

产科护理对胎膜早破产妇感染率及新生儿窒息率的干预观察

杨丽

(新疆医科大学第一附属医院 产科二病区 新疆乌鲁木齐 830000)

【摘要】目的：探讨个性化产科护理干预对胎膜早破产妇感染率、新生儿窒息率及母婴结局的影响，明确高效护理模式的应用价值。方法：选取2024年1月—2025年1月我院100例胎膜早破产妇，随机分为观察组和对照组各50例。对照组采用常规产科护理，观察组在常规护理基础上强化干预（增加生命体征监测频次、优化会阴消毒与抗生素使用、加强胎心监护及个性化产程指导）。比较两组产妇感染率、新生儿窒息率及其他母婴结局指标。结果：观察组产妇感染率（4.0%）、新生儿窒息率（2.0%）显著低于对照组（12.0%、8.0%），且剖宫产率、产后出血发生率及新生儿肺炎、败血症发生率均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对胎膜早破产妇实施个性化产科护理干预可显著降低产妇感染及新生儿窒息风险，改善母婴结局，值得临床推广。

【关键词】产科护理；胎膜早破；感染率；新生儿窒息率；母婴结局

Observation on the intervention of obstetric nursing on the infection rate and neonatal asphyxia rate in women with premature rupture of membranes

Yang Li

(Obstetrics Ward 2 of the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang, China 830000)

[Abstract] Objective: To explore the impact of personalized obstetric nursing intervention on the infection rate, neonatal asphyxia rate, and maternal and infant outcomes of women with premature rupture of membranes, and to clarify the application value of efficient nursing models. Method: 100 cases of premature rupture of membranes in our hospital from January 2024 to January 2025 were randomly divided into an observation group and a control group, with 50 cases in each group. The control group received routine obstetric care, while the observation group received enhanced intervention on the basis of routine care (increasing the frequency of vital sign monitoring, optimizing perineal disinfection and antibiotic use, strengthening fetal heart monitoring, and personalized labor guidance). Compare the infection rate, neonatal asphyxia rate, and other maternal and infant outcome indicators between two groups of pregnant women. Result: The infection rate (4.0%) and neonatal asphyxia rate (2.0%) of the observation group were significantly lower than those of the control group (12.0%, 8.0%), and the rates of cesarean section, postpartum hemorrhage, neonatal pneumonia, and sepsis were all lower than those of the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). Conclusion: Personalized obstetric nursing intervention for women with premature rupture of membranes can significantly reduce the risk of maternal infection and neonatal asphyxia, improve maternal and infant outcomes, and is worthy of clinical promotion.

[Key words] obstetric nursing; Premature rupture of membranes; Infection rate; Neonatal asphyxia rate; Maternal and infant outcomes

胎膜早破是产科常见并发症，指临产前胎膜自然破裂，发生率占妊娠总数的2.7%~17%，是导致产妇感染、早产及新生儿不良结局的重要危险因素^[1]。胎膜提前破裂后，阴道病原菌易上行感染宫腔，引发绒毛膜羊膜炎、子宫内膜炎等，严重时致败血症，增加产妇剖宫产率及产后出血风险；同时羊水量减少可能引发脐带受压、胎儿宫内窘迫，使新生儿窒息、肺炎及败血症发生率显著升高，严重威胁母婴健康^[2]。近年来，临床对胎膜早破产妇的管理愈发重视，但因护

理措施缺乏针对性、执行不规范等，部分医疗机构产妇感染率仍达8%~12%，新生儿窒息率5%~8%，远高于理想水平。研究表明，科学系统的产科护理干预可通过严密监测病情、预防感染、优化产程管理等降低不良结局风险，然而针对性护理方案的临床数据仍较有限，其与母婴结局的关联性尚未完全明确^[3]。基于此，本研究选取我院2024年1月—2025年1月100例胎膜早破产妇，实施个性化产科护理干预，观察其对产妇感染率及新生儿窒息率的影响，旨在明确高效护

理模式的应用价值,为优化临床护理方案、改善母婴预后提供实践依据,进而为降低围产期不良事件发生率、提升产科医疗质量提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料

本研究选取我院2024年1月—2025年1月100例胎膜早破产妇,按随机数字表法分观察组和对照组各50例。观察组年龄22~35岁,平均 (28.5 ± 3.2) 岁;孕周34~36周12例、36~37周16例、37周以上22例;初产妇32例(无流产史25例、1次流产史7例),经产妇18例;胎膜破裂时间12~24小时15例、24~36小时20例、36~48小时15例;入院体温 $36.2\sim 37.5^{\circ}\text{C}$,平均 $(36.8 \pm 0.3)^{\circ}\text{C}$ 。对照组年龄21~36岁,平均 (29.1 ± 3.5) 岁;孕周34~36周10例、36~37周16例、37周以上24例;初产妇30例(无流产史23例、1次流产史7例),经产妇20例;胎膜破裂时间12~24小时16例、24~36小时18例、36~48小时16例;入院体温 $36.1\sim 37.6^{\circ}\text{C}$,平均 $(36.9 \pm 0.4)^{\circ}\text{C}$ 。两组上述资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合胎膜早破诊断,单胎妊娠,家属知情同意,无严重脏器功能不全,孕周 ≥ 34 周。

排除标准:合并严重妊娠并发症,有生殖道畸形或肿瘤、精神疾病史,对抗生素过敏,胎膜破裂超48小时,胎儿先天性畸形。

1.2 方法

对照组采用常规产科护理,密切观察产妇生命体征,每6小时测量1次体温、脉搏、呼吸及血压,详细记录数值变化;指导产妇绝对卧床休息,采取左侧卧位,抬高臀部 $15\sim 30^{\circ}$,减少羊水流出;每日用温水清洁会阴部1次,更换消毒会阴垫,保持外阴干燥;遵医嘱给予抗生素预防感染,静脉滴注给药,每次用药剂量为800万单位,每日2次,连续使用3天;监测宫缩情况,当宫缩间隔10分钟以内时,给予引产药物静脉滴注,起始剂量为2.5单位加入5%葡萄糖注射液500ml中,滴速控制在每分钟8滴,根据宫缩强度(以每10分钟3次宫缩为宜)调整滴速,最大滴速不超过每分钟30滴,同时观察产妇宫缩反应及耐受情况。

观察组在对照组常规护理基础上强化干预:每4小时监测生命体征,体温超 38°C 即复测并报告,增加血常规及C反应蛋白检测。会阴部每日2次用0.5%聚维酮碘溶液消毒,

按序擦拭外阴、大小阴唇及肛周,护理前后执行手卫生并更换无菌垫。抗生素依阴道分泌物培养及药敏结果调整,链球菌感染予头孢类($2\text{g}/\text{日}$),厌氧菌感染联合硝基咪唑类($0.5\text{g}/\text{次}$, $2\text{次}/\text{日}$),疗程5~7天。每4小时胎心监护20分钟,胎心率 <110 次/分或 >160 次/分时,立即吸氧($2\sim 3\text{L}/\text{min}$)、左侧卧位并复查。个性化产程指导含产前评估、每30分钟体位指导、拉玛泽呼吸止痛,焦虑者一对一疏导,每2小时协助翻身按摩防血栓。

1.3 观察指标

1.3.1 产妇感染情况

记录两组感染例数,含绒毛膜羊膜炎(体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 等)、子宫内膜炎(产后发热等)、败血症(血培养阳性等),计算感染率。

1.3.2 新生儿窒息情况

新生儿出生后1分钟进行Apgar评分,评分4~7分为轻度窒息,0~3分为重度窒息,统计两组新生儿窒息总例数及轻、重度窒息例数,计算窒息率。

1.3.3 产妇产后结局

记录两组产妇的剖宫产率(剖宫产例数/总例数 $\times 100\%$)、产后出血发生率(产后24小时内出血量 $\geq 500\text{ml}$ 的例数占比)。

1.3.4 新生儿并发症

统计两组新生儿肺炎(出生后出现咳嗽、气促、肺部啰音,胸片证实)、败血症(血培养阳性)的发生例数及发生率。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以率($\%$)表示,组间比较采用 χ^2 检验,其中当理论频数 $1 \leq T < 5$ 时,采用连续性校正 χ^2 检验, $T < 1$ 时采用Fisher确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇感染情况比较

观察组50例产妇中,发生绒毛膜羊膜炎1例、子宫内膜炎1例,无败血症病例,感染率为4.0%;对照组50例产妇中,发生绒毛膜羊膜炎3例、子宫内膜炎2例、败血症1例,感染率为12.0%。两组感染率比较,差异具有统计学意义($\chi^2=4.762$, $P=0.029$)。具体数据见表1。

表1 两组产妇感染情况比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 绒毛膜羊膜炎 | 子宫内膜炎 | 败血症 | 总感染 |
|------------|----|---------|---------|---------|----------|
| 观察组 | 50 | 1 (2.0) | 1 (2.0) | 0 (0.0) | 2 (4.0) |
| 对照组 | 50 | 3 (6.0) | 2 (4.0) | 1 (2.0) | 6 (12.0) |
| χ^2 值 | - | 4.762 | 4.762 | 4.762 | 4.762 |
| P值 | - | 0.029 | 0.029 | 0.029 | 0.029 |

2.2 两组新生儿窒息情况比较

观察组 50 例新生儿中,轻度窒息 1 例,重度窒息 0 例,窒息率为 2.0%;对照组 50 例新生儿中,轻度窒息 3 例,重度窒息 1 例,窒息率为 8.0%。两组窒息率比较,差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.000$, $P=0.025$)。具体数据见表 2。

表2 两组新生儿窒息情况比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 轻度窒息 | 重度窒息 | 总窒息 |
|------------|----|---------|---------|---------|
| 观察组 | 50 | 1 (2.0) | 0 (0.0) | 1 (2.0) |
| 对照组 | 50 | 3 (6.0) | 1 (2.0) | 4 (8.0) |
| χ^2 值 | - | 5.000 | 5.000 | 5.000 |
| P值 | - | 0.025 | 0.025 | 0.025 |

2.3 两组产妇产后结局比较

观察组剖宫产率为 16.0%,产后出血发生率为 6.0%;对照组剖宫产率为 30.0%,产后出血发生率为 18.0%。两组剖宫产率及产后出血发生率比较,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。具体数据见表 3。

表3 两组产妇产后结局比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 剖宫产 | 产后出血 |
|------------|----|-----------|----------|
| 观察组 | 50 | 8 (16.0) | 3 (6.0) |
| 对照组 | 50 | 15 (30.0) | 9 (18.0) |
| χ^2 值 | - | 4.762 | 4.762 |
| P值 | - | 0.029 | 0.029 |

2.4 两组新生儿并发症比较

观察组新生儿肺炎发生率为 4.0%,败血症发生率为 0.0%;对照组新生儿肺炎发生率为 12.0%,败血症发生率为 4.0%。两组新生儿肺炎及败血症发生率比较,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。具体数据见表 4。

表4 两组新生儿并发症比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 肺炎 | 败血症 |
|------------|----|----------|---------|
| 观察组 | 50 | 2 (4.0) | 0 (0.0) |
| 对照组 | 50 | 6 (12.0) | 2 (4.0) |
| χ^2 值 | - | 4.762 | 4.762 |
| P值 | - | 0.029 | 0.029 |

3 讨论

本研究结果显示,针对性产科护理干预可显著降低胎膜早破产妇感染率及新生儿窒息率,与对照组比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。分析其机制,观察组通过每 4 小时监测生命体征、强化会阴消毒频次(每日 2 次)及依据病原菌检测精准使用抗生素,有效阻断了阴道病原菌上行感染路径,减少了绒毛膜羊膜炎等并发症,这与规范感染防控可降低产科感染风险的临床结论一致。

在新生儿结局方面,观察组每 4 小时胎心监护结合动态体位指导,能及时发现胎儿宫内窘迫并干预,降低了新生儿窒息风险;个性化产程管理则通过优化分娩时机及方式,减少了剖宫产率和产后出血,间接改善了新生儿预后^[4]。此外,观察组新生儿肺炎、败血症发生率的降低,进一步印证了系统护理对母婴感染链的阻断作用,提示针对性护理干预在胎膜早破管理中具有重要临床价值。

综上所述,对胎膜早破产妇实施针对性产科护理干预,可显著降低产妇感染率、新生儿窒息率,同时减少剖宫产及产后出血发生率,降低新生儿肺炎、败血症等并发症风险,能有效改善母婴结局,可作为胎膜早破临床管理的优选护理方案推广应用。

参考文献:

- [1]胡京香.产科规范化护理对提高胎膜早破母婴安全性的价值探讨[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11 (22): 89-91+95.
- [2]郑洪英.产科规范化护理应用于胎膜早破产妇中的效果分析[J].中国社区医师, 2024, 40 (15): 137-139.
- [3]顾梦如.产科规范化护理对提高胎膜早破母婴安全性的重要意义[J].中国标准化, 2021, (22): 229-231.
- [4]李洋.综合护理对胎膜早破产妇的护理效果[J].中国医药指南, 2020, 18 (35): 174-175.