

上,由内向外,最后叩击主支气管,以帮助患者排出痰液。每次拍击 15~20 min,每天 2~3 次。(4)雾化:痰液浓稠不易排出者,遵医嘱给予化痰药物雾化吸入,稀释痰液以便排出。(5)充分有效吸痰:对自主排痰有困难者,需进行有效而充分的吸痰。吸痰时动作轻柔,对于气管切开者,吸痰前给予高浓度氧吸入 1~2 min,每次吸痰时间小于 15 s,连续吸痰不超过 2 次,先吸气管,再吸口腔鼻腔分泌物。

1.5 重症肺炎诊断标准^[5] 主要标准:(1)需要有创机械通气;(2)感性性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准:(1)呼吸频率大于或等于 30 次/分;(2)氧合指数小于或等于 250;(3)多肺叶浸润;(4)意识障碍/定向障碍;(5)血尿素氮大于或等于 20 mg/d;(6)白细胞小于 $4.0 \times 10^9/L$;(7)血小板小于 $10.0 \times 10^9/L$;(8)体温小于 36 ℃;(9)低血压。符合 1 项主要标准或者 3 项次要标准诊断重症肺炎。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 进行统计分析,计量资料采用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

干预组重症肺炎发生率、治愈率和平均住院时间分别为 2.6%(1/38)、92.1%(35/38)和(16.6±5.2)d,对照组则分别为 18.4%(7/38)、73.7%(28/38)和(26.3±7.1)d。两组相比较,3 项指标的差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

国内有研究发现,脑出血合并肺部感染的发生率较高,从 17.7%至 76.3%不等^[6],发生的主要机制包括^[7]:(1)应激反应、呕吐物误吸引起的肺损伤和呼吸功能障碍导致呼吸道防御功能降低;(2)患者年老体弱,心肺代偿能力差,抵抗力低,免疫低下,加之出血昏迷或长期卧床,呼吸道分泌物容易坠积于肺底;(3)医源性因素。而脑出血患者一旦并发肺部感染,其病死率将明显上升,国内报道可高达 67.5%。因此,除医生改进治疗方案外,护理人员采取积极的干预措施,对改善脑出血合并肺部感染患者的预后有着积极的临床意义。

脑出血合并肺部感染的主要护理措施有:(1)抬高床头防止误吸,取下义齿,加强口腔护理;(2)气道湿化,降低痰液黏稠度;(3)有效吸痰,保持呼吸道通畅;(4)保持病房内空气清新洁净,加强陪护人员管理;(5)对气管插管、气管切开和机械通气

患者,加强气管管理;(6)病情允许的情况下翻身拍背^[8-9]。在本研究结果显示,干预组重症肺炎发生率和平均住院时间均明显低于对照组,而治愈率则明显高于对照组,结果与薛英玲等^[9]的报道相似。说明对脑出血合并肺部感染采取的针对性的护理措施,有着明显的效果,对改善预后起了重要影响。

综上所述,虽然脑出血合并肺部感染发生率高、预后差,但如果护理人员采取针对性的护理干预,则可以帮助改善预后。从另一个角度来讲,对于脑出血的患者,在其发生肺部感染之前,护理人员如果针对肺部感染的发生机制,预防性采取护理措施,或许可以降低脑出血患者肺部感染的发生率,这种护理方式必将为患者的康复带来更大的利益。

参考文献

- [1] Gross BA, Du R. Natural history of cerebral arteriovenous malformations: a meta-analysis [J]. J Neurosurg, 2013, 118(2): 437-443.
- [2] Qureshi AI, Palesch YY, Martin R, et al. Systolic blood pressure reduction and risk of acute renal injury in patients with intracerebral hemorrhage [J]. Am J Med, 2012, 125(7): 718.
- [3] 韩梅英,蔡雅明,解好群,等.脑出血合并肺部感染 73 例护理干预[J].西北国防医学杂志,2010,31(6):468-469.
- [4] 周开明.脑出血患者常见并发症的护理[J].检验医学与临床,2011,8(17):2152-2153.
- [5] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:17.
- [6] 毛世才.脑出血并发肺部感染 80 例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(12):2811.
- [7] 刘荣香,由艳红,王淑珍.高血压脑出血并发肺炎的机制及护理[J].河北医药,2005,19(7):545-546.
- [8] 张敬伟.脑出血术后并发肺部感染的原因分析及护理对策[J].中外医疗,2008,27(13):96.
- [9] 薛英玲,黎玉荣.脑出血肺部感染患者的护理[J].河北医药,2012,34(6):950-951.

(收稿日期:2013-06-24 修回日期:2013-07-12)

剖宫产产后出血的相关危险因素调查及护理措施分析

王海霞¹,王海燕²(1.陕西省西安医学院第二附属医院 710038;2.陕西省清边县中医院 718500)

【摘要】目的 研究剖宫产产后出血相关危险因素及相对应的护理措施。**方法** 对 50 例产后出血的剖宫产产妇和 100 例产后正常的剖宫产产妇的临床资料进行对比研究,其中单因素分析采用卡方检验,多因素分析采用多因素条件 Logistic 回归进行分析。**结果** 胎儿体质量($OR = 4.554, 95\% CI: 1.455 \sim 6.534$);多胎妊娠($OR = 1.942, 95\% CI: 1.234 \sim 2.442$);胎盘粘连($OR = 2.245, 95\% CI: 1.545 \sim 5.342$);前置胎盘($OR = 3.53, 95\% CI: 1.534 \sim 5.534$)是剖宫产产后出血的相关危险因素。**结论** 应当加强对具有发生产后出血危险因素产妇的产后护理,以便减少产后出血的发生。

【关键词】 产后出血; 危险因素; 护理措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)19-2624-02

近年来随着剖宫产率逐年上升,随之而来的是剖宫产的导致的产后出血也日益增多,严重危害了产妇的生命健康^[1-3]。因此研究产后出血的相关危险因素,并采取有效的护理措施具有重要的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2012 年 12 月来本院施行剖宫

产术并发生产后出血的 50 例产妇为研究对象,并且选择同期来本院进行剖宫产未发生产后出血的正常分娩孕妇 100 例为对照组,其中病例组产妇平均年龄(26.37±5.73)岁,孕周(39.64±2.48)周,对照组平均年龄(28.53±6.6)岁,孕周(39.83±2.34)周。两组间年龄、孕周等资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 资料收集 患者签署知情同意后,由本院产科医师经过统一培训后按照事先设计好的调查表进行调查,调查过程中对患者承诺资料保密,不会影响患者的个人隐私;并且只对患者不能理解的词汇进行解释,避免诱导性的词语,以确保资料的真实可靠性。产妇的相关资料:年龄、孕次、产次、胎儿体质量、胎盘情况、妊娠高血压情况进行调查。

1.3 产后出血诊断标准及测量方法 产后出血的诊断标准:自胎儿娩出后 24 h 内总失血量达到 500 mL 即诊断为产后出血^[4]。出血量的计算:剖宫产术中切开子宫壁后破膜,用负压吸引器吸尽羊水并记录负压瓶中羊水量,收集术中出血,术后记录负压瓶中液体量,其刻度之差加上清理阴道内的积血及面积法所计算纱布、布类的出血量为产后出血量。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.7 统计学软件包进行统计分析,两组间并发症的比较采用卡方检验,产后出血的单因素分析采用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。单因素卡方检验有统计学意义的因素纳入多因素非条件性 Logistic 回归分析。

2 结 果

2.1 剖宫产产后出血的相关危险因素分析 病例组胎儿体质量大于或等于 4 000 g、多胎妊娠、前置胎盘、胎盘粘连比例明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 剖宫产产后出血的相关危险因素分析

一般资料	病例组(n=50)	对照组(n=100)	χ^2	P
胎次 ≥ 2	22(44.0)	32(32.0)	0.95	>0.05
< 2	28(56.0)	68(68.0)		
产次 1 次	21(42.0)	34(34.0)	0.42	>0.05
≥ 2 次	29(58.0)	66(66.0)		
妊娠高血压 是	8(16.0)	11(11.0)	3.56	>0.05
否	42(84.0)	89(89.0)		
胎儿体质量 $\geq 4 000$ g	21(42.0)	11(11.0)	19.02	<0.01
$< 4 000$ g	29(58.0)	89(89.0)		
多胎妊娠 是	10(20.0)	7(7.0)	4.31	<0.05
否	40(80.0)	93(93.0)		
前置胎盘 是	8(16.0)	3(3.0)	5.30	<0.05
否	42(84.0)	97(97.0)		
胎盘粘连 是	12(24.0)	6(6.0)	7.67	<0.01
否	38(72.0)	94(94.0)		

2.2 剖宫产产后出血的相关危险因素 将单因素分析有统计学意义的因素代入条件 Logistic 回归模型,采用 Stepwise 法进行多因素分析。见表 2。

表 2 剖宫产产后出血的相关危险因素

变量	回归系数	标准差	Wald	P	OR	95%CI
胎儿体质量	1.342	1.452	11.678	0.001	4.554	1.455~6.534
多胎妊娠	0.655	0.406	4.455	0.041	1.942	1.234~2.442
胎盘粘连	0.645	0.734	5.34	0.021	2.245	1.545~5.342
前置胎盘	0.753	0.764	6.672	0.011	3.53	1.534~5.534

3 讨 论

产后出血是产妇死亡最主要的原因之一,全球范围内每年大约有 132 000 例产妇因产后出血而死亡^[5];在我国产后出血发生率占分娩总数的 2%~3%^[6]。因此研究产后出血的相关因素,并采取积极的护理措施,降低因产后出血导致产妇死亡,具有重要的临床价值和社会意义。本研究通过对 50 例产后出血患者的相关资料进行研究发现:胎儿体质量(OR=4.554,

95%CI: 1.455~6.534),多胎妊娠(OR=1.942,95%CI: 1.234~2.442),胎盘粘连(OR=2.245,95%CI: 1.545~5.342),前置胎盘(OR=3.53,95%CI: 1.534~5.534)是剖宫产产后出血的相关危险因素。胎儿体质量大于或等于 4 000 g,多胎妊娠可以使妊娠子宫过度膨胀,使子宫肌纤维过度伸展而失去弹性,从而容易引发产后宫缩乏力,导致大出血的发生^[7-8]。胎盘因素中又以胎盘粘连较为多见,胎盘因素导致产后出血和近年来人工流产发生率不断增加。

根据剖宫产发生产后出血的危险因素,本研究认为应该采取下列护理措施及:(1)加强孕前宣教,孕期进行适当的运动,均衡营养,避免巨大儿的产生。(2)重视生殖健康教育,避免意外妊娠的发生,减少因多次人流导致的胎盘粘连和前置胎盘的发现。(3)对临产产妇实施人文关怀和产时陪产服务,并对产妇进行心理干预,解除产妇的紧张情绪,保持充沛精力以缩短产程,促进子宫收缩。(4)不断提高医务人员专业技术水平,通过培训达到整体业务水平的提高,确保手术人员能准确及时对产后出血,进行抢救治疗。(5)加强产后观察。产后 2 h 是产后出血发生高峰期,因此剖宫产产妇特别是具有上述危险因素的患者应该在在产房观察 2 h;密切监测产妇生命体征、子宫收缩及阴道流血情况,发现异常及时处理;产妇回到病房应当鼓励产妇让新生儿及早吸吮奶头,反射性引起子宫收缩,从而避免产后出血的发生。

综上所述,产后出血是产科最为严重的并发症之一,临床护理工作中应对具有胎儿体质量大于或等于 4 000 g、多胎妊娠、胎盘粘连、前置胎盘等产后出血危险因素的产妇密切关注,并采取积极的护理措施,以避免产后出血的发生。

参考文献

- [1] Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2012, 117(2): 108-118.
- [2] Hermida J, Salas B, Sloan NL. Sustainable scale-up of active management of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage in Ecuador[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2012, 117(3): 278-282.
- [3] 马庆宁, 周国萍. 宫腔气囊压迫治疗产后出血的对比性研究[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(03): 541-544.
- [4] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 199.
- [5] Bouvier-Colle MH, Péquignot F, Jouglu E. Maternal mortality in France: frequency, trends and causes[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2001, 30(8): 768-775.
- [6] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 2051.
- [7] Fekih M, Jnifene A, Fathallah K, et al. Benefit of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage in cesarean section; a randomized controlled trial[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2009, 38(7): 588-593.
- [8] Mao SP, Chang CC, Chen SY, et al. Gestational thrombocytopenia complicated with macrosomia, failure to progress in active labor, and postpartum hemorrhage[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2007, 46(2): 177-179.