

基于危机式管理理论结合新产程时限管理对产妇产娩的影响

陈柳娟, 李翠雯, 彭雪红, 邢顺莲, 王艳芳, 林海霞

惠州市第二妇幼保健院 (广东惠州 516001)

〔摘要〕目的 探讨基于危机式管理理论结合新产程时限管理对产妇产娩的影响。**方法** 回顾性分析 2022 年 7 月至 2023 年 7 月于医院妇产科住院并分娩的 160 例产妇资料, 按照随机数字表法分为对照组和试验组, 每组 80 例。对照组予以传统 Friedman 产程标准管理, 试验组给予基于危机式管理理论结合新产程时限管理, 比较两组产程时间、绒毛膜羊膜炎发病率、分娩方式及安全意外情况。**结果** 试验组第一产程、第二产程、第三产程及总产程时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 试验组发生绒毛膜羊膜炎发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 试验组顺产率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 两组阴道助产率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 试验组胎儿与产妇安全意外情况发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 产妇采用基于危机式管理理论结合新产程时限管理能有效缩短产程时间、提高顺产率, 降低绒毛羊膜炎及安全意外情况发生率。

〔关键词〕 基于危机式管理理论; 新产程时限管理; 产妇产娩

〔中图分类号〕 R473.71 **〔文献标识码〕** B **〔文章编号〕** 1002-2376 (2023) 23-0-0

绒毛膜羊膜炎是指在妊娠期及分娩期, 病原微生物经阴道进入羊膜腔内, 导致羊水、胎膜、子宫出现感染的情况, 与医护人员操作不当、胎膜早破、产程延长等有关^[1-3]。研究显示, 产妇患绒毛膜羊膜炎后, 不仅会出现早产, 还会造成胎儿分娩异常、产后新生儿疾病等不良事件, 严重威胁孕妇及新生儿的生命安全^[4-5]。产妇产娩过程属于高危过程, 存在较多风险, 因此对其进行风险评估也极为重要。目前, 传统 Friedman 产程标准管理是临床常用的产程管理模式, 以关注产妇产程为重点, 但仍存在弊端^[6]。因此, 临床需探索新的管理模式, 对产妇进行产程管理的同时进行危机防控, 保证母婴健康。危机管理理论通过分析、预测管理过程中出现的诱发因素并对其进行全程管理、干预降低危机^[7]。新产程时限管理能够有效减少第一产程的医疗干预, 降低剖宫产率^[8]。本研究旨在探讨基于危机式管理理论结合新产程时限管理对产妇产娩的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2022 年 7 月至 2023 年 7 月我院妇产科住院并分娩的 160 例产妇资料, 按照随机数字

表法分为对照组及试验组, 每组 80 例, 两组基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。本研究已通过医院医学伦理委员会批准, 入选者均签署知情同意书。

纳入标准: 年龄 ≥ 18 岁; 单胎; 足月分娩; 产妇骨盆发育正常; 胎儿发育正常; 产妇无精神类疾病可配合分娩; 临床资料齐全。排除标准: 多胎或早产分娩; 临产及有感染症状 (妊娠妇女心率 >120 次/min 或胎儿心率 160 次/min, 体温 $>37.8^{\circ}\text{C}$, 羊水有臭味, 子宫压痛, 上呼吸道感染等); 合并严重基础疾病; 对药物过敏; 合并妊娠高血压; 胎位不正; 严重肝肾功能不全; 精神障碍; 依从性差。

表 1 两组产妇基线资料比较

组别	例数	年龄	孕周	体重	产次 [例 (%)]	
		(岁, $\bar{x} \pm s$)	(周, $\bar{x} \pm s$)	(kg, $\bar{x} \pm s$)	初产妇	经产妇
试验组	80	28.61 $\pm$ 2.14	39.52 $\pm$ 3.31	55.20 $\pm$ 5.13	21 (26.25)	59 (73.75)
对照组	80	28.01 $\pm$ 2.62	39.82 $\pm$ 3.12	54.74 $\pm$ 5.69	22 (27.50)	58 (72.50)
t/χ^2		1.258	0.479	0.430	0.032	
P		0.212	0.633	0.669	0.858	

1.2 方法

对照组采取传统 Friedman 产程标准管理。

(1) 潜伏期 (产妇自出现规律宫缩至宫口开至 3 cm): 潜伏期延长为时间 ≥ 16 h。(2) 活跃期 (产妇宫口扩张为 3~10 cm): 活跃期延长时间为 ≥ 8 h; 活跃期停滞时间为 ≥ 2 h。(3) 第二产程 (产妇宫

基金项目: 2022 年度惠州市医疗卫生领域科技计划项目 (2022CZ010261)

收稿日期: 2023-08-21

口开全至胎儿娩出)：产程延长(无痛分娩下，第二产程时间 ≥ 3 h；非无痛分娩：第二产程时间 ≥ 2 h)。(4) 滞产：总体产程时间 ≥ 24 h。

试验组采用基于危机式管理理论联合新产程时限管理干预方法。

基于危机式管理理论干预：(1) 事先计划。成立预警小组，小组成员接受相关知识培训并考核，考核通过者方可进入临床。小组成员寻找产妇产前过程中可能存在的风险。(2) 制定防范措施。针对收集的危险因素，结合实际情况制定针对性防范计划。对于专业素质较低的年轻护士，可采用一对一带教，提高其专业素养，定期进行演练等；参考相关资料的同时结合医院实际情况制定奖惩制度，从而加强护理人员的专业性，提高责任心。(3) 实施。详述具体实施过程不仅要全面落实计划内容，还需加强产妇与护理人员间的沟通，对产妇进行心理指导等。(4) 总结。护理人员对护理过程进行记录，收集护理效果，每周召开会议，总结经验，根据实际情况调节具体措施。

新产程时限管理方法。(1) 分娩指标为活跃期停滞(宫口正常的情况下，宫口停止扩张 ≥ 4 h；宫口张开 6 cm 情况下，宫口停止扩张时间 ≥ 6 h)，活跃期标志为宫口扩张。(2) 第二产程延长：初产妇硬脊膜外阻滞且第二产程 >4 h 无进展；产妇无硬脊膜外阻滞，第二产程 >3 h。

1.3 观察指标

观察两组产程时间、绒毛膜羊膜炎发生情况、分娩方式及安全意外情况。(1) 产程时间：记录第一、二、三产程时间和总产程时间。(2) 绒毛膜羊膜炎发生情况：所有产妇产后均进行胎膜病理检查，比较两组绒毛膜羊膜炎发生率。(3) 分娩方式：比较两组产妇顺产、阴道助产、剖宫产发生情况。(4) 安全意外情况：比较两组中新生儿与产妇出现的安全意外情况，包括新生儿脐部感染、新生儿红臀、产妇产后下肢不适、产后切口感染、产后尿潴留等情况。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 20.0 统计软件分析数据。产程时间、年龄、孕周等计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，不同时间进行方差分析。绒毛膜羊膜炎发病率、分娩方式、安全意外情况等计数资料以率表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产程时间比较

试验组第一、二、三产程及总产程时间均短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 2。

2.2 两组绒毛膜羊膜炎发生率比较

试验组发生绒毛膜羊膜炎 7 例，发生率为 8.75%；

对照组发生绒毛膜羊膜炎 18 例，发生率为 22.50%。试验组绒毛膜羊膜炎发生率低于对照组，差异有统计学意义($\chi^2 = 5.736$, $P < 0.05$)。

表 2 两组产程时间比较 (min, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
试验组	80	353.11 $\pm$ 27.84	32.94 $\pm$ 8.95	5.16 $\pm$ 0.94	391.21 $\pm$ 30.09
对照组	80	477.28 $\pm$ 52.50	50.45 $\pm$ 8.76	7.88 $\pm$ 1.97	535.61 $\pm$ 53.86
t		14.362	10.117	8.511	16.137
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组分娩方式比较

试验组顺产率高于对照组，剖宫产率低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)；两组阴道助产率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，见表 3。

表 3 两组分娩方式比较 [名 (%)]

组别	例数	顺产	阴道助产	剖宫产
试验组	80	45 (56.25)	25 (31.25)	10 (12.50)
对照组	80	30 (37.50)	29 (36.25)	21 (26.25)
χ^2		5.647	0.447	4.841
P		0.017	0.504	0.028

2.4 两组产妇及新生儿安全意外情况比较

试验组胎儿与产妇安全意外情况发生率低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组安全意外情况比较 [名 (%)]

组别	例数	胎儿			总发生
		红臀	脐部感染		
试验组	80	1 (1.25)	1 (1.25)		2 (2.50) ^a
对照组	80	4 (5.00)	5 (6.25)		9 (11.25)
组别	例数	产妇			总发生
		切口感染	尿潴留	下肢不适	
试验组	80	0 (0.00)	2 (2.50)	2 (2.50)	4 (5.00) ^b
对照组	80	2 (2.50)	5 (6.25)	9 (11.25)	16 (20.00)

注：与对照组比较， $\chi^2 = 4.783$ ， $^a P = 0.029$ ； $\chi^2 = 8.229$ ， $^b P = 0.004$

3 讨论

绒毛膜羊膜炎是孕期感染性疾病，与产妇早产密切相关，是自发性早产的高危因素^[9-10]。研究显示，由绒毛膜羊膜炎导致的早产发生率高达 40%~70%，而临床可通过适宜的管理干预有效减少绒毛膜羊膜炎发生^[11]。因此，探寻合适、安全的妊娠期管理方案已迫在眉睫。危机式管理理论重点在于“防范”，通过整理与分析既往产科临床危机事件，以制定科学有效的管理方案^[12]。产程时间较长导致疼痛延长，使产妇身心压力增加，从而导致产妇拥有较大的精神压力，失去自然分娩的信心。此外，产妇无法忍受分娩过程中的剧烈疼痛，导致不良的母婴分娩结局风险较大^[13-14]。

本研究结果显示，试验组第一、二、三产程及总产程时间均短于对照组，顺产率高于对照组，剖宫产率低对照组($P < 0.05$)；两组阴道助产率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，说明对产妇实施

基于危机式管理理论结合新产程时限管理能够缩短产程时间,提高顺产率,但与韩文莹等^[15]研究结果不一致。分析原因为,在实施计划前,管理小组根据医院及产妇的实际影响因素制定完善的安全管理计划,并严格执行,保证护理人员明确自身的职责,提高其责任心。此外,细致、完善的护理管理过程能够帮助护理人员掌握产妇的各项指标,减少工作中的疏漏,加强对产妇的沟通,提高产妇自然分娩的信心,可有效预防各种意外的发生,从而缩短产程时间,提高顺产率。本研究结果显示,试验组绒毛膜羊膜炎发生率低于对照组,说明采用基于危机式管理理论结合新产程时限管理能有效降低产妇绒毛膜羊膜炎发生率。分析其原因为,基于危机式管理理论结合新产程时限管理中,建立的管理小组对护理人员进行相关知识培训、考核,并对年轻护士进行一对一带教,以提高护理质量,减少因操作不当导致产妇出现绒毛膜羊膜炎;此外,基于危机式管理理论结合新产程时限管理还能缩短其产程,减少绒毛膜羊膜炎的发生^[16-17]。本研究结果显示,试验组患者胎儿及产妇安全意外情况较对照组少($P<0.05$),说明基于危机式管理理论结合新产程时限管理能减少安全意外情况。分析其原因为,基于危机式管理理论结合新产程时限管理中通过为母婴提供更全面的安全保障,并帮助医师正确判断产程,降低安全意外情况的发生^[18]。此外,基于危机管理理论结合新产程时限管理通过强化护理人员的专业技能,提升产妇分娩相关知识的了解程度,并对年轻护士进行带教,提高其专业素养,使其更专业地处理分娩过程中的风险问题,从而最大程度减少安全意外事故的发生。

综上所述,产妇采用基于危机式管理理论结合新产程时限管理可有效缩短产程时间,提高顺产率,降低绒毛膜羊膜炎及安全意外情况发生率。

[参考文献]

- [1] 赵亭亭,王一泉,丁虹娟,等.肝素结合蛋白在产时发热合并急性绒毛膜羊膜炎患者中的预测价值[J].重庆医学,2023,52(1):26-30.
- [2] 林楠,夏缘青,华人意.产前发热的早产孕妇合并组织学绒毛膜羊膜炎的相关因素分析[J].中国妇幼保健,2023,38(3):488-492.
- [3] 李楠,白晓红,宋丽娜,等.胎膜早破孕妇胎膜组织中 NAMPT 表达及其与绒毛膜羊膜炎的相关性[J].中华医院感染学杂志,2022,32(12):1825-1828.
- [4] 高艳杰,龚春桃,汪海霞,等.血清 β -HCG PCT CRP 及分泌物 GBS 联合检查在预测胎膜早破孕妇并发绒毛膜羊膜炎及新生儿感染的临床价值[J].河北医学,2021,27(6):930-934.
- [5] 刘艳华,赵玲,杨志芬,等.Wip1、PCT 和 IL-6 对未足月胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的临床价值研究[J].实用妇产科杂志,2021,37(2):127-132.
- [6] 李丽霞,韩文莹,李明巧,等.基于 RCT 对比 Friedman 与新产程对阴道试产成功率及母婴结局影响的临床研究[J].华南国防医学杂志,2021,35(11):792-795.
- [7] 孟洁,郭芳芳,赵爽.危机管理理论在呼吸科护理安全管理中的应用[J].科学养生,2021,24(1):295.
- [8] 韩慧远,程小侠,张彩霞,等.新产程时限管理联合个性化音乐疗法在初产妇分娩过程中的应用及其对产时疼痛焦虑、产后盆底功能的影响[J].中国性科学,2022,31(10):94-98.
- [9] 葛瀛洲,张晨,刘欣梅,等.产时体温异常孕妇中组织学绒毛膜羊膜炎的相关因素及产后母婴感染风险分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2021,37(3):342-347.
- [10] 田亚静,万雪超,葛文杰,等.胎膜组织人 β 防御素 2、核因子 KB p65、Toll 样受体-4 表达与未足月胎膜早破孕妇绒毛膜羊膜炎发生的关系[J].中华医院感染学杂志,2022,32(8):1210-1214.
- [11] 丁冉,陈强,张倩薇,等.不同分期组织学绒毛膜羊膜炎与胎龄小于 32 周早产儿呼吸窘迫综合征关系的研究[J].中国当代儿科杂志,2021,23(3):248-253.
- [12] 黎黎,曹祎黎,崔晓霞,等.基于危机管理理论的大型综合性医院疫情防控管理模式构建——以西安交通大学第一附属医院为例[J].西安交通大学学报(医学版),2022,43(5):646-652.
- [13] 高靖,曾文玉.基于危机式管理理论结合新产程时限管理对产妇疼痛评分、会阴侧切率及自然分娩率的影响[J].海军医学杂志,2020,41(5):572-575.
- [14] 黄巧如,李子琳,周倩琪,等.第二产程延长或停滞中应用低位产钳术与剖宫产术产妇围产期指标及新生儿预后的对比分析[J].临床和实验医学杂志,2022,21(5):529-532.
- [15] 韩文莹,李丽霞,李明巧,等.新产程标准中产程时限管理对产妇分娩结局的影响[J].新乡医学院学报,2021,38(5):418-421,426.
- [16] 香钰婷,陈锐聪,欧宜静,等.未足月胎膜早破合并组织学绒毛膜羊膜炎的新型生物标志物研究进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2023,39(1):123-126.
- [17] 李虹,沈鑫,折开娥,等.胎膜早破患者血清 SAA、NLRP3 及 FasI 表达水平对绒毛膜羊膜炎的预测价值[J].中国妇产科临床杂志,2023,24(1):62-65.
- [18] 战姝妍,王立媛.新产程标准联合胎心监护在剖宫产术后阴道分娩产妇中的应用效果研究[J].医学综述,2021,27(16):3314-3317,3323.