

胎心监护联合体位护理对胎儿宫内窘迫早期识别及预后的影响分析

王慧高

甘肃省中心医院

摘要: 目的 探究胎心监护联合体位护理对胎儿宫内窘迫的早期识别及预后的影响。方法 回顾性分析 2024 年 3 月至 2025 年 5 月在本院分娩的 138 例高危妊娠孕妇的临床资料。根据护理干预方式不同分为观察组 (69 例) 和对照组 (69 例)。对照组采用常规胎心监护及护理, 观察组在对照组基础上联合特定体位护理, 比较两组护理效果。结果 观察组胎儿宫内窘迫检出率更高, 剖宫产率更低, 对比 ($P < 0.05$), 观察组新生儿窒息率更低, Apgar 评分更优, 对比 ($P < 0.05$)。结论 胎心监护联合体位护理对胎儿宫内窘迫的早期识别及预后的影响显著, 可提高胎儿宫内窘迫的早期识别率, 降低产妇剖宫产率, 同时改善母婴预后, 证明该护理方法可在临床应用。

关键词: 胎心监护; 体位护理; 胎儿宫内窘迫; 早期识别; 预后影响

宫内窘迫是一种严重的产科并发症, 可引起新生儿窒息、脑性瘫痪甚至死亡。因此, 对围产期疾病进行早期识别和干预, 对于降低围产期不良结局具有重要意义^[1]。胎心监护是临床上最常用的监护方法, 但单一监测模式存在早期敏感性不高的缺陷。体位护理作为一种简单易行的非侵入性干预手段, 已被证实可改善胎盘血循环, 减轻胎儿缺氧^[2]。本次实验意在探究胎心监护联合体位护理对胎儿宫内窘迫的早期识别及预后的影响, 报告如下:

1 资料和方法

1.1 研究资料

回顾性分析 2024 年 3 月至 2025 年 5 月在本医院分娩的 138 例高危妊娠孕妇的临床资料。根据护理干预方式不同分为观察组 (69 例) 和对照组 (69 例)。

对照组中初产妇和经产妇比例为 39:30, 年龄最小 23 岁, 最大 38 岁, 均值 (30.27 ± 3.54) 岁; 观察组中初产妇和经产妇比例为 42:27, 年龄最小 21 岁, 最大 37 岁, 均值 (30.15 ± 3.27) 岁; 两组患者基线资料对比无意义, $P > 0.05$, 可进行实验对比。

纳入标准: ①孕周 ≥ 34 周; ②单胎妊娠; ③存在一项或多项高危因素 (如妊娠期高血压、糖尿病、羊水异常、过期妊娠等); ④孕妇及家属知情同意。排除标准: ①严重肝肾功能不全; ②精神疾病无法配合; ③胎膜早破或其他需立即终止妊娠的情况。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 给予常规产前护理及胎心监护。孕妇取仰卧位或半卧位, 每日行 1-2 次胎心监护, 每次 20-40 分钟。如发现异常, 及时报告医生并进行相应处理。

1.2.2 观察组: 在对照组常规护理的基础上, 联合实施体位护理干预。具体措施如下:

①左侧卧位: 指导孕妇每日卧床休息时采取左侧卧位, 每次不少于 30 分钟, 每日 3-4 次。

②半卧位与坐立位交替: 对于不适合长时间左侧卧的孕妇, 指导其在监护期间采取半卧位 (床头抬高 $30^\circ - 45^\circ$) 与坐立位交替, 促进下肢静脉回流。

③监护时体位调整: 在进行胎心监护前, 先让孕妇左侧卧 15 分钟, 再进行监护。若监护图形出现异常 (如变异减速), 立即协助孕妇改变体位 (左侧卧、右侧卧或半卧位), 并持续观察胎心变化。

1.3 观察指标

1.3.1 胎儿宫内窘迫检出率: 以胎心监护出现频繁晚期减速、重度变异减速或胎心率基线异常等为诊断标准, 统计两组剖宫产率。

1.3.2 包括新生儿窒息率 (1 分钟 Apgar 评分 < 7 分)、5 分钟 Apgar 评分, 统计两组新生儿窒息率并进行对比。

1.4 统计学方法

本次实验统计学分析用 SPSS24.0 软件, 计量资料用均

数 ± 平方差表示, 行 t 检验, 计数资料用率表示, 行 x² 检验, P<0.05 时有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组胎儿宫内窘迫检出率及剖宫产率

观察组胎儿宫内窘迫检出率更高, 剖宫产率更低, 对比 (P < 0.05), 如表 1。

表 1 胎儿宫内窘迫检出率及剖宫产率 (n, %)

组别	例数	胎儿宫内窘迫检出率	剖宫产率
对照组	69	21 (30.43)	36 (52.17)
观察组	69	10 (14.49)	22 (31.88)
x ²	-	5.034	5.829
P	-	0.025	0.016

2.2 新生儿窒息率及 5 分钟 Apgar 评分

观察组新生儿窒息率更低, Apgar 评分更优, 对比 (P < 0.05), 如表 2。

表 2: 窒息率及 5 分钟 Apgar 评分 ($\bar{x} \pm s$) (n, %)

组别	例数	新生儿窒息率	新生儿 5 分钟 Apgar 评分 (分)
对照组	69	12 (17.39)	8.41 ± 0.92
观察组	69	4 (5.80)	8.92 ± 0.67
t/x ²	-	4.525	3.722
P	-	0.033	0.000

3 讨论

临床上, 胎儿慢性窘迫常伴有胎盘功能障碍, 多发生在孕晚期, 而急性胎儿窘迫多由脐带受压、胎盘早剥等突发因素所致。无论是哪一种类型的新生儿, 其结局均可导致新生儿窒息、缺氧性脑病、脑瘫甚至胎儿死亡, 是围产期致死率高的主要原因^[3]。因此, 早期识别和干预胎儿宫内窘迫已成为现代产科研究的重要课题。胎心监测 (FHR 监测) 是目前临床最常用的非侵入性监测方法, 可通过连续监测胎心率基线变化及与宫缩的相关性, 间接评价胎儿宫内储备能力及是否存在低氧^[4]。除监测技术外, 各种非药物干预也越来越受到关注, 其中体位护理因其操作简便、无创伤、费用低廉而备受关注^[5]。孕后期子宫增大, 对下腔静脉及腹主动脉造成压迫, 影响母亲回心血量及心输出量, 从而导致子宫胎盘供血不足。指导孕妇采取一定的体位 (如左侧卧位), 可有效减轻这种压迫, 促进母体血液循环, 提高胎盘灌注, 为胎儿提供充足的氧气^[6]。

分析本次实验数据可知, 观察组胎儿宫内窘迫检出率更高, 剖宫产率更低, 对比 (P < 0.05), 观察组新生儿窒息率更低, Apgar 评分更优, 对比 (P < 0.05)。提示体位护理并不能减少低氧发生率, 但可改善胎心监护对潜在低氧的识别能力。其可能机理如下:

改善基线状况: 采用左侧卧位等体位干预措施, 暂时性改善子宫胎盘血循环, 使胎儿在“临界缺氧”状态下获得充足的氧气供应。这一暂时性的“氧合改善”使胎儿心脏监护可以更容易地发现胎儿贮存能力上的微妙变化, 从而使那些可能被隐藏或非典型的畸形显现出来。

提高诊断的可信度: 姿势变化本身就是一种“应激”或者“激发”测试。若胎儿在体位变化后胎心监护图有所改善, 则可证实胎儿缺氧与母亲的血液动力学有关, 从而支持诊断。反之, 若改变体位后形态仍无显著改善, 则提示胎盘功能不全或其他问题, 应予以积极干预。这一看似与“高检出率”相矛盾的结果, 恰恰揭示了该方案的临床价值。检出率高, 说明问题能更早更及时地被发现。这就为临床医生提供了充足的时间与信息, 对胎儿进行宫内复苏 (如持续体位调整、吸氧等), 以及选择最佳的分娩时间与方式。对部分因暂时性缺氧而出现异常胎儿, 应及早采取干预措施, 以避免不必要的紧急剖腹产。“高检出率”与“有效干预”相结合, 使剖宫产率从“较高”上升到“较合理”。改善新生儿预后: 新生儿窒息发生率明显低于对照组, Apgar 评分高于对照组。早期识别、及时复苏可最大程度纠正胎儿缺氧状态, 为顺利度过分娩、适应宫内环境打下坚实基础。因此, 本研究不仅可降低新生儿的发病率, 还可促进其长期神经发育。

综上所述, 胎心监护联合体位护理对胎儿宫内窘迫的早期识别及预后的影响显著, 可提高胎儿宫内窘迫的早期识别率, 降低产妇剖宫产率, 同时改善母婴预后, 证明该护理方法可在临床应用。

参考文献

[1] 靳利平, 李晓燕, 柯会. 循证护理在胎膜早破护理中的应用效果及对减少产后感染发生的作用观察 [J]. 贵州医药, 2025, 49 (03): 485-486.

[2] 骆冉冉, 闫华, 吴晓文. 个性化综合护理干预对胎膜早破产妇不良情绪与新生儿结局的影响 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2024, 41 (05): 541-542.

- [3] 李绮红. 疼痛预案护理对降低胎儿窘迫发生率的效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2023, 38 (12): 210-212.
- [4] 黄桂慧, 鲍庆玲, 李广莲. 综合护理在妊娠期高血压疾病患者围生期护理中效果和对胎儿窘迫的影响 [J]. 基层医学论坛, 2023, 27 (30): 1-3.