理的风险预防前瞻性较高,通过系统、动态风险评估可精准识别风险前兆,并通过前瞻性风险防控与措施的动态调整,可更好防控风险,如优化体位、护理、环境及营养支持等干预措施,可较好预防感染等并发症^[8]。同时,该模式对孕妇个体需求的关注度较高,在心理社会支持层面,针对孕妇心理需求及信息认知需求提供信息化健康教育、多维度心理干预,不仅可提升孕妇认知水平,减轻心理压力、应激反应,还可提升其自护意识与配合度,对保障后续护理工作顺利进行有积极作用,以此更进一步预防风险,促进妊娠结局改善,从而获取较高满意度^[9-10]。

综上,在胎膜早破孕妇中引入个体化护理可改善其心理状态,缩短其产程时间,降低不良妊娠结局发生率,提升满意度。

参考文献:

- [1] 王凉凉,郭丹红,萧双萍.个体化护理方案在胎膜早破孕妇中的应用效果[J].岭南急诊医学杂志,2025,30(06):780-782.
- [2] 冯莉莉,夏夫荣,赵远侠.基于 ADOPT 模式的健康指导在妊娠期糖尿病合并胎膜早破孕妇护理中的应用[J].妇儿健康导刊,2025,4(19):173-177.
- [3] 吴如芬.体位护理在头位胎膜早破孕妇中的应用效果[J].中外医药研究,2025,4(16):112-114.
- [4] 陈晓珊,吴远卿,陈美德.叙事护理结合期待疗法在未足月胎膜早破孕妇中的应用[J].黑龙江中医药,2025,54(02):184-186.
- [5] 陈慧艳,杨银娣.基于预警评估的专科危机处置及人文情绪安抚对胎膜早破孕妇院前急救护理质量及母婴结局的影响[J].妇儿健康导刊,2025,4(05):168-172.
- [6] 蒲廷莉,孟庆英,刘卫.循证实践护理干预在胎膜早破孕妇中的作用及对其护理满意度的影响分析[J].中外医疗,2024,43(18):181-184.
- [7] 刘金卓,刘俏.人文关怀式护理在胎膜早破孕妇护理中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(11):123-125.
- [8] 李岩,尹秀玲.基于危机式理论的护理干预在未足月胎膜早破孕妇中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(17):139-141.
- [9] 田玉芳.人文关怀式护理理念在胎膜早破孕妇中的应用效果评价[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(01):57.
- [10] 李芳.头位胎膜早破孕妇临产时行体位护理干预的效果研究[J].山西医药杂志,2023,52(02):153-156.