

基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导 对产后盆底功能恢复的影响

高枫

(菏泽市牡丹人民医院妇产科, 山东 菏泽, 274000)

摘要:目的 分析基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导对产后盆底功能恢复的影响。方法 选取 2021 年 11 月—2022 年 10 月菏泽市牡丹人民医院收治的 106 例自然分娩的产妇作为研究对象, 按照随机数表法将产妇分为研究组和对照组, 每组 53 例。对照组采取常规盆底康复训练指导, 研究组采取基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导。分析比较两组盆底功能(盆底肌平均电压及最大电压)、盆底肌力、产后盆底功能障碍性疾病(PFD)发生率、盆底障碍简易问卷(PFIQ-7)评分。结果 干预后, 研究组盆底肌最大电压及平均电压均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 研究组盆底肌力高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组产后 PFD 发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 研究组 PFIQ-7 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导可以有效促进产妇产后盆底功能与盆底肌力恢复, 降低 PFD 发生率, 保障产妇的生活质量, 值得临床应用。

关键词: Teach-back 模式; 盆底康复训练; 产后; 盆底功能

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-18-0134-03

盆底功能障碍性疾病(pelvic floor dys-function, PFD)是一组盆底支持组织损伤、缺陷或功能障碍所致的疾病, 主要表现为盆腔脏器脱垂、尿失禁、性功能障碍等, 严重影响了女性的生殖健康与生活质量^[1]。近年来, 随着国内生育政策放开及生育年龄的推迟, 产后 PFD 的发生率也呈攀升趋势^[2]。目前, 盆底康复训练是改善产妇盆底收缩功能与肌力的重要手段, 可以促进盆底结构与盆底肌肉功能恢复, 现已在 PFD 防治工作中得到了广泛的应用^[3]。然而, 产后盆底恢复周期漫长, 加之盆底康复训练对产妇的依从性要求较高, 训练动作复杂, 故训练效果不佳^[4]。因此, 如何通过合理的指导方案提高产妇产后盆底康复训练的依从性, 促进其盆底功能恢复已成为妇产科护理学者研究与关注的焦点。Teach-back 模式是一种新型的教学方法, 其在患者接受到系统性的健康宣教后进行学习成果回授, 以便增强与巩固患者对于健康知识的掌握程度, 促进健康行为^[5]。为了进一步完善产后康复护理方案, 本研究选取 2021 年 11 月—2022 年 10 月在菏泽市牡丹人民医院进行自然分娩的 106 例产妇作为研究对象, 探讨基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导对于产妇产后盆底功能恢复的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 11 月—2022 年 10 月在菏泽市牡丹人民医院进行自然分娩的 106 例产妇作为研究对象, 按照随机数表

法将产妇分为研究组和对照组, 每组 53 例。两组产妇一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可能性, 见表 1。产妇与家属对研究知情同意, 自愿签署知情同意书。本研究经菏泽市牡丹人民医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①自然分娩; ②单胎; ③足月妊娠; ④生命体征平稳; ⑤具有良好的沟通能力。

排除标准: ①产前存在盆腔器官脱垂、尿失禁等 PFD 症状者; ②有阴道前后壁膨出史、引产史、盆腔手术史、腹部手术史以及长期便秘、慢性咳嗽病史者; ③盆底出现急性感染、水肿或活动性出血者; ④存在内外科疾病或其他产科合并症与并发症者; ⑤合并泌尿系统疾病者; ⑥产妇意识障碍或精神异常者。

1.3 方法

对照组采取常规盆底康复训练指导。产后康复人员采用口头宣教与动作演示方式进行盆底康复训练指导。训练前排空膀胱, 保持室内温湿度适宜。(1)产妇取平卧位, 放松身体后屈曲并张开双腿, 吸气时收紧尿道、阴道与肛门, 保持 5~6 s 后缓慢呼气并放松, 10~15 min/次, 2 次/d。(2)平卧体位下屈膝并拢, 左右摆动大小腿, 之后伸直双腿, 弯曲左膝, 右手握左脚踝, 左手搭左腰膝, 向前胸弯曲, 两侧交替训练, 5 min/次, 2 次/d。(3)跪在床上或软垫上, 大腿向内夹紧, 两手支撑大腿, 双腿交替抬起并向胸部靠近, 5 min/次, 2 次/d。(4)在平地取站位, 两脚分开, 弯曲双腿并提肛, 5 min/次, 2 次/d。

研究组基于 Teach-back 模式进行盆底康复训练指导。

作者简介: 高枫(1979—), 女, 汉族, 籍贯: 山东省菏泽市, 本科, 主管护师, 研究方向: 产后康复。

表 1 两组一般资料比较

[($\bar{x} \pm s$)/n(%)]

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)	身体质量指数(kg/m ²)	产次		文化程度				新生儿体质量(kg)
					初产妇	经产妇	大专及以上	高中	初中	小学	
研究组	53	29.50 ± 2.08	39.08 ± 0.83	24.10 ± 1.40	32(60.38)	21(39.62)	13(24.53)	16(30.19)	16(30.19)	8(15.09)	3.02 ± 0.50
对照组	53	29.48 ± 1.98	39.15 ± 0.67	24.25 ± 1.50	34(64.15)	19(35.85)	12(22.64)	17(32.08)	17(32.08)	7(13.21)	3.05 ± 0.62
<i>x²/t</i>		0.051	0.478	0.532	0.161		5.832				0.274
<i>P</i>		0.960	0.634	0.596	0.689		0.120				0.785

(1) 组建 Teach-back 产康护理小组。由专科医生 1 名、产后康复组长 1 名、产后康复师 6 名组建 Teach-back 小组, 其中专科医生对产妇产后康复情况进行检查与指导, 产后康复组长监督并协调护理工作的落实情况, 产后康复师负责落实盆底康复训练指导内容。小组成员均经过产后功能训练技能、沟通技巧、Teach-back 教育模式等相关培训, 且考核成绩合格。(2) 制订基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导方案。小组成员与产妇充分沟通, 根据其康复需求结合产后情况, 与其共同制订基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导方案。(3) 基于 Teach-back 模式进行盆底康复训练指导方法。①实施。根据制订的盆底康复训练指导方案, 将具体训练方法制作成生动的演示短视频, 视频中对每组动作的操作要领、实施目的、注意事项进行详细说明。②解释。康复师通过口头宣教方式向产妇强调盆底康复训练中的重点内容, 之后协助其进行动作演示。③复述。完成全部动作的讲解后, 通过引导式提问方式要求产妇复述与演示盆底康复训练知识及动作。④评估。产妇完成解答与动作演示后, 康复师对于复述完整且动作示范规范的产妇予以表扬, 对于演示不规范或回答错误者则进行再次加强宣教, 直至其完全掌握相关知识点。⑤随访。护理人员每周对产妇进行 1 次电话或微信视频随访, 了解盆底康复训练情况, 根据反馈结果予以针对性的监督与指导。

两组均干预 3 个月。

1.4 观察指标

①盆底功能。干预前后采用神经肌肉刺激治疗仪(生产企业: 广州市杉山医疗器械实业有限公司, 型号: PHENIX USB 4)对两组产妇的盆底肌平均电压及最大电压进行测定。②盆底肌力。干预后, 采用盆底肌力检测(手测法)对两组产妇的盆底肌力进行评估, 即产妇听取口令进行阴道收缩, 以收缩频率与持续时间进行分级, 其中肌肉收缩感强烈, 持续对抗手指压力 ≥ 5 s, 且完成频次计 ≥ 5 次为 5 级; 肌肉收缩有力, 持续对抗手指压力 4 s, 且完成频次计 4 次为 4 级; 肌肉收缩时手指能够感受到向上或向前运动, 持续对抗手指压力 3 s, 完成频次计 3 次为 3 级; 肌肉有明显收缩感, 持续对抗手指压力 2 s, 完成频次计 2 次为 2 级; 肌肉轻微收缩或蠕动, 无法持续对抗手指为 1 级。上述分组与盆底肌力呈正相关性^[6]。③产后 PFD 发生率。产后 3 个月后, 记录并比较两组产妇 PFD 的发生率, 盆底功能障碍包括压力性尿失禁、盆腔器官脱垂、性功能障碍、肛门完全或不完全失禁等^[7]。产后 PFD 发生率 = (压力性尿失禁 + 盆腔器官脱垂 + 性功能障碍

+ 肛门完全或不完全失禁)例数 / 总例数 × 100%。④生活质量。干预前后采用盆底障碍简易问卷(PFIQ-7)^[8]对两组产妇的生活质量进行评估, 问卷评分为 0 ~ 300 分, 共有 21 个评分条目, 内容分为大小肠或直肠、膀胱或尿道、阴道或盆腔 3 个维度, 评分越低产妇生活质量越好。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 23.0 软件进行数据分析, 符合正态分布的计量资料, 以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 *t* 检验; 计数资料以[n(%)]表示, 行 *x²* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组盆底功能比较

干预前, 两组盆底肌最大电压及平均电压比较, 差异无统计学意义(*P* > 0.05); 干预 3 个月后, 研究组盆底肌最大电压及平均电压均高于对照组, 差异有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组盆底功能比较

($\bar{x} \pm s, \mu V$)

组别	例数	盆底肌平均电压		盆底肌最大电压值	
		干预前	干预 3 个月后	干预前	干预 3 个月后
研究组	53	9.12 ± 1.58	13.90 ± 1.04*	11.58 ± 1.48	23.70 ± 1.82*
对照组	53	9.08 ± 1.66	12.53 ± 0.95*	11.54 ± 1.30	18.54 ± 1.90*
<i>t</i>		0.127	7.081	0.148	14.278
<i>P</i>		0.899	<0.001	0.883	<0.001

注: 与同组干预前比较, **P* < 0.05。

2.2 两组盆底肌力比较

干预前, 两组盆底肌力比较, 差异无统计学意义(*P* > 0.05); 干预 3 个月后, 研究组盆底肌力高于对照组, 差异有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组盆底肌力比较

($\bar{x} \pm s$, 级)

组别	例数	干预前	干预 3 个月后
研究组	53	1.88 ± 0.56	3.78 ± 0.52*
对照组	53	1.86 ± 0.50	3.03 ± 0.44*
<i>t</i>		0.194	8.016
<i>P</i>		0.847	<0.001

注: 与同组干预前比较, **P* < 0.05。

2.3 两组产后 PFD 发生率比较

研究组产后 PFD 发生率低于对照组, 差异有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 4。

2.4 两组生活质量比较

干预前, 两组 PFIQ-7 评分比较, 差异无统计学意义(*P* > 0.05); 干预 3 个月后, 研究组 PFIQ-7 评分低于对照组, 差异有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 5。

表 4 两组产后 PFD 发生率比较 [n(%)]

组别	例数	压力性尿失禁	盆腔器官脱垂	性功能障碍	肛门完全或不完全失禁	发生率
研究组	53	1(1.89)	1(1.89)	0(0.00)	0(0.00)	2(3.77)
对照组	53	6(11.32)	2(3.77)	1(1.89)	0(0.00)	9(16.98)
χ^2						4.970
<i>P</i>						0.026

表 5 两组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预 3 个月后
研究组	53	105.02 ± 10.20	43.55 ± 6.58*
对照组	53	104.64 ± 8.88	62.50 ± 5.45*
<i>t</i>		0.205	16.147
<i>P</i>		0.838	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

PFD 是产后常见并发症之一,主要与妊娠阶段盆底神经与肌肉受到牵拉损伤,降低了肌肉收缩力,产后盆腔脏器无法恢复至正常部位有关,继而导致盆腔脏器脱垂、尿失禁等问题,严重影响了产妇的生活质量^[9]。目前,盆底功能康复训练是防治产后 PFD 的重要手段,主要包括 Kegel 训练、盆底运动、腹式呼吸等,其中 Kegel 训练通过有意识、有节奏地进行尿道、阴道与肛门收缩,可以提高产妇盆底肌的收缩功能;盆底运动通过重复的骨盆外肌肉运动,能够促进盆腔局部血液循环,有利于肌纤维修复,且为盆底肌肉功能恢复提供支持^[10]。盆底功能康复训练不受地点与时间的限制,具有高效、安全、经济成本低等优势^[11]。然而,盆底功能康复训练对于产妇的训练动作标准、训练强度,以及自身的主观能动性要求较高,且产后盆底功能康复周期漫长,导致其在常规口头宣教、动作示范等护理指导下的开展效果仍有欠缺^[12-13]。

Teach-back 模式是一种新型的教育方法,即产后康复师完成指导与宣教后,患者使用自己的语言或动作表达对于教育信息的理解,产后康复师则对未理解或理解偏差信息予以再次强调,直至患者完全掌握宣教内容^[14]。相较于常规“灌输式”盆底功能训练指导,Teach-back 模式可以帮助产妇加强动作记忆,纠正认知错误,减少记忆偏差与理解不足,继而巩固对于功能训练的掌握程度。同时,Teach-back 模式属于双向信息传递模式,其充分尊重产妇的主观感受与需求,不仅局限于检测产妇的记忆力,同时也可以检查与评估产后康复师实施相关宣教与指导的效果^[15]。本研究结果显示,干预 3 个月后研究组盆底肌最大电压、平均电压以及盆底肌力均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明基于 Teach-back 模式进行盆底康复训练指导,能够促进产妇产后盆底功能与盆底肌力恢复,考虑原因为 Teach-back 模式干预后产妇不仅掌握了训练技巧与相关知识,且在回授期间易于发现训练的实际需求与不足之处,继而及时调整训练方法,避免单向指导的盲目性;常规盆底康复训练指导主要以单向理论讲解为主,缺少对于产妇训练效果的评估及反馈,Teach-back 模式能够及时了解产妇训练过程中存在的问题,并开展规律性、针对性与渐进性的指导,进一步保证了盆底核心肌群的训练效

果,继而激活盆底肌,为产后盆底功能恢复提供有利的支持。

研究发现,产妇出院后由于回归家庭与社会角色,缺少盆底肌功能训练的实时鼓励与监督,难以保证训练的时间与强度,在一定程度上影响了训练效果^[16]。本研究结果显示,干预 3 个月后研究组产后 PFD 发生率及 PFIQ-7 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导通过电话或微信视频方式进行随访,可以充分了解产妇盆底康复训练情况,并根据收集的训练反馈结果进行有效的监督与指导,进一步规范产妇的训练行为,继而促进盆底功能恢复,降低产后 PFD 发生率,保障产妇生活质量。

综上所述,基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导可以有效促进产后盆底功能与盆底肌力恢复,降低 PFD 发生率,保障产妇的生活质量,值得临床应用。由于本研究干预与观察时间仅为 3 个月,所以基于 Teach-back 模式的盆底康复训练指导对于自然分娩产妇产后远期盆底功能的影响仍需要延长观察时间进一步论证。

参考文献

- [1] 杨琳,姚跟心,吴素慧.1232 例妇科门诊中老年女性盆底功能障碍性疾病状况调查[J].中国计划生育和妇产科,2021,13(8):35-38.
- [2] 肖漪,赵丽霞,杨明丽.北京市西城区女性盆底功能障碍性疾病影响因素分析[J].实用临床医药杂志,2021,25(6):64-66,84.
- [3] 屈勤芳,张蓓蓓,张洁.普拉提联合凯格尔盆底康复训练对产后盆底肌功能及性功能的影响[J].中国性科学,2022,31(1):121-124.
- [4] 刘莉,陈婉嫦,黄国婷.社区盆底功能障碍产妇产后康复训练依从性的影响因素与护理干预对策[J].护理实践与研究,2020,17(13):114-116.
- [5] 孟美红,王娜,李娜.网络平台下 Teach-back 法干预对妊娠期高血压患者自我保健管理能力的影响观察[J].哈尔滨医药,2022,42(1):100-102.
- [6] 李曰庆.女性盆底功能障碍诊疗学[M].北京:中国科学技术出版社,2014:120-122.
- [7] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学(第9版)[M].北京:人民卫生出版社,2018:305-308.
- [8] 史朝亮,施国伟,王阳赞.盆底功能障碍性疾病康复手册[M].上海:上海科学技术文献出版社,2021:53-55.
- [9] 宋雪瑶,张金红,宁魏青,等.南京地区中老年女性盆底功能障碍性疾病的发生情况及相关因素分析[J].中国妇幼保健,2022,37(10):1858-1862.
- [10] 余凌丽,焦墨芝,姚水莲,等.生物反馈电刺激结合 Kegel 训练对产后盆底功能障碍患者康复的影响[J].中国现代医生,2022,60(11):76-78,89.
- [11] 秦萍,黄慧琳,朱路文,等.产后盆底功能障碍疾病康复治疗的研究进展[J].中国生育健康杂志,2020,31(3):300,封3-封4.
- [12] 李婷婷,林璐璐,范淑丽.产后持续性强化盆底锻炼对初产妇盆底功能性功能及依从性的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(23):4432-4434.
- [13] 王贵香,张树恒.生物反馈电刺激联合盆底肌锻炼对产后盆底康复的疗效[J].中国药物与临床,2021,21(15):2720-2722.
- [14] 吴晓霞,董芳红.Teach-back 在健康宣教中的应用现状[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(2):160-164.
- [15] 丁子钰,丁清清,王爱花,等.回授法结合达标理论在老年压力性尿失禁女性盆底肌锻炼中的应用[J].河南医学研究,2021,30(3):410-414.
- [16] 孔俊梅,谢俊房,武恒双,等.女性压力性尿失禁盆底肌训练执行现状调查及其影响因素分析[J].中国当代医药,2022,29(24):107-110.