

NBAS-APS 模式护理联合专属助产对改善无痛分娩体验的应用报告

马爱娟, 朱丽红, 余柳琼*

云南新昆华医院麻醉手术室 云南昆明

【摘要】目的 探讨以麻醉护士主导, 以麻醉医师为督导的疼痛管理模式 (NBAS-APS) 联合专属助产士对无痛分娩体验改善的应用价值。**方法** 选择我院采用无痛分娩的初产妇 144 例, 按照随机原则分为观察组 78 例和对照组各 66 例, 两组基线资料一致。对照组予以病区护士联合专属助产士为基础的常规急性疼痛的护理模式, 观察组采用由麻醉护士主导参与的, 以麻醉医生为督导的急性疼痛服务护理模式 (NBAS-APS)。对比分析两组不同时间段产妇疼痛程度、分娩体验、焦虑抑郁水平及产后恢复情况。**结果** 观察组的分娩体验评分显著高于对照组, 除麻醉门诊外其它时段的疼痛程度显著低于对照组, 产后恢复情况显著优于对照组, 观察组分娩体验问卷 (CEQ) 总分显著高于对照组 (95.24 ± 6.95 vs 82.96 ± 5.17 , $P < 0.001$)。观察组在宫口开大 3 cm、宫口全开及胎儿娩出时的疼痛评分 (VAS) 均显著低于对照组 ($P < 0.001$)。在宫口开大 3 cm 及产后 2 h, 观察组的汉密尔顿焦虑 (HAMA) 及抑郁 (HAMD) 量表评分亦显著低于对照组 ($P < 0.001$)。此外, 观察组产后 2 h 出血量更少, 首次下床、排尿及哺乳时间均显著短于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 通过麻醉护士主导, 麻醉师督导协助的 NBAS-APS 模式联合专属助产的多学科协作可以显著改善无痛分娩产妇的分娩体验, 有效提升产妇对分娩过程的控制感和满意度, 促进产后快速康复, 值得推广。

【关键词】 麻醉护士; 无痛分娩; 专属助产士; 产程镇痛; NBAS-APS 护理模式

【基金项目】 云南省科学技术厅基础研究计划 (202501AZ070001-089)

【收稿日期】 2026 年 8 月 5 日

【出刊日期】 2026 年 9 月 6 日

【DOI】 10.12208/j.ijnr.20260489

Application report of NBAS-APS mode nursing combined with exclusive midwifery to improve pain free delivery experience

Aijuan Ma, Lihong Zhu, Liuqiong Yu*

Anesthesiology Operating Room, Yunnan Xinkunhua Hospital, Kunming, Yunnan

【Abstract】Objective To explore the application value of the pain management model led by anesthesia nurses and supervised by anesthesiologists (NBAS-APS) combined with dedicated midwives in improving the experience of painless delivery. **Methods** 144 primiparous women who underwent painless delivery in our hospital were randomly divided into an observation group of 78 cases and a control group of 66 cases each. The baseline data of the two groups were consistent. The control group received routine acute pain nursing based on ward nurses and dedicated midwives, while the observation group received acute pain service nursing led by anesthesia nurses and supervised by anesthesiologists (NBAS APS). Compare and analyze the pain level, delivery experience, anxiety and depression levels, and postpartum recovery of two groups of parturients at different time periods. **Results** The delivery experience score of the observation group was significantly higher than that of the control group, and the pain level during other periods except for anesthesia clinic was significantly lower than that of the control group. The postpartum recovery was significantly better than that of the control group. The total score of the delivery experience questionnaire (CEQ) in the observation group was significantly higher than that of the control group (95.24 ± 6.95 vs 82.96 ± 5.17 , $P < 0.001$). The pain scores (VAS) of the observation group were significantly lower than those of the control group when the cervix was widened by 3 cm, fully opened, and the fetus was delivered ($P < 0.001$). The Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and Depression Scale (HAMD) scores in the observation

*通讯作者: 余柳琼

group were significantly lower than those in the control group when the cervix was dilated by 3 cm and 2 hours postpartum ($P<0.001$). In addition, the observation group had less bleeding after 2 hours postpartum, and the first time getting out of bed, urinating, and breastfeeding were significantly shorter than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The NBAS-APS model, led by anesthesia nurses and assisted by anesthesiologists, combined with specialized midwifery, can significantly improve the delivery experience of painless mothers, effectively enhance their sense of control and satisfaction with the delivery process, promote rapid postpartum recovery, and is worthy of promotion.

【**Keywords**】Anesthesia nurse; Painless delivery; Exclusive midwife; Pain relief during labor; NBAS-APS nursing model

现代适龄孕产妇比较看重较高的生活水平和质量, 所以大部分适龄孕产妇都希望接受无痛分娩^[1]。具体的临床实践过程中, 我们发现传统的无痛分娩模式多依赖于麻醉医师和产科医师、病区护士的主导, 中间环节较多且产妇的个性化需求不能及时处理。随着医疗模式的转变和对镇痛管理流程的规范, 麻醉护士在孕产妇全产程管理中的作用日益凸显。麻醉护士具备专业的麻醉知识和护理技能, 能够为孕产妇在常规麻醉门诊评估的基础上提供个性化的健康教育, 特别是涉及产妇的生理舒适需求、情感支持需求、信息支持需求、技术支持需求 4 个方面^[2], 再加上我院月子中心有专属的助产士加持, 这必然会给孕产妇带来良好的镇痛效果和分娩体验。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2025 年 4 月 1 日-12 月 31 日我院麻醉门诊评估接受无痛分娩的 144 例头位单胎的初产妇, 利用随机数字表法分为对照组和观察组, 其中观察组 78 例, 对照组 66 例, 两组基线资料有可比性。初产妇的具体情况见表 1。本研究经医院伦理委员会审批, 产妇及其家属知情并签署知情同意书。

表 1 一般资料 ($\bar{x}\pm s$)

组别	平均年龄 (岁)	平均孕周 (周)
对照组	29.80±2.00	39.43±1.09
观察组	30.20±2.10	39.35±0.97
t 值	1.421	0.351
p 值	0.159	0.727

1.2 纳入和排除标准

纳入标准: (1) 孕周≥37 周且足月、单胎、头位初产妇; (2) 具有良好的胎盘功能和阴道试产条件^[3] (为综合评估胎盘功能及胎儿宫内状况, 孕妇于分娩前 1 周内需完成以下检查: ①超声评估, 包括胎盘分

级、羊水指数测定及脐动脉血流速比值检测; ②胎心监护, 即进行无应激试验并观察胎动情况; ③生化检测, 主要监测血清雌三醇及胎盘生乳素水平。所有检查前需再次核对孕周以确保评估准确性); (3) 要求无痛分娩; (4) 无硬膜外阻滞麻醉的禁忌证; (5) 无妊娠相关疾病 (如妊娠高血压、妊娠糖尿病); 无传染病 (如乙型、丙型肝炎、梅毒、AIDS); 分娩镇痛前胎心率监护无异常 (胎心 110~160 次/min)。

排除标准: (1) 椎管内麻醉的禁忌证 (包括凝血功能异常、穿刺部位感染等不能接受椎管麻醉者); (2) 合并感染性疾病的产妇 (包括呼吸道、肺部、生殖、泌尿系统等); (3) 胎盘功能不佳、不具备阴道试产条件者; (4) 有严重心、肺、肝、肾功能障碍者; (5) 未签署知情同意书。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组接受常规无痛分娩护理: ①常规护理^[4]: 包括产前健康教育、产程监测、产程镇痛和产后护理; 依据产妇疼痛程度, 由麻醉医师实施硬膜外阻滞麻醉, 并以输液泵持续泵入舒芬太尼 ($2\mu\text{g/h}$) 联合罗哌卡因维持稳定镇痛效果^[5]。产后阶段, 则重点观察子宫收缩、阴道出血量及生命体征变化, 以便及时发现并处理异常情况。同时提供母乳喂养指导, 帮助产妇掌握正确的哺乳技巧, 并指导产后康复训练, 促进身体功能恢复。②专属助产服务^[6]: 本研究在常规护理基础上, 为观察组产妇提供专属助产士全程陪护服务。在产前阶段, 我院月子中心即为每名产妇固定配备一名专属助产士。该助产士通过多次沟通与产妇建立互信, 全面收集其个性特点、心理状态及分娩期望等信息, 并在此基础上与产妇共同制定个体化分娩计划, 详细规划分娩体位、镇痛方式及家属陪护形式。待产程启动, 专属助产士即开始全程陪伴, 持续提供情感支持与分娩指导, 协助产妇有效应对生理不适。产后 2 小时内, 助产士的职责转向密切监护, 重点观察子宫收缩力度、阴道出血量及

生命体征变化, 力求第一时间发现并配合处理产后出血等并发症。在产妇身体状况平稳后, 助产士提供一对一的母乳喂养指导, 帮助产妇掌握正确的哺乳姿势、含接技巧及哺乳频率, 促进母乳喂养顺利建立。同时, 通过倾听、共情等方式开展心理疏导, 缓解产后焦虑、情绪低落等心理波动。出院后定期通过电话或门诊进行随访, 并根据个体需求提供延续性指导与支持。

1.3.2 观察组

观察组在对照组的护理基础上, 主要由麻醉护士主导, 麻醉医师督导(NBAS-APS)加强镇痛管理; ①临床实践中, 宫口开大 $\geq 2\text{cm}$ 通常被视为分娩镇痛的最佳介入时机^[7], 麻醉医师多在此阶段实施硬膜外穿刺置管。穿刺操作过程中, 产妇可能经历 1~2 次宫缩痛, 此时保持体位稳定对预防麻醉相关并发症至关重要。麻醉护士需协助产妇维持正确的穿刺体位, 指导其在宫缩时配合呼吸、保持身体稳定, 确保镇痛操作安全顺利完成; 分娩镇痛的疼痛管理贯穿产妇整个生产过程, 直至产妇第二产程结束后 2 h 内, 麻醉护士观察无特殊情况, 结束镇痛拔管。根据每名产妇的实际情况和产程的变化麻醉护士要给予准确的疼痛评分并及时汇报麻醉师调整舒芬太尼加罗哌卡因的浓度, 给孕产妇带来良好的镇痛效果。②分娩镇痛虽能有效缓解宫缩痛, 但无法完全消除胎儿下降过程中产生的坠胀感和压迫感。此时麻醉护士与助产士应主动引导产妇表达其生理不适与心理感受, 鼓励并及时反馈镇痛需求及情绪变化。同时, 对陪产家属进行针对性健康指导。③注重饮食管理, 为剖宫产做准备; 无痛分娩不一定完全成功, 当产程中出现胎儿窘迫、产程停滞、胎盘早剥等异常情况时, 需紧急转为剖宫产终止妊娠。在此背景下, 产妇的产时饮食管理具有双重意义: 一方面, 分娩是体力消耗极大的生理过程, 产妇需要充足的能量储备以维持宫缩力量和产程进展; 另一方面, 若中转剖宫产需实施全身麻醉, 胃内容物反流误吸是导致孕产妇死亡的重要原因之一。基于上述考量, 本研究观察组中麻醉护士在产程中承担了饮食指导的核心职责。具体措施包括: 指导产妇避免摄入固体、难消化及高脂类食物以降低胃排空延迟的风险; 鼓励产妇在产程中适量饮用高能量无渣饮料, 以满足能量需求的同时确保胃内容物清亮; 对于产程较长或存在中转剖宫产高危因素的产妇, 麻醉护士与麻醉医师沟通后, 可酌情考虑留置胃管或使用胃动力药物, 进一步降低反流误吸风险。有研究表明, 规范的产时饮食管理可显著降低急诊剖宫产术中反流误吸的发生率, 同时不影响产妇的分娩耐力及产后恢复

质量^[8]。

1.4 观察指标

1.4.1 分娩体验: 本研究采用中文版分娩体验问卷(Childbirth Experience Questionnaire, CEQ)对产妇的分娩感受进行评估^[9]。该量表由 Dencker 等学者研制, 经国内学者汉化及文化调试后形成中文版本, 已在多项产科护理研究中得到应用, 具有良好的信效度。采用 Likert 4 级评分法, 每个条目计 1~4 分, 总分范围 22~88 分(部分研究中转换为百分制)。分值越高, 表明产妇对分娩过程的掌控感越强、对医护支持的满意度越高、参与决策的程度越深, 整体分娩体验越积极。

1.4.2 疼痛程度^[10]: 采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)对产妇产程中各时点的疼痛程度进行测评。该量表为一条 10 cm 长的直线, 两端分别标注“0 分”和“10 分”, 0 分代表完全无痛, 10 分代表难以忍受的最剧烈疼痛。产妇根据自身疼痛感受在直线上标记相应位置, 测量距离即为疼痛评分。本研究选取宫口开大 2cm-3cm、宫口开全及胎儿娩出三个关键时点进行评估, 以客观反映不同产程阶段镇痛效果。

1.4.3 焦虑抑郁水平^[11-12]: 分别采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)与汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对产妇的心理状态进行评定。两量表均由 7 个条目构成, 采用 0-3 分的 4 级评分法, 总分介于 0-21 分之间, 得分越高提示产妇的焦虑或抑郁情绪越严重。本研究选取麻醉门诊时、宫口开大 3cm 及产后 2h 三个时点进行评估, 以动态观察产妇在不同产程阶段的心理状态变化。

1.4.4 产后恢复情况^[13]: 记录产妇产后恢复相关指标, 包括产后 2 小时出血量、首次下床活动时间、首次自主排尿时间、首次母乳喂养时间。上述指标从生理功能恢复、日常活动能力及住院周期等维度综合反映产妇产后康复进程, 分值越低或时间越短提示恢复效果越佳。

1.5 统计学方法

数据处理采用 SPSS 统计学软件完成。满足正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)描述, 组间比较应用独立样本 t 检验; 计数资料以频数(n)和百分比(%)表示, 组间差异行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义的判定标准。

2 结果

2.1 产妇分娩体验

观察组在分娩体验问卷(CEQ)的总分及各维度得分上均显著优于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

2.2 两组疼痛程度比较

观察组在宫口开大 3 cm、宫口开全及胎儿娩出时 VAS 均低于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$), 见表 3。

2.3 两组焦虑抑郁水平比较

观察组在宫口开大 3cm 及产后 2hHAMA 与 HAMD 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$), 见表 4。

表 2 两组分娩体验比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	自身能力	专业支持	参与程度	安全感知	总分
对照组	20.32±2.14	21.81±1.92	19.74±2.55	21.29±2.34	82.96±5.17
观察组	23.54±2.26	24.64±2.24	22.82±2.69	24.64±2.60	95.24±6.95
t 值	7.315	6.783	5.876	6.772	10.024
p 值	$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

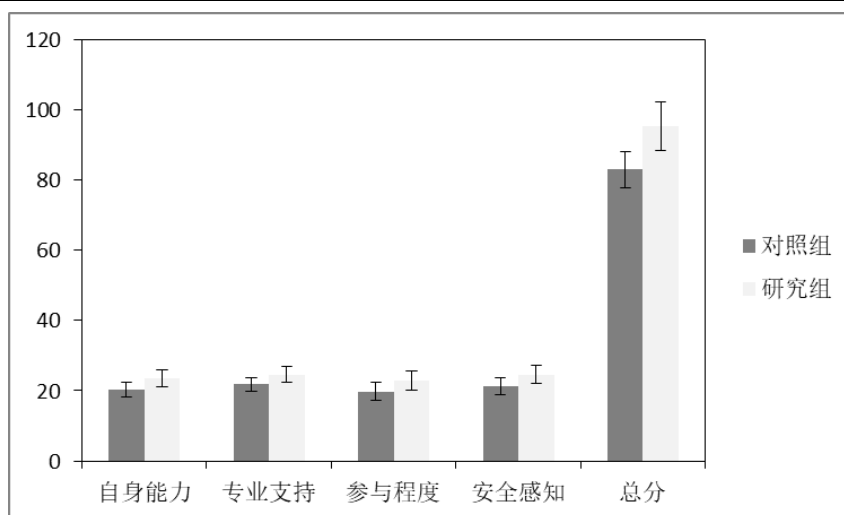


图 1 分娩体验对比

表 3 两组疼痛程度比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	宫口开大 2-3 cm	宫口全开	胎儿娩出
对照组	6.71±1.34	8.29±1.47	8.94±1.32
观察组	5.21±1.29	6.54±1.14	7.56±1.21
t 值	5.702	6.652	5.449
P 值	$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

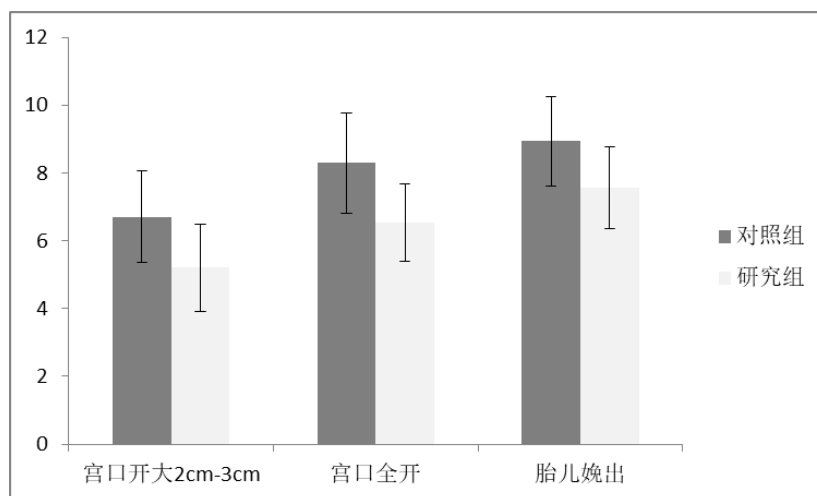


图 2 疼痛程度对比

表 4 两组焦虑抑郁水平比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	HAMA			HAMD		
	入院时	宫口开 3cm	产后 2h	入院时	宫口开 3cm	产后 2h
对照组	10.35±1.82	11.22±1.94	9.52±1.76	9.55±1.44	10.35±1.88	8.84±1.53
观察组	10.20±1.73	9.13±1.65	7.86±1.35	9.54±1.31	7.16±1.24	6.92±1.26
t/P 值	0.422/0.674	5.803/<0.001	5.292/<0.001	0.036/0.971	10.016/<0.001	6.850/<0.001

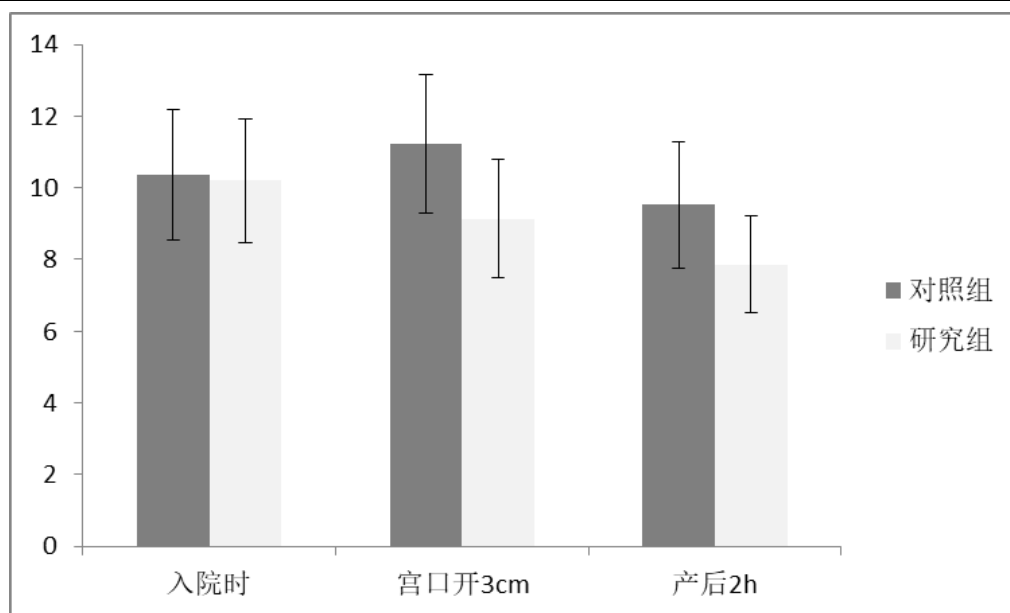


图 3.1 焦虑水平对比

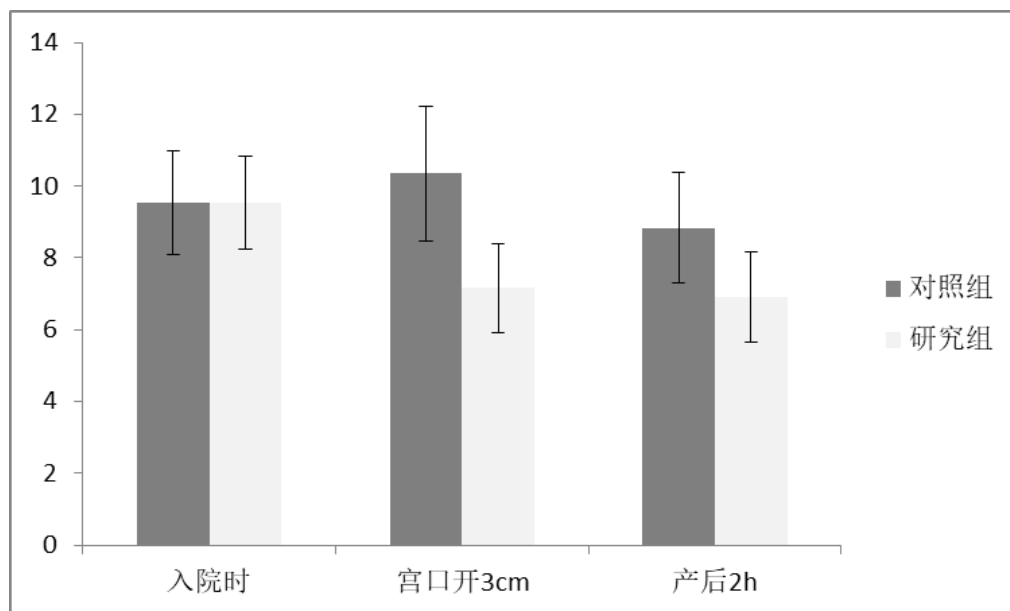


图 3.2 抑郁水平对比

2.4 两组产后恢复情况比较

观察组产后 2h 出血量少于对照组, 首次下床时间、

首次排尿时间、首次哺乳时间及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组产后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	产后 2h 出血量 (mL)	首次下床时间 (h)	首次排尿时间 (h)	首次哺乳时间 (h)
对照组	245.62±40.17	8.52±1.31	4.82±1.46	4.57±1.35
观察组	205.37±35.25	6.20±1.15	2.21±1.25	3.84±1.04
t/P 值	5.325/ $p < 0.001$	9.411/ $p < 0.001$	9.602/ $p < 0.001$	3.029/0.008

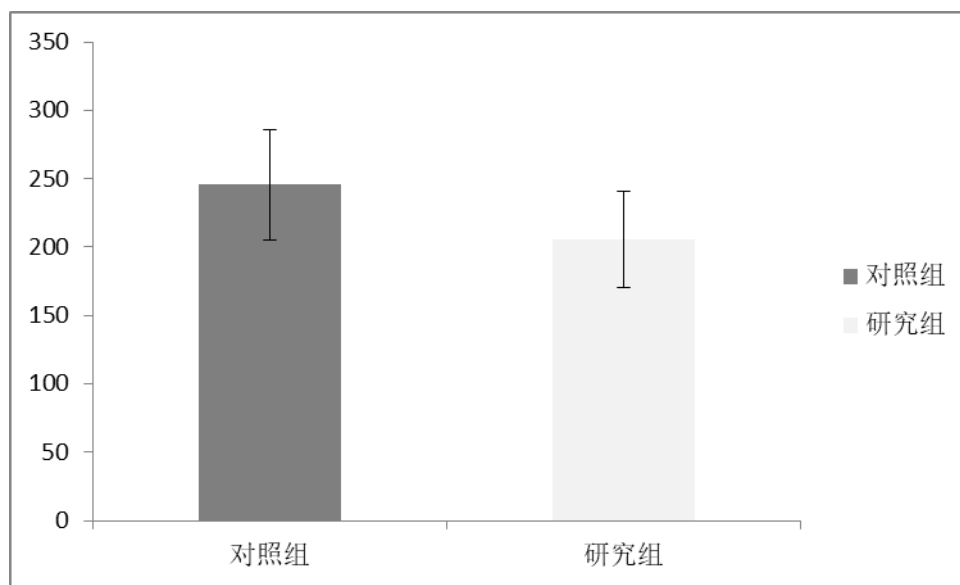


图 4.1 产后出血比较

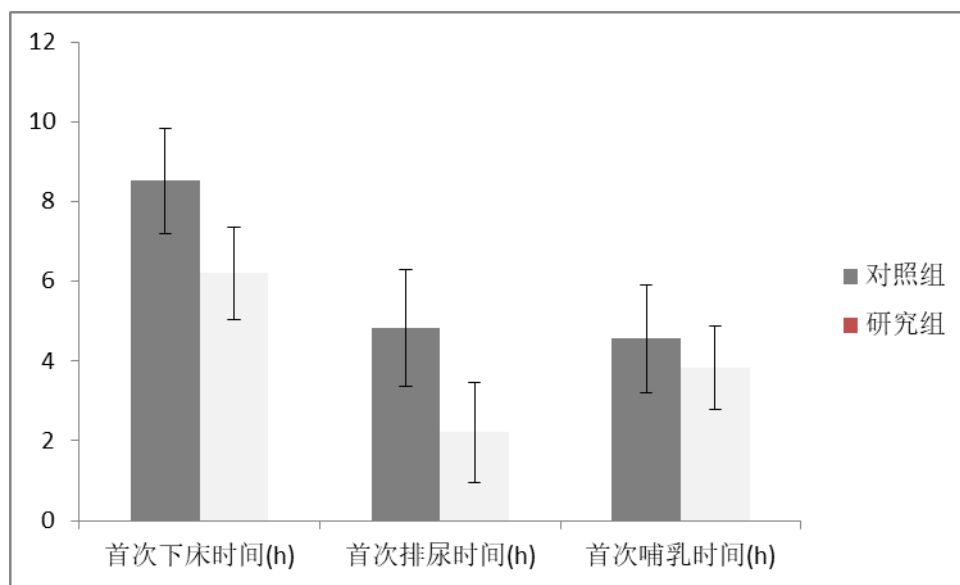


图 4.2 下床、排尿、哺乳时间对比

3 讨论

分娩作为女性独有的生理过程, 其进程与结局受产痛、心理状态、社会环境及认知水平等多重因素共同作用。任一环节的失衡都可能诱发不良事件, 进而对母婴安全构成威胁^[14]。我们在实施无痛分娩时经常采用

的舒芬太尼加罗哌卡因经硬膜外阻滞麻醉的方案, 但在分娩镇痛管理期间, 由于个体生理差异, 药物耐受以及宫口开大等原因, 产妇的疼痛评分也不一样, 舒芬太尼浓度是影响产程的重要因素。研究显示^[5], 0.3μg/mL 与 0.5μg/mL 舒芬太尼分别联合罗哌卡因用于硬膜外阻

滞时,在镇痛效果与生命体征稳定性方面表现相当;但浓度升至 $0.7\mu\text{g/mL}$ 时,虽同为联合用药,却会导致产程延长,并增加不良反应发生风险。因此麻醉护士在分娩镇痛管理时针对产妇的具体情况实时、准确地让产妇能够正确表达自己的疼痛程度并如实评分,给麻醉医生追加高浓度麻醉药提供依据。

疼痛是继体温、呼吸、脉搏、血压等四大生命体征后的第五大生命体征^[15]。有研究统计,急性疼痛不仅影响产妇的即时感受,还可诱发一系列不良临床结局。研究表明,术后急性疼痛与控制不佳的产时疼痛密切相关,易导致恶心呕吐等不良反应,延缓产后恢复进程,急性疼痛的不良后果涉及生理、经济及心理多个层面。在生理层面,可诱发心血管事件及血栓形成等并发症;在经济层面,则因住院时间延长而加重患者负担^[16];在心理层面,业已被证实为产后抑郁的独立危险因素。此外,急性疼痛已被证实为产后抑郁的独立危险因素。相关研究显示,疼痛控制不佳可使产妇罹患产后抑郁的风险提升近 3 倍,同时对其母乳喂养信心及新生儿照护能力产生负面影响,干扰母婴早期建立亲密关系的过程。因此,强化围产期疼痛管理,不仅有助于改善产妇的生理恢复质量,也对保障其心理健康及促进母婴互动具有重要意义^[17]。产妇作为一个特殊群体,其母乳喂养成功率与产程镇痛效果密切相关。镇痛不足可归因于其对交感神经的过度兴奋,进而干扰催乳素的正常分泌,最终导致泌乳量减少,影响母乳喂养的顺利建立^[18]。所以,在无痛分娩镇痛管理模式上必须改进。

NBAS-APS 是目前得到广泛认可的疼痛管理模式,其有效性已得到证实^[19]。随着麻醉学科向围术期医学的纵深发展,麻醉护士岗位在国内医疗机构中逐步普及,其专业价值在疼痛管理领域日益凸显^[20]。麻醉护士主导的 NBAS-APS 疼痛护理模式突破了传统以病区护士为主体的单一管理路径,构建了麻醉护士与病区护士协同联动的闭环式疼痛管理体系。NBAS-APS 模式是多学科协作(MDT)理念在术后疼痛管理领域的成功实践。其实践路径的核心在于,麻醉护士以其专业属性为支点,成为沟通麻醉科与产科的关键枢纽,从而在围术期疼痛管理全程中发挥不可或缺的桥梁作用:一方面,其能够及时将产妇的镇痛需求反馈至麻醉医师,推动镇痛方案的个体化调整;另一方面,通过与病区护士的密切配合,确保镇痛措施在临床层面得到有效落实。这种上下联动、前后贯通的协作机制,不仅提升了疼痛管理的时效性与精准度,也为多学科团队在

产科镇痛领域的深度融合提供了可操作的实践路径^[21]。在 NBAS-APS 模式下,病区责任护士与麻醉护士职责清晰、分工明确,二者在疼痛管理中各司其职又相互协作,充分发挥了各自专业领域的优势。病区责任护士侧重于产妇的基础护理、生命体征监测及产后康复指导,而麻醉护士则专注于镇痛方案的执行与动态调整、疼痛评估及麻醉相关并发症的预防与处理。两者协同配合,形成了覆盖产前、产中及产后的全程疼痛管理闭环,有效提升了镇痛效果,促进了产妇术后快速康复,同时也为其尽早参与新生儿照护创造了有利条件。

相较于传统以病区护士为主导的疼痛管理模式,由麻醉护士全程参与的 NBAS-APS 疼痛护理模式具有以下显著优势:

首先,该模式构建了一个全程化、多学科协作的疼痛管理体系,涵盖麻醉门诊评估、产程镇痛实施、产后恢复监测等各个环节,形成了从麻醉医师到麻醉护士、再到病区护士与专属助产士的无缝衔接。

其次,NBAS-APS 模式优化了疼痛管理的流程结构,减少了传统模式中因信息传递层级过多而导致的沟通延迟。麻醉护士作为连接麻醉科与产房的枢纽,能够及时反馈产妇的镇痛需求并协调调整方案,显著提升了医护之间及护患之间的沟通效率,体现了优质护理服务在流程再造中的核心价值。这种专业化分工与交叉融合不仅有助于提升临床服务质量,也推动了学科间的协同发展,已成为术后加速康复外科理念在产科领域延伸的重要趋势^[22]。此外,从护理心理学的视角来看,焦虑和抑郁情绪的缓解对疼痛感知具有显著的调节作用。NBAS-APS 模式通过麻醉护士全程参与和多学科团队的持续关注,为产妇提供了稳定的心理支持环境,有助于减轻其对分娩疼痛的恐惧感,提升情绪稳定性,从而在生理与心理双重层面促进产后快速康复。

NBAS-APS 模式联合专属助产士的干预策略,不仅在疼痛控制方面展现出显著优势,更在提升产妇整体分娩体验、促进产后心理适应及加速生理恢复方面发挥了积极作用。其核心在于构建了一个以产妇为中心、多学科协作、全程覆盖的疼痛管理与支持体系。首先,从疼痛管理的机制层面分析,NBAS-APS 模式强调麻醉护士在产程中的持续参与与动态评估,能够实时监测产妇的疼痛变化并根据个体差异调整镇痛药物浓度与给药时机。相较于传统模式下依赖麻醉医师间断干预的方式,NBAS-APS 模式实现了疼痛管理的“精细化”与“个体化”。研究表明,镇痛药物的浓度与给

药时机直接影响产程进展与母婴安全^[23-24], 而麻醉护士的专业判断与及时反馈, 能够有效避免因药物浓度不当导致的产程延长或镇痛不足, 进而提升镇痛效果与产妇满意度。其次, 该模式在心理干预层面的价值不容忽视。分娩不仅是生理过程, 更是高度情绪化的心理体验。产妇面对剧痛时产生的焦虑、恐惧情绪, 会经由神经内分泌通路传导至子宫, 干扰其收缩功能, 最终影响产程的顺利进展^[25]。这种“医护协同、全程覆盖”的模式, 不仅提升了医疗资源的利用效率, 也增强了团队之间的沟通与默契, 形成了良性循环。随着团队协作经验的积累, MDT 模式将更加成熟、规范, 为产妇提供更加安全、高效的分娩照护^[26]。此外, 本研究还发现观察组在产后恢复指标上优于对照组, 提示 NBAS-APS 模式可能通过以下机制促进产后康复: 一是有效的镇痛减少了产后应激反应, 降低交感神经兴奋性, 有利于子宫复旧与乳汁分泌^[27]; 二是心理状态的改善有助于产妇早期下床活动、自主排尿及母乳喂养的顺利开展; 三是麻醉护士在产程中的饮食指导与紧急预案准备, 降低了剖宫产风险及麻醉并发症发生率, 为产后快速康复奠定了坚实基础。此外, 专属助产士在产后阶段提供的连续性母乳喂养指导与个性化心理支持, 能够帮助产妇顺利实现角色转换, 缓解产后情绪波动, 促进其生理功能与心理状态的双重恢复^[28]。

综上所述, NBAS-APS 模式联合专属助产士的干预策略, 不仅在疼痛控制上具有显著优势, 更在心理支持、团队协作、产后康复等方面展现出多维度的临床价值。未来可进一步探索该模式在不同类型产妇(如高龄、多胎、合并症等)中的适用性, 并结合新技术提升其可及性与精准性, 为构建更加人性化、科学化的分娩照护体系提供循证依据。

参考文献

- [1] 卢壁嫻, 龚艳艳. 待产妇硬膜外分娩镇痛健康教育需求的调查分析[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(5): 81-84.
- [2] 朱淑榕, 魏碧蓉, 郭胜斌, 等. 硬膜外分娩镇痛产妇护理支持需求问卷的研制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(9): 1318-1324.
- [3] 韩万凤, 王敏, 汪志敏. 综合评分法在判断胎盘功能中的应用[J]. 山东医药, 2006, 46(9): 58.
- [4] 袁亚苹, 侯丽莉, 魏娇娇, 等. 硬膜外分娩镇痛产妇门诊行互动式健康教育价值观察[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(15): 17-19.
- [5] 王庆朝. 不同浓度舒芬太尼联合罗哌卡因硬膜外阻滞在无痛分娩产妇中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2025, 24(37): 70-73.
- [6] 王立维, 管蓬兰, 翟伟杰, 等. 多模式心理调适联合专属助产对无痛分娩产妇体验的改善效果[J]. 吉林医学, 2025, 46(9): 2275-2278.
- [7] 戚芳, 黄绍强, 闵辉, 等. 椎管内分娩镇痛护理循证实践方案的构建[J]. 护理学杂志, 2019, 34(4): 21-25.
- [8] 张瑶, 袁红梅, 秦香, 等. 不同饮食对低风险产妇硬膜外分娩镇痛及胃排空时间的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2021, 37(9): 937-940.
- [9] Dencker A, Berg M, Bergqvist L, et al. Development and psychometric evaluation of the Childbirth Experience Questionnaire (CEEQ)[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2010, 10: 81.
- [10] Huskisson EC. Measurement of pain[J]. Lancet, 1974, 2(7889): 1127-1131.
- [11] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating[J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.
- [12] Hamilton M. A rating scale for depression[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960, 23: 56-62.
- [13] 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.
- [14] 韩小娟. 多模式分层心理护理在初产妇无痛分娩中的应用效果观察[J]. 婚育与健康, 2023, 29(12): 103-105.
- [15] 黎金玲. 剖宫产术后疼痛护理干预及研究进展[J]. 当代临床医刊, 2016, 29(3): 2301-2302.
- [16] 钟善琼, 苟菊香, 周倩. 甲状腺病人术后疼痛的相关因素分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(11): 866-871.
- [17] EISENACH JC, PANPH, SMILEY R, et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression[J]. Pain, 2008, 140(1): 87-94.
- [18] 相世霞, 魏霞, 李霞. 瘢痕子宫再次剖宫产临床观察与护理[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(14): 238-239.
- [19] 庄列萍, 吴群, 杜忠举. NBAS-APS 疼痛管理模式用于肩袖损伤修补术患者围手术期的临床效果观察[J]. 中国现代医生, 2022, 60(31): 99-103.
- [20] 王戈. 麻醉科护士岗位胜任力现状及影响因素研究[C]. 沈阳, 辽宁中医药大学, 2020.
- [21] 王秀丽, 张妍, 何苗. 麻醉科护士在多学科疼痛管理中的作用[J]. 麻醉安全与质控, 2021, 5(5): 301-305.

- [22] 胡秀英,刘倩,刘丽.“护理+”多学科交叉融合发展的“前世今生”与未来[J].中华现代护理杂志,2023,29(4):421-426.
- [23] 陈俊丞,黎志华,李冰.不同剂量舒芬太尼联合罗哌卡因硬膜外麻醉在无痛分娩产妇中的应用效果观察[J].北方药学,2025,22(08):83-84+90.
- [24] 代景秋,左宪丽,李光亮.舒芬太尼联合罗哌卡因硬膜外麻醉在无痛分娩产妇中的应用效果[J].中国民康医学,2024,36(03):91-93.
- [25] 曹阳,贾云霄,谭育松.改良新产程模式管理硬膜外麻醉无痛分娩产程对母婴结局的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(01):24-26.
- [26] 史纪元,刘倩,韦帅芳,等.护理临床实践指南面临的机遇与挑战[J].协和医学杂志,2022,13(4):719-725..
- [27] 张敏妍,张亚静.瘢痕子宫再次剖宫产的临床观察与护理方法研究[J].临床合理用药杂志,2016,9(17):135-136.
- [28] 胡广尤,王莉,汪艳.多模式分层心理护理结合疼痛护理在无痛分娩产妇中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(03):73-75.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS