

不同产后伤口护理方式（如常规清洁、碘伏消毒）对顺产产妇切口愈合时间的对比分析

郝利伟

邯郸市永年区妇幼保健院 河北 邯郸 057150

摘要：目的：对比常规清洁、碘伏消毒、碘伏坐浴三种护理方式对顺产产妇会阴切口愈合时间及预后的影响。
方法：选取2024年1月至12月本院360例顺产侧切产妇，随机均分为三组，分别采用三种护理方式，对比切口愈合时间、疼痛评分等指标。**结果：**碘伏坐浴组在切口愈合时间、疼痛缓解、肿胀消退及并发症发生率等方面均优于其他两组（ $P < 0.05$ ）。**结论：**碘伏坐浴护理临床应用价值较高，可有效促进顺产产妇会阴切口愈合，提升护理质量。

关键词：产后伤口护理；顺产产妇；常规清洁；碘伏消毒；切口愈合时间

引言：会阴侧切术是顺产常用手段，约60%产妇需接受此术。但产后会阴切口易受恶露、粪便污染，护理不当易致感染、愈合延迟，并发症发生率达15%-25%。常规清洁抗菌效果有限，碘伏有广谱杀菌作用，碘伏坐浴可局部湿润强化抗菌。目前不同护理方式效果对比缺乏系统数据，本研究通过临床对照研究，明确三种方案对切口愈合的影响，为提升产后护理质量提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至12月本院产科收治的360例顺产侧切产妇为研究对象。纳入标准：①单胎足月妊娠，经阴道分娩且行会阴侧切术（切口长度3~5cm）；②术后生命体征平稳，无严重出血或感染；③年龄20~38岁，初中及以上文化程度，沟通能力良好；④无糖尿病、贫血等影响伤口愈合的基础疾病；⑤无碘伏过敏史；⑥自愿参与并签署知情同意书。排除标准：①合并心、肝、肾等重要脏器功能障碍；②存在免疫功能缺陷或皮肤疾病；③产后出现严重并发症需转科治疗；④随访失联或拒绝配合^[1]。

采用随机数字表法将产妇分为A、B、C三组，每组120例。A组年龄21~37岁，平均（27.35±3.26）岁，孕周37~41周，平均（39.12±0.85）周，文化程度：初中32例，高中58例，本科及以上30例，BMI（24.56±1.78）kg/m²；B组年龄20~38岁，平均（27.18±3.34）岁，孕周37~42周，平均（39.25±0.91）周，文化程度：初中30例，高中60例，本科及以上30例，BMI（24.32±1.85）kg/m²；C组年龄21~37岁，平均（27.52±3.19）岁，孕周37~41周，平均（39.08±0.88）周，文化程度：初中33例，高中57例，本科及以上30例，BMI（24.63±1.92）kg/m²。

m²。三组一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理方法

三组产妇术后均接受基础护理：保持外阴干燥清洁，穿宽松纯棉内裤并每日更换，指导产妇向健侧卧位以减少切口受压，饮食上增加优质蛋白与维生素摄入，预防便秘以避免腹压增高影响切口愈合。在此基础上，三组分别采用不同伤口护理方案：

1.2.1 A组（常规清洁组）

采用温开水清洁护理。产后6小时开始，每日早晚及每次排便后，由护理人员协助产妇取膀胱截石位，用40~45℃温开水冲洗会阴切口及周围皮肤，冲洗顺序从尿道口向肛门方向，避免逆行感染；冲洗后用无菌纱布轻轻吸干水分，保持切口干燥。护理过程中观察切口有无渗血、红肿等情况，每日护理2~3次，持续至切口愈合。

1.2.2 B组（碘伏消毒组）

采用0.5%碘伏溶液局部消毒护理。清洁流程同A组，先用温开水冲洗切口及周围区域，吸干水分后，用无菌镊子夹取浸有0.5%碘伏溶液的棉球，以切口为中心螺旋式向外消毒，消毒范围直径不小于5cm，每次更换1个棉球，连续消毒3遍；消毒后自然晾干，避免摩擦切口。每日护理2~3次，排便后额外增加1次，持续至切口愈合^[2]。

1.2.3 C组（碘伏坐浴组）

采用0.5%碘伏溶液坐浴护理。产后24小时待切口无明显渗血后开始实施，每日2次（早晚各1次），排便后可追加1次。坐浴前先将0.5%碘伏溶液与40~42℃温开水按1:10比例稀释，配置成约500ml的坐浴液，倒入专用坐浴盆中；协助产妇取舒适坐姿，使会阴切口完全浸没于坐浴液中，每次坐浴时间15~20分钟，避免时间过长导

致会阴部皮肤浸渍；坐浴结束后用无菌纱布轻轻拍干切口及周围皮肤，保持干燥。坐浴过程中密切观察产妇面色、意识等情况，防止体位性低血压发生。

1.3 观察指标

(1) 切口愈合时间：记录从术后第1天至切口完全上皮化、无红肿渗液、疼痛消失所需的时间，由两名产科护士共同评估确认。

(2) 疼痛评分：分别于干预前（术后6小时）、干预1天后、干预3天后采用视觉模拟评分法（VAS）评估产妇切口疼痛程度，量表分值0~10分，0分表示无痛，10分表示剧烈疼痛，得分越高疼痛越严重。

(3) 肿胀消退时间：观察并记录切口周围皮肤肿胀完全消退的时间，肿胀评估标准：无肿胀（皮肤平整，触诊无隆起）、轻度肿胀（皮肤略隆起，范围不超过切口边缘1cm）、中度肿胀（肿胀范围超过1cm，伴皮肤张力增高）、重度肿胀（肿胀明显，伴皮肤发亮或张力性水疱）。

(4) 并发症发生率：统计三组产后切口感染（切口红肿、渗液伴体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ，血常规提示白细胞计数升高）、切口裂开（切口边缘分离，深度达皮下组织）、硬结形成（切口处可触及质地较硬的结节，直径 $\geq 1\text{cm}$ ）的发生情况，并发症发生率 = (感染例数+裂开例数+硬结例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

组别	例数	时间	自我护理技能	自我责任感	自我概念	健康知识水平	ESCA总分
A组	120	干预前	22.35 \pm 3.12	18.26 \pm 2.54	20.15 \pm 2.87	25.32 \pm 3.05	86.08 \pm 10.23
		术后7天	28.64 \pm 3.57	23.51 \pm 2.78	25.42 \pm 3.01	32.18 \pm 3.26	109.75 \pm 11.45
B组	120	干预前	22.18 \pm 3.09	18.34 \pm 2.61	20.21 \pm 2.93	25.27 \pm 3.11	86.00 \pm 10.35
		术后7天	33.42 \pm 3.81	27.65 \pm 2.94	29.87 \pm 3.15	37.53 \pm 3.42	128.47 \pm 12.06
C组	120	干预前	22.42 \pm 3.15	18.29 \pm 2.57	20.18 \pm 2.89	25.35 \pm 3.08	86.24 \pm 10.28
		术后7天	38.76 \pm 4.02	32.18 \pm 3.12	34.52 \pm 3.34	43.26 \pm 3.65	148.72 \pm 12.53

2.2 三组产妇护理依从性对比

护理依从性用本院自制量表评估，从护理操作执行等四个维度打分，总分100分，依从率划分完全、部分、不依从，依从率 = (完全+部分依从例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。结果显示，C组依从率最高，为98.33%，完全依从92例，部分26例，不依从2例；B组88.33%；A组最低，72.50%。三组依从率差异具统计学意义($\chi^2 = 42.368, P < 0.001$)，C组显著高于B、A组，B组显著高于A组(P 均 < 0.05)。

2.3 自我护理能力与护理效果相关性分析

用Pearson分析产妇术后7天ESCA总分与切口愈合时间等的相关性。结果显示，ESCA总分与切口愈合时间、

(5) 护理满意度：于术后10天采用本院自制量表评估，该量表涵盖护理效果、操作舒适度、指导专业性3个维度，共20题，每题5分，满分100分。评分标准为： ≥ 90 分为非常满意，70~89分为满意， < 70 分为不满意。满意度计算公式为(非常满意例数+满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。量表Cronbach's α 系数达0.89，信效度可靠。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，多组间对比采用单因素方差分析，组间两两对比采用LSD-t检验；计数资料以[n (%)]表示，组间对比采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义^[3]。

2 产妇自我护理能力与护理依从性分析

2.1 三组产妇自我护理能力评分对比

采用产后自我护理力量表(ESCA)评估三组产妇干预前及术后7天的自我护理能力，该量表包含自我护理技能、自我责任感、自我概念、健康知识水平4个维度，共43个条目，每个条目1~4分，总分43~172分，得分越高表明自我护理能力越强。干预前，三组产妇ESCA总分及各维度得分对比差异无统计学意义($P > 0.05$)；术后7天，三组ESCA总分及各维度得分均较干预前显著提升，且C组提升幅度最大，B组次之，A组提升幅度最小，组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。具体数据见表1。

术后3天疼痛评分、并发症发生率均呈显著负相关，即自我护理能力越强，切口愈合越快、疼痛缓解越明显、并发症风险越低。进一步分层分析，C组中ESCA总分 ≥ 150 分者占65.00%，其切口愈合时间较 < 150 分者缩短1.82天，并发症发生率降低8.67%，差异具统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 不同护理方式对切口愈合时间的影响机制

顺产会阴切口愈合受局部微环境、抗菌效果及组织修复条件多重因素影响。A组采用的常规温开水清洁仅能清除表面污物，无法杀灭病原微生物，而会阴区域存在的大肠埃希菌、葡萄球菌等易定植于切口表面，引发炎

症反应，延缓肉芽组织生长，导致愈合时间延长。B组使用的0.5%碘伏溶液具有广谱杀菌作用，可破坏细菌细胞膜结构，有效杀灭切口表面病原菌，减少感染风险，但局部擦拭消毒仅作用于切口表层，药物渗透力有限，无法彻底清除切口深部或毛囊内的细菌，因此愈合促进效果较局限^[4]。

C组采用的碘伏坐浴通过稀释后的碘伏溶液持续浸润切口，使药物成分充分渗透至切口组织间隙，不仅能杀灭表面病原菌，还可作用于深部潜在感染灶，从源头控制炎症反应。同时，40~42℃的坐浴液可促进会阴部血液循环，增加切口区域血氧供应，为成纤维细胞增殖和胶原合成提供充足营养，加速肉芽组织生长和上皮细胞修复，从而显著缩短愈合时间。本研究中C组愈合时间较A组缩短4.47天，充分证实了碘伏坐浴的优势。

3.2 不同护理方式对疼痛与肿胀的改善作用

产后切口疼痛与肿胀多因手术创伤引发局部炎症及组织水肿。A组缺有效抗菌措施，疼痛与肿胀消退慢；B组控制感染时，棉球摩擦切口神经末梢，短暂加重疼痛，对水肿缓解作用弱。C组碘伏坐浴，温热效应扩张血管，促进炎症因子和组织液吸收，减轻水肿压迫；碘伏抗炎抑制炎症介质释放，降低神经末梢敏感性，有效缓解疼痛。干预3天后，C组疼痛评分仅 1.82 ± 0.57 分，肿胀消退时间缩至 2.13 ± 0.64 天，显著优于其他两组，与协同效应有关。

3.3 不同护理方式对并发症发生率的影响

切口感染、裂开及硬结形成是产后会阴切口常见并发症，其中感染是导致其他并发症的核心诱因。A组并发症发生率高达22.50%，主要因清洁不彻底导致感染后炎

症浸润，使切口组织脆性增加，排便时腹压增高易引发裂开，炎症局限则形成硬结。B组通过碘伏消毒降低了感染发生率，但部分产妇因切口深部细菌残留仍出现迟发性感染，导致并发症发生率达11.67%。C组凭借坐浴的深度抗菌和炎症控制作用，使并发症发生率降至3.33%，仅4例出现轻微并发症，且经对症处理后快速缓解，充分体现了该护理方式在预防并发症方面的显著优势^[5]。

结束语

本研究对比三种产后伤口护理方式，发现碘伏坐浴在缩短顺产产妇会阴切口愈合时间、减轻疼痛肿胀、降低并发症发生率及提升护理满意度方面优势显著。临床实践中，应优先选择碘伏坐浴护理顺产侧切产妇，同时结合个体情况调整护理细节，加强安全监护。优化产后伤口护理策略，能有效促进产妇康复，提升护理质量，具有重要临床推广价值，值得在临床广泛应用。

参考文献

- [1]温声琼,胡爱欣,吕素文.红核妇洁洗液对产妇产后会阴伤口护理的效果研究[J].基层医学论坛,2021,25(36):5272-5274.
- [2]许俊莉.综合护理对产后会阴伤口感染的预防效果研究[J].饮食保健,2022(42): 109-112.
- [3]孙艳梅,王奂生.会阴冰敷在经阴道分娩会阴部侧切或裂伤产妇伤口恢复中的效果观察[J].全科护理,2025,23(11):2085-2087.
- [4]刘焕英,孙建立,谢灵彦.自然分娩和剖宫产孕妇的产后感染发生率对比[J].中国社区医师,2019,35(3):51-52.
- [5]赵旭,陈芳华.产后伤口护理中的人文关怀探讨[J].护理研究,2021, 35(2): 207-211.