集束化会阴护理方案对阴道分娩产妇会阴伤口愈合及产后盆底功能的影响

王玉敏

十堰市郧阳区妇幼保健院 湖北 十堰 442500

【摘　要】：目的：分析集束化会阴护理方案应用在阴道分娩产妇的护理效果，明确该护理方案对产妇会阴伤口疼痛评分、会阴伤口愈合情况的影响作用。方法：选择2024年1月—2025年12月于我院产科收治的阴道分娩且存在会阴切口或者会阴裂伤的产妇100例，使用随机数字表法分为对照组50例、观察组50例。对照组采取常规护理；观察组基于对照组，采用集束化会阴护理方案，干预周期至产后6周。对比两组产后会阴伤口VAS疼痛评分、会阴伤口甲级愈合率、产后42天盆底表面肌电Glazer评估参数、盆底功能障碍问卷评分、会阴伤口感染发生率以及护理满意度。结果：观察组产后会阴伤口VAS评分低于对照组（P＜0.05）；观察组会阴伤口甲级愈合率高于对照组（P＜0.05）；产后42天，观察组盆底肌电各评估参数优于对照组，盆底功能障碍问卷评分低于对照组（P＜0.05）；观察组会阴伤口感染发生率低于对照组（P＜0.05）；观察组护理满意度高于对照组（P＜0.05）。结论：集束化会阴护理方案的应用，能够减轻阴道分娩产妇会阴伤口疼痛程度，提升伤口愈合质量，加快产后盆底功能的恢复，降低会阴伤口感染，提升产妇的护理满意度。

【关键词】：阴道分娩；会阴护理；集束化护理；会阴伤口；盆底功能

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.019

会阴切开术、会阴自然裂伤属于阴道分娩中常见的产科操作，在初产妇当中发生率相对较高。会阴伤口处于肛门、尿道、阴道等解剖区域相互之间，其解剖位置较为特殊，大小便排泄、恶露排出等诸多因素致使会阴区域容易受到污染，进而使得伤口愈合的环境欠佳，成为产后感染、伤口裂开的高危部位。会阴伤口疼痛不但会增加产妇产后的不适情况，还会抑制产妇下床活动、母乳喂养的意愿，对产褥期身心恢复产生影响。如果会阴伤口愈合状况不佳或者继发感染，则会形成局部瘢痕增生，疼痛长时间无法得到缓解，情况严重的患者需要进行二次清创处理[1]。盆底功能障碍是产后女性中较为高发的问题，在妊娠分娩的过程里，盆底肌肉、筋膜、神经遭受长期压迫、牵拉损伤，产后出现盆底肌力下降的状况。盆底肌力恢复不好，会表现为压力性尿失禁、盆腔器官脱垂、性功能障碍等，对产后远期生活质量造成严重影响。会阴伤口愈合与盆底功能恢复有着紧密的关联，会阴局部损伤修复效果不佳，会加重盆底支持结构薄弱，对盆底肌力恢复形成阻碍[2]。以往产后会阴护理大多侧重于伤口局部换药，对盆底功能早期干预、整体康复指导不够重视，护理措施呈现碎片化，缺少系统化的成套管理方案。现做出如下研究，旨在分析集束化会阴护理方案的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2024年1月—2025年12月于我院产科收治的阴道分娩且存在会阴切口或者会阴裂伤的产妇100例，使用随机数字表法分为对照组50例、观察组50例。对照组：年龄为22~36岁，平均为（28.42±3.61）岁；产妇类型：初产妇32例，经产妇18例；疾病类型：会阴侧切30例，会阴裂伤20例。观察组：年龄为21~35岁，平均为（28.05±3.72）岁；产妇类型：初产妇35例，经产妇15例；疾病类型：会阴侧切28例，会阴裂伤22例。两组一般资料对比，差异无统计学意义（P＞0.05）。

纳入标准：①足月单胎头位阴道分娩；②分娩期间产生会阴侧切或会阴裂伤（I、II度）；③未伴发妊娠期高血压、糖尿病等重型妊娠合并症；④意识清晰，可依从盆底肌电评估以及问卷测评；⑤产后可坚持做为期6周的随访，临床资料未缺失。

排除标准：①剖宫产分娩；②会阴发生III、IV度重度裂伤；③产后发生大出血；④既往存在盆底手术史、盆腔器官脱垂病史；⑤妊娠前已经发生压力性尿失禁；⑥存在严重内科疾病无法依从评估。

1.2 方法

对照组：采用常规护理：产后每天都要对会阴进行常规的清洁消毒工作，留意会阴伤口是否产生红肿、渗液、裂开的情况，按照医嘱来更换会阴垫，对会阴伤口实施局部的消毒处理，同时给予产妇基础的产后卫生宣教，指导她们保持会阴清洁干燥，但并没有进行盆底肌功能评估、专项训练指导，干预覆盖产褥期至产后6周。

观察组：基于对照组，采用集束化会阴护理：①会阴损伤风险评估：分娩后立即由助产士使用会阴伤口评估工具评估会阴伤口类型、深度、水肿、污染情况，明确高危产妇，建立个体化会阴护理计划。②会阴伤口规范管理：需严格依照无菌换药操作要求执行，每天都要对会阴伤口红、肿、热、痛、渗液

状况展开评估，指导产妇正确运用会阴冲洗器，以此保持会阴处于清洁干燥状态，采用冷敷方式减轻会阴水肿疼痛，针对体位给予指导，鼓励产妇采取健侧卧位，减少伤口受到压迫，留意排便情况，指导产妇预防便秘，避免排便时用力牵拉会阴伤口。③早期盆底功能评估与指导：在产后早期的时候要对盆底肌收缩反应展开评估，以此来指导产妇能够正确识别盆底肌，进而进行缩肛放松训练也就是凯格尔运动，还要制定循序渐进的盆底肌训练计划，同时讲解盆底康复所具有的意义。④会阴感染防控管理：落实手卫生、会阴垫更换规范，监测体温、恶露性状，识别会阴伤口感染的早期征象，一旦发现存在感染征象则需及时报告医师处理。⑤产后健康宣教与随访：向产妇及其家属详细讲解会阴伤口护理的具体方法、盆底肌训练的具体方式、产后需要留意的事项，并建立产后随访档案。在产后 42 天复诊的时候，完成盆底肌电评估、问卷测评，以此评估护理所取得的效果，进而延续给予指导。干预覆盖产褥期至产后 6 周。

1.3 观察指标

①会阴伤口疼痛：于产后 24h、产后第 3 天、产后第 7 天，使用视觉模拟评分法（VAS）进行评估。使用 10cm 标尺，0 端代表无痛，10 端代表剧痛，由产妇结合会阴伤口主观疼痛感受于标尺上标记位置，读取对应评分。

②会阴伤口愈合情况：甲级愈合标准：伤口愈合良好，未出现红肿、渗液、感染、裂开；乙级愈合标准：伤口愈合欠佳，产生轻微红肿、硬结、少量渗液，但未出现化脓反应；丙级愈合标准：伤口产生化脓、裂开，需要进行引流或者二次处理。

③产后盆底表面肌电 Glazer 评估：产后 42 天使用生物反馈神经肌肉刺激治疗仪（盆底表面肌电评估设备）评估，要求产妇提前排空膀胱，保持仰卧位，将阴道电极放置在阴道内，参考电极需放置在腹部，指导产妇根据仪器指令配合进行检测，完成 Glazer 标准评估流程。

④盆底功能障碍问卷评分（PFDI-20）：产后 42 天为产妇发放盆底功能障碍影响问卷简表（PFDI-20），问卷内容包括 3 个维度：膀胱功能、肠道功能、盆腔器官脱垂症状，共 20 个条目，总分范围为 0~300 分，分值越高说明患者的盆底功能障碍症状越严重。

⑤会阴伤口感染率：包含局部红肿、疼痛加剧、脓性分泌物、伤口裂开，结合体温、血常规，由产科医师进行确诊。

⑥护理满意度：产后 6 周为产妇发放自制会阴护理满意度调查问卷，其中包含护理操作、疼痛管理、健康宣教、盆底康复指导等方面，选项分别包括：非常满意、满意、一般、不满意。满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 25.0 统计学软件对数据进行分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数数据以例（%）表示，组间比较采用卡方（χ^2）检验。以 P＜0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 会阴伤口疼痛评分对比

观察组低于对照组（P＜0.05），见表 1；

表 1 会阴伤口疼痛评分对比（$\bar{x}\pm s$）（分）

组别	例数	产后 24h	产后 3d	产后 7d
对照组	50	5.84±1.12	3.62±0.85	2.14±0.64
观察组	50	4.85±1.03	2.57±0.72	1.42±0.41
t	-	4.601	6.665	6.698
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 会阴伤口愈合情况

对照组甲级愈合率为 74.00%（37/50），观察组为 90.00%（45/50），两组对比（P＜0.05）；

2.3 产后盆底表面肌电 Glazer 对比

观察组均优于对照组（P＜0.05），见表 2；

表 2 产后盆底表面肌电 Glazer 对比（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	前静息平均值（μV）	快速收缩峰值（μV）	持续收缩平均值（μV）	持续收缩变异系数	后静息平均值（μV）
对照组	50	4.83±1.06	36.42±6.73	21.36±4.82	0.31±0.07	4.62±1.05
观察组	50	3.62±0.85	45.27±2.14	26.73±5.08	0.23±0.05	3.47±0.82
t	-	6.297	8.861	5.422	6.576	6.104
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 PFDI-20 评分对比

观察组低于对照组（P＜0.05），见表 3；

表 3 PFDI-20 评分对比（$\bar{x}\pm s$）（分）

组别	例数	PFDI-20 评分
对照组	50	38.47±9.62
观察组	50	26.84±7.45
t	-	6.759
P	-	0.000

2.5 会阴伤口感染发生率对比

对照组发生率为 12.00%（6/50），观察组为 2.00%（1/50），两组对比（P＜0.05）；

2.6 护理满意度对比

观察组高于对照组（P＜0.05），见表4；

表4 护理满意度对比[n（%）]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
对照组	50	16	20	10	4	36（72.00）
观察组	50	27	18	4	1	45（90.00）
χ^2	-	-	-	-	-	5.263
P	-	-	-	-	-	0.022

3 讨论

阴道分娩时，会阴组织会受到胎头的压迫，进而发生牵拉扩张，最终出现会阴切开或者自然裂伤的情况。会阴的解剖位置靠近肛门尿道，所以恶露、排泄物容易对伤口造成污染，如果会阴伤口愈合不好，就会引发疼痛、感染、裂开等问题。分娩的时候，会阴还会损伤盆底肌肉、筋膜、神经，产后盆底肌力下降，进而出现压力性尿失禁、盆腔器官脱垂等盆底功能障碍，会影响产妇的生活质量。集束化会阴护理将会阴伤口局部管理与盆底功能整体康复、感染防控、健康宣教整合成一套护理方案，从伤口愈合和盆底恢复这两个维度进行协同干预。

研究发现：观察组VAS评分低于对照组，原因在于：在集束化护理中，早期进行冷敷能够收缩局部血管，进而减轻伤口水肿状况，使组织张力得以降低，还能缓解疼痛刺激。而正确体位指导（健侧卧位），能够减少伤口受到压迫，防止创面持续被牵拉。规范会阴清洁可保持伤口处于干燥状态，减轻炎症带来的刺激。通过多种措施，从减轻水肿、减少受压、控制炎症等多个环节来阻断疼痛信号产生，以此降低疼痛。

研究发现：观察组会阴伤口愈合情况优于对照组，原因在于：在集束化方案中，会对无菌换药、会阴冲洗指导、排便管理等方面进行规范，以此来预防便秘，进而减少排便用力给伤口带来的牵拉撕裂情况。健侧采用卧位，能够改善会阴伤口局部的血供状况，通过冷敷可以控制早期水肿现象，从而为组织修复创造良好的局部条件，最终提高甲级愈合率[3]。

研究发现：观察组产后盆底表面肌电Glazer优于对照组，原因在于：集束化护理会将早期盆底肌功能评估和凯格尔训练进行结合，在产后早期指导产妇正确辨别盆底肌，并且进行缩肛训练。早期进行盆底肌训练能够增强盆底I型慢肌纤维的耐力、II型快肌纤维的收缩力，改善盆底肌静息时的张力，提高快速收缩的峰值、持续收缩的平均值，降低收缩变异系数。

研究发现：观察组PFDI-20分值低于对照组，原因在于：早期盆底肌训练的应用，可有效增强产妇的盆底支持结构力量，改善其尿道括约肌、盆底筋膜对于盆腔器官的支撑，缓解压力性尿失禁、下坠感等症状，从而改善盆底功能障碍。

研究发现：观察组会阴伤口感染率低于对照组，原因在于：集束化方案将手卫生、会阴垫更换规范、体温恶露监测、感染早期征象识别进行整合并落实，自污染源控制、清洁维护、感染预警等多个环节实施对应的防控工作，能够提高伤口甲级愈合率，快速建立起伤口屏障，进而预防会阴伤口出现感染情况[4]。

研究发现：观察组护理满意度高于对照组，原因在于：集束化护理能够为产妇提供系统化的会阴伤口管理、疼痛缓解、盆底康复训练指导以及随访宣教，产妇可以感受到更全面、专业的护理服务，从而提升其满意度。

综上所述，集束化会阴护理方案应用在阴道分娩产妇的护理中，能够减轻会阴伤口疼痛，提高会阴伤口甲级愈合率，改善产后盆底表面肌电各项参数，降低盆底功能障碍问卷评分，减少会阴伤口感染率，提升护理满意度。

参考文献：

[1] 钱露露.集束化护理模式在分娩镇痛护理中的应用效果观察[J].中外医药研究,2024,3(21):94-96.

[2] 王长杰.集束化护理干预在经阴道分娩产妇中的应用效果[J].母婴世界,2026(12):106-109.

[3] 赵银英,李燕清,李牙明.集束化护理联合自由体位分娩的应用价值[J].中国当代医药,2025,32(33):184-187.

[4] 代安妮,杨凌艳,王颖,等.集束化护理对经阴道分娩产妇产后会阴疼痛及自我感受负担的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(15):59-62.