

盆底功能康复导向产后规范化护理实施路径

赵小叩

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘要：产后盆底功能障碍是影响女性生活质量和健康的重要公共卫生问题，其形成与妊娠期机械压迫、激素水平变化以及分娩创伤有密切关系。但是目前产后护理中盆底康复缺乏系统性、评估主观、方法随意，使许多产妇失去最佳康复时机。本文根据盆底康复理论及循证护理原则提出一种以盆底功能康复为目标的产后规范化护理方案。包括早期筛查与分级评估、分期康复措施（基础锻炼、生物反馈、电刺激及行为指导）、多学科合作模式、健康宣教以及信息化跟踪随访等内容。该方案提倡由“产后被动等待”到“主动全程管理”，从“单一方面锻炼”到“全方位康复”，以期给各层级助产机构提供一个标准操作流程，减少产后尿失禁、盆腔脏器脱垂以及性功能障碍等远期问题发生概率，提高产后女性总体健康状况。

关键词：盆底功能康复；产后护理；规范化护理；实施路径；盆底功能障碍

引言

妊娠及分娩对女性盆底构成极大考验。伴随胎儿发育，盆底肌受到持续牵拉，胶原纤维重组、神经支配受损，在分娩过程中尤其是第二产程用力过大、急产或使用产钳、吸引器等辅助工具，都会给盆底造成不可恢复性损伤。据调查，中国产后妇女中患有盆底功能障碍者占30%-45%，而在产后6个月内新发压力性尿失禁率达20%-35%，盆腔器官脱垂客观体征检出率为40%以上，但就诊率不足20%。除带来漏尿、脱垂、性生活不满意等症状外，还会引起羞耻感、社交回避甚至出现抑郁症状，严重影响产后妇女生活质量以及家庭和谐。虽然国家卫生健康委员会已将盆底康复纳入产后康复内容，但是在执行中却存在很大问题：大部分医院仅在产后42天复查时简单询问或者指诊，没有统一标准测评手段及分层处理办法；健康教育一般是口头嘱咐，患者往往不能掌握正确方法来锻炼盆底肌群；生物反馈、电刺激等有效方式由于缺少必要器材和技术人才，只能在少数医院施行；产后6周至6个月是康复最佳时机，但是很少有连续跟踪随访，患者配合度低，达不到良好治疗效果。究其原因没有制定出可以普及并且能够被评估的方法来进行盆底康复，所以盆底康复只是停留在口头上而没有付诸实践。

1 产后盆底功能障碍的病理生理基础与康复理论

1.1 盆底支持系统的解剖与功能

女性盆底由多层肌肉、筋膜以及韧带组成的一个穹窿状结构，其中心部位为肛提肌群（耻骨直肠肌、耻尾肌、髂尾肌）与其包裹的筋膜，它们协同作用起到一个“吊床”的作用支撑膀胱、子宫、直肠等盆腔脏器，而

且还参与尿道和肛门括约肌的功能、保持阴道紧致以及应对腹部压力的变化。怀孕期间，不断增大的子宫对盆底施加持续的压力作用，此外随着松弛素、孕激素水平上升导致胶原蛋白被分解增多而使肌肉被牵拉变长、失去弹性，在分娩过程中胎儿头部经盆底造成的极度拉开可造成肛提肌撕裂或者神经去极化损伤，使用助产工具（产钳、胎吸）、会阴侧切都会加重这种损害的程度^[1]。虽然剖宫产可以避免一部分机械性的损伤，但是由于怀孕已经给盆底带来了很大的负担，因此剖宫产并不能成为预防盆底损伤的一种“护身符”。

1.2 产后盆底康复的生理窗口期与循证依据

产后盆底组织具备一定自愈能力，主要是由于炎症消退、胶原再生、神经再生等原因造成，但是这需要在雌孕激素下降后的新陈代谢环境中进行。大量的临床研究证实，产后6~6个月是最佳时机进行盆底肌肉锻炼，一年内都是有效的时间段，但是超过一年以后效果较差。目前有充分的证据表明：规律性的盆底肌肉锻炼（Pelvic Floor Muscle Training, PFMT）可以作为产后的压力性尿失禁（Stress Urinary Incontinence, SUI）一线治疗手段，其有效率为60%-80%；而生物反馈结合电刺激对于提高肌力以及缓解脱垂症状的效果更好；并且早期介入（即产后住院期间给予指导）能够明显提高患者的依从率。所以，规范化的护理方案应以“早筛查、早指导、持续随访”的理念制定。

2 盆底功能评估的规范化流程与风险分层

2.1 评估时机与人群覆盖

规范化程序是在分娩前（妊娠晚期）建立基线认知，在分娩后24~48小时内做第一次主观筛查，在分娩

后42天进行第二次客观检查后每三个月随访一次直至一年。所有分娩妇女均应接受评估,无论其分娩方式如何,但是对年龄大于或等于35岁、胎儿体重大于或等于4000克、第二产程时间大于或等于两小时、器械助产或者有多次生育经历以及孕前有SUI症状的妇女标记为“重点监测对象”,给予更加频繁地评估和干预。

2.2 评估方法体系的构建

评估需采取“主观量表+客观测量”的方式。主观方面,建议应用国际尿失禁咨询委员会问卷(ICI-Q-SF)评价漏尿次数及对其的影响,应用盆底功能障碍问卷(PFDI-20)评价症状对患者造成的困扰程度,应用盆腔器官脱垂症状评分(POP-SS)。客观方面,优先选择经会阴超声测量膀胱颈移动距离及肛提肌裂孔大小,该方法简便易行且可重复;同时进行下手测改良牛津分级(MOS)评定盆底肌力(0至5分),如有条件可行表面肌电图(sEMG)检测静息状态下以及收缩时的肌电信号强度及疲劳度等。将上述各项检查所得信息均登记在产妇的产后盆底健康档案内,做到有据可查^[2]。

2.3 风险分层与分流管理

根据评估结果将产妇分为三类:①低风险——MOS ≥ 3分,无自觉症状,超声检查未见异常,给予一般性健康宣教及家庭锻炼指导;②中风险——MOS 2~3分,偶尔出现轻微漏尿或者稍有脱垂感,超声发现膀胱颈活动增强,进行加强锻炼联合生物反馈训练,并随访观察;③高风险——MOS ≤ 1分,有明显SUI或POP症状,超声显示肛提肌撕裂或裂孔较大,需转诊至盆底康复科,接受电刺激、磁刺激或者康复治疗师密集干预并密切关注恢复情况。每两个月重新评估一次,根据情况调整治疗措施。

3 规范化康复护理干预措施的分层实施

3.1 基础层:健康教育、生活行为指导与Kegel训练

基础层面向所有产后来访者,是整个路径的“普惠性”部分。健康宣教包括对盆底的认识、损伤原因以及康复的意义与预期等,以简单易懂的文字和图片、视频形式,在产后住院期间由责任护士进行讲解。生活行为指导包括:避免长时间站立或者提举重物(>5kg)、防止便秘(多吃蔬菜水果、喝水)、咳嗽或者打喷嚏之前收缩盆底肌(即所谓的“防漏姿势”)、减重等。Kegel锻炼为基础层的主要技术要领,即护士需要教会患者如何找到盆底肌(不能用臀大肌或腹肌代替),并制定个性化计划:每天三次以上,每次收缩保持3~5秒,舒张3~5秒,重复10~15遍,尽量将其融入日常生活当中(如哺乳时、睡觉前)。为了保证患者的练习效果,护士可以在第一次指导

之后要求患者现场演示并给予反馈。

3.2 增强层:生物反馈与电刺激的护理配合

对于中、高危产妇,在基础层基础上增加物理治疗。生物反馈利用阴道探头或表面电极把肌电信号转换成图像或者声音的形式让产妇看到自己子宫收缩情况以及放松程度,使产妇更准确掌握自己的用力程度和放松程度,而且非常有趣。护理人员在每次治疗前做好仪器清洁、探头位置固定以及参数调适,在治疗期间注意产妇感受,在治疗结束后记录肌电变化趋势^[3]。电刺激是用低中频电流刺激引起盆底肌被动收缩,适合那些无力收缩者(如MOS0-1级),可以激活神经肌肉。护理要点:根据医嘱选择合适的频率(一般50Hz)、强度(让患者感到轻微不适而不是痛感),在治疗时密切观察阴道粘膜有无受损或者烧灼感,治疗后让患者进行主动锻炼。一般加强层每周2~3次,共持续8~12周。

3.3 高层次:多模态康复与心理支持

对于高危并且效果不佳患者,路径启动多学科合作(产科医生、物理治疗师、心理学家、护理协调员);物理治疗师负责手法放松、筋膜松解以及体位练习;心理学家解决由于漏尿或者脱垂所导致的羞耻心、抑郁症状以及性心理问题;护理协调员负责联系、安排以及督促实施。高层次还需有性康复指导——当产妇的盆底肌力达到3级及以上时,可以进行性指导,消除她们对于性生活疼痛或者失禁的担忧。

3.4 依从性促进策略

康复效果很大程度上取决于产妇是否能够长期坚持,但是由于产后忙碌的育儿工作往往会使得她们停止锻炼。路径设计行为维持方法包括:①签署“康复契约书”明确产妇、护士以及家属的责任;②设立短期目标(例如两周学会如何正确做缩肛运动,一个月后肌肉力量提高一级),完成之后给予积极评价;③利用微信群或者手机应用程序进行每日打卡,每周由护士对训练情况进行总结;④让家属配合进行健康宣教,促进其丈夫对其妻子进行鼓励以及督促。

4 实施路径的组织管理与多学科协作机制

4.1 多学科团队角色配置与职责

产后盆底康复规范化路径有效运行,需有明确分工:产科医生负责总体医疗决策以及出现相关问题处理;盆底康复专科医生制定物理治疗计划;护士进行筛查、基本训练指导、复查和记录工作;康复治疗师进行高难度手法或设备操作;心理科医生进行心理健康状况评估并给予相应支持;营养师协助解决便秘问题。护理协调员是整个路径“中心点”,对患者进行初步评估后

分层转诊,安排相应治疗,录入相关信息并与患者家属交流,保证各个环节紧密相连。

4.2 分阶段执行流程与关键节点

路径以时间为序分为四个时期:产前期(妊娠32-36周)——普及盆底保护相关知识,发放训练手册,使孕妇获得一定认识;产后住院期(产后1-3天)——由护士进行一次主观筛查以及Kegel训练,完成登记并标注风险程度;产后42天复查期——进行全面客观评价,给予最终分组结果,制定个性化治疗计划,开展基础或者加强层干预;产后3-12个月随访期——每三个月复查看一看,依据恢复情况进行重新分类,直到治愈或者达到最佳状态为止。每一个时期都有明确的任务列表及时间限制,纳入科室日常工作安排中^[4]。

4.3 信息化平台支撑与随访体系

研发产后盆底康复管理系统,包含电子档案、评估量表自动评分、治疗预约、打卡及回访提醒等功能,在系统中按风险程度推送相关教育资料以及教学视频,对于连续三天无打卡人员给予关心提示。随访使用结构化电话访谈的方式进行(包括漏尿次数、训练配合度、满意程度等),由专科护士或者社工实施,要求在产后一年内至少有四次主动随访。系统还具有报告功能,可查询各个级别的康复情况以及脱落率等。

5 结语

产后盆底功能康复并非可有可无的“选修课”,而是一项涉及一半以上育龄期妇女一生健康的“必修课”。本文所提出的规范化护理模式是以循证为基础、

以分层为策略、以多学科协作为依托、以信息化为手段,对传统产后盆底康复护理模式进行革新——由原来的被动、零散、经验式转变为积极主动、系统、标准的管理模式。其主要意义在于:将康复开始时间前置到孕期,将关注点放到住院期间健康教育以及早期锻炼上,将难点解决在分层精准干预中,将结束点延长到一年后随访,真正达到全方位、全覆盖、全过程的盆底健康管理。而在推广应用过程中,各医院可根据实际情况适当做出相应改变,但是要牢记“早评、准分、实训、勤访”这一根本原则。将来随着家庭康复监测技术及智能设备的应用与发展,规范化护理模式会进一步发展成为更具个性与智能化,但是规范化、标准化流程及人性化服务始终是其基础。只有让盆底康复成为产后护理一部分,才能有效提高所有女性长期生活质量,切实做到以健康为中心。

参考文献

- [1]中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.产后盆底功能康复专家共识(2021)[J].中华妇产科杂志,2021,56(3):165-172.
- [2]王建六,朱兰,张晓薇.女性盆底康复的全程管理策略[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(5):497-501.
- [3]李丽,张洁,赵丽.产后盆底肌训练依从性影响因素及护理干预进展[J].中华护理杂志,2021,56(8):1240-1245.
- [4]孙智晶,陈娟,郎景和.盆底肌电生理评估在产后康复中的应用规范[J].中华物理医学与康复杂志,2022,44(4):350-354.