

高原地区综合护理干预对无痛分娩患者产后恢复的影响研究

杜爱芳

甘南藏族自治州玛曲县人民医院

DOI:10.12238/carnc.v3i6.15818

[摘要] 目的：探讨高原地区综合护理干预对无痛分娩的影响。方法：选取高原牧区无痛分娩产妇 60 例，均分为对照组（常规护理）和观察组（综合护理），对比护理效果。结果：观察组效果优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：综合性护理能促进无痛分娩产后恢复。

[关键词] 高原地区；无痛分娩；综合护理

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

Study on the Impact of Comprehensive Nursing Intervention in High-altitude Areas on Postpartum Recovery of Painless Delivery Patients

Aifang Du

Maqu County People's Hospital

Abstract: Objective: Impact of comprehensive nursing on painless delivery in high-altitude regions. Method: 60 high-altitude painless delivery mothers: control (routine care) vs. observation (comprehensive care), comparing effects. Result: Observation group outperformed control ($P<0.05$). Conclusion: Comprehensive nursing aids post-painless-delivery recovery.

Keywords: Plateau region; Painless delivery; Comprehensive nursing

引言

高原地区因其低氧、低温、强紫外线等特殊环境因素，可对孕产妇的生理功能及分娩结局产生显著影响^[1]。研究表明，高原产妇的产程延长、产后出血风险增加、子宫复旧延迟及产后抑郁发生率均高于平原地区^[2]。无痛分娩在高原环境下，麻醉药物代谢、产妇氧合状态及应激反应的变化可能影响镇痛效果及产后恢复进程^[3]。目前，国内外关于无痛分娩护理的研究多集中于平原地区，针对高原环境特点的护理干预策略尚缺乏系统探索。本研究旨在探究综合护理对无痛分娩产妇产后恢复的影响，为高原地区产科护理实践提供科学依据。具体研究如下：

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

本研究共纳入 60 例高原牧区无痛分娩产妇，均分为对照组（ $n=30$ ）和观察组（ $n=30$ ）。对照组年龄区间 22-40 岁，平均年龄（ 27.69 ± 2.85 ）岁。观察组年龄区间 22-41 岁，平均年龄（ 27.87 ± 2.93 ）岁。两组一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）长期居住于海拔 2500 米以上高原地区的单胎妊娠产妇。（2）开展椎管内麻醉无痛分娩的足月妊娠产妇。（3）无严重妊娠期并发症。（4）自愿参与研究，

签署知情同意书。

排除标准：（1）存在妊娠期高血压、糖尿病控制不佳等情况。（2）对局麻药（如罗哌卡因、丁哌卡因）过敏。（3）产前已存在严重心理疾病的产妇。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

常规护理：持续监测血压、心率、血氧饱和度，每 30 分钟记录 1 次；左侧卧位，避免仰卧位低血压，床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ；低流量吸氧维持 $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ；产后 2~4 小时协助排尿，预防尿潴留；每 15 分钟按压宫底，评估出血量；指导母乳喂养、高原适应性活动及保暖。

1.2.2 观察组

综合护理：（1）氧合管理与呼吸支持：持续进行血氧监测，使用脉搏血氧仪每 15 分钟测量一次产妇的血氧饱和度，确保其维持在 92% 以上。当血氧饱和度低于 90% 时，需立即调整氧流量。采用阶梯式氧疗方案，若血氧饱和度 $\geq 92\%$ ，通过鼻导管以 $2\sim 3 \text{ L/min}$ 的流量吸氧；当血氧饱和度处于 $90\%\sim 92\%$ 之间，改用面罩吸氧，流量为 $5\sim 6 \text{ L/min}$ ；若血氧饱和度 $< 90\%$ ，则使用储氧面罩，以 10 L/min 的高流量吸氧。同时，指导产妇进行高原适应性呼吸训练，如缩唇呼吸和腹式呼吸，每天 3 次，每次 10~15 分钟，以增强呼吸肌力量，

Clinical Application Research of Nursing Care

提高肺部通气功能。（2）疼痛管理与舒适护理：采用视觉模拟评分法（VAS）每2小时评估一次产妇的疼痛程度。对于轻度疼痛（VAS评分1~3分），可通过心理安慰、转移注意力等非药物方法缓解；中度疼痛（VAS评分4~6分），遵医嘱给予弱阿片类药物止痛；重度疼痛（VAS评分7~10分），及时使用强阿片类药物。保持病房安静、整洁、温度适宜（22~24℃），为产妇提供舒适的休息环境。协助产妇采取舒适的体位，如半卧位或侧卧位，减轻腹部压力，缓解疼痛。（3）子宫复旧与出血观察：产后子宫收缩监测是预防产后出血的关键措施。护理人员应在产后24小时内每15分钟按压一次宫底，评估子宫收缩硬度、宫底高度及阴道出血情况。正常子宫应呈球形、质地坚硬，若触及子宫松软或宫底上升，提示子宫收缩不良。同时密切观察阴道出血性质、颜色及出血量，采用专用产后出血计量垫准确测量。当发现子宫收缩乏力或出血量超过500ml时，应立即启动紧急处理预案：遵医嘱静脉滴注缩宫素20U+0.9%氯化钠500ml，或舌下含服米索前列醇400μg。同步建立双静脉通路，监测血压、心率及血氧饱和度，备血并准备抢救设备。指导产妇取平卧位，双腿屈曲外展，每2小时协助排空膀胱。教会产妇及家属子宫按摩方法：手掌置于脐下，环形按摩至子宫变硬，每日3~4次，每次持续5~10分钟。记录宫底高度、出血量及生命体征变化趋势，直至产后24小时出血风险期安全度过。（4）心理支持与情绪疏导：产后心理护理需构建多层次干预体系：护理人员应在产后6小时内进行首次心理评估，之后每日晨间查房时通过开放式提问观察情绪变化。实施一对一心理支持，以共情式沟通了解产妇对分娩体验的感受，采用认知行为疗法纠正不合理认知（如哺乳焦虑、形体焦虑）。每日安排30分钟专题宣教，通过图文手册和视频演示讲解产后生理变化、疼痛管理技巧及新生儿护理要点，消除知识盲区。建立家属支持系统，指导配偶参与护理，每日保证≥4小时陪伴时间。对出现显著焦虑症状者，启动多学科会诊，由精神科医师进行专业评估，必要时联合应用心理咨询（每周2次）和药物治疗（如舍曲林25~50mg/d）。建立产后心理随访档案，出院后通过微信平台持续提供心理支持至产后42天。（5）营养支持与饮食指导：产后营养管理第一阶段（产后1~3天）以流质/半流质饮食为主，推荐小米粥、藕粉等易消化食物，每日6餐，单次摄入量控制在200~300ml，避免加重胃肠负担。第二阶段（产后4~7天）过渡至软食，每日保障90~100g优质蛋白摄入（鸡蛋2个、瘦肉150g、鱼200g），增加血红素铁来源（鸭血100g/d或猪肝50g/隔日），搭配维生素C丰富果蔬（鲜枣、猕猴桃）促进铁吸收。第三阶段（产后2周后）恢复普通饮食，每日总热量2200~2500kcal，其中碳水化合物占50%~55%，蛋

白质20%~25%。特别指导哺乳期增加300~500ml/d饮水量（包含汤类），推荐低脂乳制品500ml/d补充钙质。建立饮食日记记录系统，动态调整膳食结构，对存在妊娠糖尿病史者严格控制GI值<55的食物占比。每周营养师查房评估体成分变化，确保BMI维持在18.5~24.9kg/m²理想范围。（6）活动与康复指导：产后活动康复实施阶梯化管理：第一阶段（产后6~12小时）指导产妇每2小时进行床上自主翻身，同步开展踝泵运动（每日3组，每组20次）及下肢屈伸活动（膝关节屈曲—伸直循环10次/组）。第二阶段（产后24小时）在医护人员监护下实施三步起床法，首次下床活动时间控制在5~10分钟内，依据耐受度逐步延长。第三阶段（产后72小时）引入改良凯格尔运动及腹式呼吸训练。制定个性化运动处方，对于剖宫产产妇延迟核心肌群训练至术后2周，自然分娩产妇产后1周可开始低强度产后瑜伽。所有活动遵循无痛原则，当出现阴道出血增多或伤口疼痛时立即中止。建立活动日志记录系统，由康复师每周评估运动进度。

1.3 观察指标

本研究需对比两组产后首次排气时间、首次下床活动时间、住院时长、疼痛程度、心理状态（SAS、SDS）以及生活质量。

1.4 统计学分析

使用SPSS 22.0软件分析本研究数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用t检验，计数资料以n（%）表示，采用 χ^2 检验，P<0.05代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组产后首次排气时间、首次下床活动时间、住院时长对比

观察组产后首次排气时间、首次下床活动时间、住院时长均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），详见表1。

表1 观察组与对照组产后首次排气时间、首次下床活动时间、住院时长对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	首次排气时间（d）	首次下床活动时间（h）	住院时长（d）
观察组	30	1.64±0.27	9.55±2.54	5.65±2.54
对照组	30	3.22±0.17	13.56±2.68	7.15±2.31
t	-	2.067	3.032	2.621
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 观察组与对照组疼痛程度以及心理状态对比

护理前两组患者疼痛程度以及心理状态评分接近，无统计学意义（P>0.05）；护理后观察组VAS、SAS、SDS评分均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），详见下表2。

表2 观察组与对照组疼痛程度以及心理状态对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	VAS 评分		SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	6.15±3.15	1.25±1.21	54.33±2.12	25.72±2.92	68.67±1.23	21.45±2.81
对照组	30	6.12±3.14	2.15±1.12	54.53±2.52	29.11±3.03	68.60±1.21	25.95±2.85
t	-	0.037	2.990	0.333	4.413	0.222	6.158
P	-	0.971	0.004	0.741	0.001	0.825	0.001

2.3 观察组与对照组生活质量对比

学意义（ $P<0.05$ ），详见下表3。

护理后观察组生活质量评分均高于对照组，差异有统计

表3 观察组与对照组生活质量对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	躯体功能		物质生活状态		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	12.01±2.32	26.37±2.81	14.36±2.44	26.97±3.38	13.47±3.12	25.97±2.08
对照组	30	12.03±2.22	23.82±2.82	14.33±2.42	23.21±2.93	13.43±3.22	24.71±2.33
t	-	0.039	4.051	0.055	5.316	0.056	2.551
P	-	0.969	0.001	0.956	0.001	0.955	0.013

3 讨论

高原地区无痛分娩产妇由于特殊的高海拔环境，其生理状态和分娩过程具有显著特点。首先，高原缺氧环境导致产妇心肺功能负荷加重，血氧饱和度偏低，在分娩过程中更易出现缺氧相关并发症^[4]。其次，高原地区产妇对疼痛的耐受性可能降低，而无痛分娩的麻醉药物代谢在缺氧环境下也会发生变化，增加了血压波动和药物不良反应的风险。高原环境下的应激反应更为强烈，产妇心理状态更易出现焦虑和抑郁倾向。此外，高原地区医疗资源相对有限，对突发情况的应急处理能力可能不足。这些特点决定了高原产妇在无痛分娩过程中需要特殊的护理干预。通过护理干预，不仅能保障分娩安全，预防并发症，更能促进产妇生理和心理的全面恢复，对提升高原地区母婴健康水平具有重要意义。

常规护理在无痛分娩中存在多方面局限，其标准化流程难以满足个体化镇痛需求，对硬膜外麻醉后生命体征波动的监测频次不足，缺乏针对药物副作用的预防性干预措施。对产妇心理状态评估流于形式，未能建立有效的应激管理机制。在产后恢复阶段，常规护理对早期活动指导和并发症预警的重视程度不够，导致尿潴留、腰背痛等常见问题的高发生率^[5]。综合护理是一种系统化、整体化的护理模式，强调以患者为中心，通过多学科协作和个性化干预方案，全面满足患者生理、心理及社会层面的需求^[6]。在无痛分娩产妇的护理中，综合护理突破了传统护理仅关注基本医疗操作的局限，将围产期照护延伸为一个连续的、动态优化的过程。其核心在于整合产科护理、疼痛管理、心理支持、营养指导和康复训练等多个维度，形成协同效应。对产后恢复的影响体现在多方面：第一，在生理层面，综合护理通过规范化的镇痛管理和早期活动方案，有效缓解了术后疼痛与肌肉僵硬的困扰，促进胃肠功能恢复，降低尿潴留等并发症风险^[7]。密切的子宫复旧监测与个体化宫缩剂使用策略，显著改善了宫缩乏力导致的出血问题。第二，在心理适应方面，通过产前教育、分娩过程陪伴及产后情绪评估的三阶段心理干预，减轻了产妇对疼痛记忆的创伤性体验，增强了母乳喂养信心，预防产

后情绪障碍的发生^[8]。第三，康复管理中融入的渐进式运动指导和盆底肌训练，帮助产妇更快恢复核心肌群功能，避免长期腰骶疼痛等问题。综合护理人员不仅执行医嘱，更通过专业判断动态调整护理计划，使护理措施始终与恢复进程保持同步。这种主动式、预见性的护理模式，使产妇从被动接受治疗转变为积极参与康复，显著提升了恢复质量。

综上所述，高原地区综合护理干预能有效促进无痛分娩产妇产后恢复，改善生理指标，提升心理适应能力，对高原特殊环境下母婴健康具有重要临床价值。

[参考文献]

[1]杨恩菊. 综合护理在产科无痛分娩产妇中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2023,8(19):71-73,67.

[2]汪海红,周胜利. 责任助产与整体护理模式在无痛分娩护理中的应用观察[J]. 黑龙江中医药,2023,52(4):273-275.

[3]邓威,胡微,常隽. 柔性护理结合 Kegel 运动在无痛分娩产妇中的应用效果[J]. 中西医结合护理（中英文）,2024,10(9):181-183.

[4]熊丽. 多模式分层心理护理联合健康行为干预对腰部麻醉无痛分娩初产妇心理状态应激反应的影响[J]. 基层医学论坛,2024,28(8):122-125.

[5]赵茹. 激励式心理护理在无痛分娩初产妇中的应用效果[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(5):126-129.

[6]郑阿珊,程丽萍. 助产士全程导乐陪伴护理联合正念减压疗法干预对无痛分娩产妇心理状况产程和自我效能的影响[J]. 中国实用乡村医生杂志,2024,31(10):47-49,53.

[7]杨玉娇. 多模式分层心理护理在无痛分娩初产妇干预中的应用[J]. 基层医学论坛,2024,28(30):74-77.

[8]杨敏,钟琳. 多模式分层心理护理对无痛分娩产妇的影响[J]. 中外医学研究,2024,22(26):102-105.

作者简介：

杜爱芳（1985.10-），女，藏族，甘肃卓尼人，本科，副主任护师，研究方向为妇产科护理。