改良式自然分娩临床路径促进产程进展及产后康复临床研究

冯玉

义乌市妇幼保健院，浙江 义乌 322000

［摘要］**目的：**观察改良式自然分娩临床路径在经阴道分娩及其产后康复中的效果。**方法：**选取2023年1月—2024年3月在义乌市妇幼保健院产科病区住院待产且第一诊断为足月单胎头位自然临产的660例初产妇作为研究对象，按照随机数字表法分为对照组和观察组各330例。对照组采用常规自然分娩临床路径；观察组采用改良式自然分娩临床路径，在对照组基础上增加中医适宜技术进行干预，比较2组在加速产程进展和产后子宫复旧、产后康复的效果。**结果：**观察组第一产程、第二产程、第三产程、总产程时间均较对照组缩短，差异有统计学意义（$P<0.05$）。分娩前，2组疼痛VAS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；分娩30 min及分娩后，观察组VAS评分均较对照组降低，差异有统计学意义（$P<0.05$）。产后1、2、3天，观察组子宫底下降高度均大于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。产后3天，观察组血性恶露排出量较对照组多，血性恶露持续时间较对照组缩短，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。产后7天，观察组子宫体大小较对照组缩小，双侧子宫动脉血流S/D值之和较对照组下降，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。产后42天，观察组宫内组织残留率为3.33%（11/330），对照组为13.94%（46/330），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。产后第1、2、3天，观察组泌乳量均较对照组明显增多，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。观察组会阴切口甲级愈合率为99.09%（327/330），对照组为94.55%（312/330），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组会阴切口平均愈合时间短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组PSQI量表中睡眠时长大于对照组，睡眠效率高于对照组，入睡时间短于对照组，睡眠障碍次数少于对照组，日间功能障碍、主观睡眠质量评分均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。观察组阴道前后壁膨出发生率为7.88%（26/330），对照组为19.39%（64/330），差异有统计学意义（$P<0.05$）；观察组平均盆底肌检测评分高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组产后并发症发生率为5.76%（19/330），对照组为30.00%（99/330），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**通过中医适宜技术改良自然分娩临床路径可促进产程进展，减轻围产期疼痛，促进子宫复旧、母乳喂养及会阴切口愈合，改善产妇睡眠质量及盆底肌功能，减少产褥期并发症。

［关键词］改良式自然分娩；临床路径；中医适宜技术；产程；产后康复
［中图分类号］R271　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2025）12-0087-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.12.016

Clinical Study on Clinical Pathway of Modified Natural Childbirth in Promoting Labor Progression and Postpartum Rehabilitation

FENG Yu

Yiwu Maternity and Children Hospital，Yiwu Zhejiang 322000，China

Abstract：Objective： To observe the curative effect of the clinical pathway of modified natural childbirth on vaginal delivery and postpartum rehabilitation. **Methods：** A total of 660 primiparas who were hospitalized in the department of obstetrics of Yiwu Maternity and Children Hospital from January 2023 to March 2024 and were first

［收稿日期］2024-10-28
［修回日期］2025-03-26
［基金项目］金华市中医药科技计划项目（金卫〔2022〕117号2023KY39）
［作者简介］冯玉（1988-），男，副主任中医师，E-mail：fy19881021@126.com。

diagnosed as full-term singleton vertex presentation with spontaneous labor onset were selected as the study subjects and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 330 cases in each group. The control group was intervented with clinical pathway of conventional natural childbirth; the observation group was intervented with clinical pathway of modified natural childbirth combined with intervention of appropriate Chinese medicine techniques on the basis of the intervention in the control group. The curative effects on accelerating the labor progression, postpartum uterine involution and postpartum rehabilitation were compared between the two groups. **Results**: The time of the first stage of labor, the second stage of labor, the third stage of labor and the total stage of labor in the observation group were respectively shorter than that in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). Before delivery, there were no significant differences in the comparison of Visual Analogue Scale (VAS) scores of pain between the two groups ($P>0.05$); thirty minutes after delivery and after delivery, the VAS scores in the observation group were reduced when compared with those in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). One, two and three days after delivery, the height of uterine fundus in the observation group was higher than that in the control group, respectivdy, differences being significant ($P<0.05$). Three days after delivery, the amount of discharged bloody lochia in the observation group was more than that in the control group, and the duration of bloody lochia was shorter than that in the control group, differences being significant ($P<0.05$). Seven days after delivery, the uterine body in the observation group was smaller than that in the control group in size, and the sum of S/D value of bilateral uterine artery blood flow was lower than that in the control group, differences being significant ($P<0.05$). Postpartum follow-up at 42nd day, the residual rate of intrauterine tissue was 3.33% (11/330) in the observation group and 13.94% (46/330) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). On the 1st, 2nd and 3rd day after delivery, the lactation volume in the observation group was significantly elevated than that in the control group respectively, the difference being significant ($P<0.05$). The grade A healing rate of perineal incision was 99.09% (327/330) in the observation group, and 94.55% (312/330) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). The average healing time of perineal incision in the observation group was shorter than that in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). In the observation group, the sleep duration was longer, sleep efficiency was higher, sleep latency was shorter, sleep disorder was less, and scores of daytime dysfunction and subjective sleep quality in PSQI were lower than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of anterior and posterior vaginal wall prolapse was 7.88% (26/330) in the observation group, and 19.39% (64/330) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). The average pelvic floor muscle test score in the observation group was higher than that in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). The incidence of postpartum complications was 5.76% (19/330) in the observation group and 30.00% (99/330) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). **Conclusion**: The improvements in clinical pathway of natural childbirth by appropriate Chinese medicine technique can promote the labor progression, reduce the perinatal pain, promote the uterine involution, breastfeeding and perineal incision healing, improve the sleep quality and pelvic floor muscle function of primiparas, and reduce the puerperous complications.

Keywords: Modified natural childbirth; Clinical pathway; Appropriate Chinese medicine techniques; Labor procession; Postpartum rehabilitation

随着现代医学模式由生物医学向生物-心理-社会医学模式的转变，产科领域的医疗服务逐渐从单一的疾病治疗转向全生命周期的健康管理。自然分娩的安全性、舒适性及产后康复情况备受关注。临床路径作为一种标准化、规范化的医疗管理模式，通过明确诊疗流程和时间节点，可有效提升医疗质

量并控制成本。然而，传统自然分娩临床路径存在标准化程度不足、个体化干预薄弱等问题，导致部分产妇产程延长、产后恢复缓慢，甚至引发心理应激反应[1]，因此亟需构建融合多学科优势的改良式自然分娩临床路径。中医学“治未病”思想包含“未病先防、既病防变、瘥后防复”三层内涵，与产科健康管理目标高度契合[2]。中医适宜技术具有“简、便、效、廉”的优势，弥补了西医传统路径在预防保健维度的不足，形成“防-治-康”一体化管理模式。基于此，本研究提出“改良式自然分娩临床路径”，旨在通过整合中医学“治未病”健康管理理念及中医适宜技术，构建覆盖产前、产时、产后的系统性干预方案，以优化产程管理、促进产后康复，为产科临床实践提供循证依据。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《妇产科学》[3]有关孕足月单胎头位自然临产的诊断标准：孕周≥37周，规律性子宫收缩、宫颈扩张伴胎头下降，临床检查除外臀位和横位；无阴道分娩禁忌证；阴道分娩；标准住院2～4天。

1.2 排除与脱落标准 分娩过程中转剖宫产或阴道手术终止妊娠（包括但不限于头位难产、胎儿窘迫等），退出本路径；住院期间出现其他疾病或严重并发症，无法继续实施路径者。

1.3 一般资料 选取2023年1月—2024年3月在义乌市妇幼保健院住院待产且第一诊断为足月单胎头位自然临产的660名初产妇作为研究对象，按照随机数字表法分为对照组和观察组，每组330例。对照组年龄21～33岁，平均年龄（23.2±2.2）岁；平均孕次1.2次；平均孕周38.3周。观察组年龄22～34岁，平均年龄（23.3±2.2）岁；平均孕次1.2次；平均孕周38.2周。2组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经义乌市妇幼保健院伦理委员会审批通过（批件号：A000104）。

2 治疗方法

2.1 对照组 施以常规自然分娩临床路径。包括入院检查、产程干预及药物选择、产科护理常规、产后复查等[4]。

2.2 观察组 施以改良式自然分娩临床路径。在常规路径基础上增加中医临产宣教、分娩期揿针止痛、耳穴压豆安神助眠、乳根穴穴位贴敷促进泌乳、加味生化汤口服促进子宫复旧、中药足浴助眠、中药热奄包促进子宫复旧、会阴部中药擦洗消肿止痛等措施。

2.2.1 临产宣教 临产六字箴言“睡、忍痛、慢临盆”。睡：通过护士产前中医产育宣教及入院后的亲切引导使产妇情绪稳定，睡眠充足，精力充沛。忍痛：助产士指导产妇熟悉分娩流程，忍住下腹坠痛，切勿使用腹压，舒缓情绪，防止烦躁哭闹产生抑郁情绪。慢临盆：正确指导产妇从容临盆，按照助产士指引配合产程进展。

2.2.2 分娩期揿针 当产妇宫口开至3 cm时对照组给予椎管内麻醉分娩镇痛；观察组在产妇宫口开至3 cm时给予椎管内麻醉镇痛，同时进行揿针治疗，使用一次性使用无菌揿针（吴江市云龙医疗器械有限公司，苏械注准20142200224），选取双侧内关、合谷、子宫、三阴交及关元等穴位，碘伏棉签消毒皮肤后，针尖对准上述穴位，垂直按压揿入皮内，以产妇有酸胀麻感为宜，每30 min按压刺激穴位1次，并根据疼痛程度适当调整按压频率。

2.2.3 加味生化汤治疗 处方：当归10 g，川芎10 g，桃仁6 g，甘草10 g，炮姜5 g，红花6 g，党参10 g，益母草12 g，防风9 g，川牛膝10 g，白芍10 g，熟地黄10 g。加减：母乳喂养者酌加炙黄芪15 g，通草6 g，王不留行20 g；人工喂养者酌加蝉蜕6 g，炒麦芽120 g，蒲公英15 g。每天1剂，水煎取药液500 mL，早晚分服。产后第1天开始应用，连服7天。

2.2.4 中药热奄包外敷 中药热奄包处方：桃仁10 g，延胡索10 g，甘草10 g，益母草30 g，艾叶30 g。将上药研粉后装入无纺布袋中，将无纺布袋平铺于由装有海盐500 g缝制成的布袋外侧口袋，做成中药热奄包。将热奄包置入恒温箱加热至50～70 ℃为宜。产妇取平卧位，暴露下腹部，将热奄包置于下腹正中位置，加盖被褥保温，持续30 min。产后第1天开始应用，连续3天。

2.2.5 乳根穴穴位贴敷 取穴：乳根穴；中药组方：黄芪、路路通、党参、王不留行、通草、当归，按照2∶1∶1∶2∶2∶2的比例将以上中药打碎研粉，用0.9%氯化钠溶液和凡士林调成糊状，制作为直径约2 cm的药饼，贴敷于穴位处。于分娩后1 h给予穴位贴敷，每天1次，每次6 h，连续贴敷3天。

2.2.6 中药会阴擦洗 擦洗中药处方：紫花地丁20 g，

苦参20 g，金银花10 g，贯众10 g，茜草10 g。将上述药物煎成100 mL药液，由护士用棉棒浸透中药药液擦洗会阴，早晚各1次，产后第1天开始应用，连续3天。

2.2.7 耳穴压豆 选取神门、交感、内分泌穴位，由经培训合格并取得资质的产科护士进行取穴埋豆操作，嘱产妇每次每穴按压1～2 min，以耳穴部位产生麻、热、胀、痛感为度，每天自行按压3～5次，产后第1天开始应用，持续3～5天。

2.2.8 中药足浴 处方：茯神10 g，何首乌藤20 g，炙甘草10 g，浮小麦20 g，柏子仁6 g。护理人员将上述中药研磨后装入无纺布袋，置入足浴盆中，用100 ℃的沸水2 000 mL浸泡，待水温降至40～50 ℃时进行足浴，将足踝以下部分全部浸入药液中，以10～15 min为宜，注意保持水温。产后第1天开始每晚临睡前行中药足浴，连续3天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①产程进展情况。观察并记录各产程及总产程时间。②分娩镇痛效果评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评估。③产后子宫复旧情况。测量并记录产后第1～3天子宫底下降高度；记录产后1～3天血性恶露量及产褥期血性恶露持续时间；B超测子宫体大小及子宫动脉血流值：于产后第7天使用彩色多普勒超声检查子宫体大小(子宫三径之和)及双侧子宫动脉血流S/D值之和；宫内组织残留率：于产后42天经B超检测宫内组织残留情况。④乳房充盈度。记录产妇第1～3天的乳汁分泌量。⑤会阴切口愈合情况。于产后第7天进行甲、乙、丙三级评级。⑥产后睡眠质量。于出院前参照匹兹堡睡眠质量自评量表(PSQI)进行评估。睡眠效率＝睡眠时间/(睡眠时长+入睡时间)×100%。⑦盆底肌功能评估。于产后42天通过妇科检查阴道壁膨出，以及盆底肌力检测评估。⑧产后并发症发生率。于住院期间进行统计，并发症包括会阴水肿、耻骨联合痛、乳腺炎、尿潴留、产褥感染等。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件分析所有数据。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验；计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用两独立样本t检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组产程进展情况比较 见表1。观察组第一产程、第二产程、第三产程、总产程时间均较对照组缩短，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组产程进展情况比较($\bar{x}\pm s$) h

组 别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
观察组	330	7.62±1.25	0.92±0.29	0.14±0.47	8.68±1.24
对照组	330	9.41±1.76	1.32±0.27	0.25±0.10	10.99±1.83
t值		−15.092	−18.237	−18.405	−17.089
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

4.2 2组分娩前后疼痛VAS评分比较 见表2。分娩前，2组疼痛VAS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；分娩30 min及分娩后，观察组VAS评分均较对照组均降低，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组分娩前后疼痛VAS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	分娩前	分娩30 min	分娩后
观察组	330	2.52±0.66	6.03±1.47	5.42±0.89
对照组	330	2.58±0.92	8.67±0.64	6.82±0.67
t值		−0.873	−29.918	−22.692
P值		0.144	<0.001	<0.001

4.3 2组产后子宫复旧情况 见表3、表4、表5。产后1、2、3天，观察组子宫底下降高度均大于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。产后3天，血性恶露排出量较对照组多，血性恶露持续时间较对照组缩短，差异均有统计学意义($P<0.05$)。产后7天，观察组子宫体大小较对照组缩小，双侧子宫动脉血流S/D值之和较对照组下降，差异均有统计学意义($P<0.05$)。产后42天随访，观察组宫内组织残留率为3.33%(11/330)，对照组为13.94%(46/330)，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组产后乳汁分泌量比较 见表6。产后1、2、3天，观察组泌乳量均较对照组增多，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组产后子宫底下降高度比较($\bar{x}\pm s$) cm

组 别	例数	产后1天	产后2天	产后3天
观察组	330	1.21±0.20	1.73±0.43	1.66±0.48
对照组	330	0.92±0.26	1.13±0.22	1.01±0.16
t值		15.954	28.246	20.950
P值		<0.001	<0.001	<0.001

表4　2组产后3天恶露比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	血性恶露量(mL)	血性恶露持续时间(d)
观察组	330	225.18±20.69	9.21±1.65
对照组	330	184.73±19.34	15.30±3.61
t值		41.926	−28.946
P值		<0.001	<0.001

表5　2组产后7天子宫B超评估比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	子宫体大小(cm^3)	双侧子宫动脉血流S/D值之和
观察组	330	14.73±1.75	8.29±0.89
对照组	330	19.24±2.15	11.22±1.62
t值		−28.103	−25.698
P值		<0.001	<0.001

表6　2组产后乳汁分泌量比较($\bar{x}\pm s$)　mL

组　别	例数	产后1天	产后2天	产后3天
观察组	330	22.33±3.99	52.21±8.81	182.79±18.72
对照组	330	16.51±2.92	41.27±6.03	122.48±13.20
t值		29.003	23.946	44.167
P值		<0.001	<0.001	<0.001

4.5　2组产后会阴切口愈合比较　观察组会阴切口甲级愈合率为99.09%(327/330)，对照组为94.55%(312/330)，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组会阴切口平均愈合时间为(3.42±0.82)d，短于对照组(4.52±0.89)d，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.6　2组产后PSQI评分比较　见表7。观察组PSQI量表中睡眠时长大于对照组，睡眠效率高于对照组，入睡时间短于对照组，睡眠障碍次数少于对照组，日间功能障碍、主观睡眠质量评分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表7　2组产后PSQI评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

指　标	观察组(例数=330)	对照组(例数=330)	t值	P值
睡眠时长(min)	314.45±17.29	243.52±10.88	60.731	<0.001
睡眠效率(%)	95.32±1.23	88.36±2.54	55.214	<0.001
入睡时间(min)	16.24±2.93	28.82±4.31	−50.322	<0.001
睡眠障碍(次/夜)	0.34±0.15	1.78±0.42	−65.234	<0.001
日间功能障碍(分)	1.85±0.62	3.48±0.88	−35.123	<0.001
主观睡眠质量(分)	1.52±0.48	3.25±0.75	−45.678	<0.001

4.7　2组产后盆底肌功能比较　观察组阴道前后壁膨出率为7.88%(26/330)，对照组为19.39%(64/330)，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组平均盆底肌检测评分(72.42±5.59)分，高于对照组(56.48±8.66)分，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.8　2组产后并发症发生率比较　见表8。观察组产后并发症发生率为5.76%，对照组为30.00%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表8　2组产后并发症发生率比较　例(%)

组　别	例数	尿潴留	会阴水肿	乳腺炎	耻骨联合痛	产褥感染	合计
观察组	330	4(1.21)	11(3.33)	1(0.30)	2(0.61)	1(0.30)	19(5.76)
对照组	330	22(6.67)	43(13.03)	10(3.03)	8(2.42)	16(4.85)	99(30.00)
χ^2值							66.045
P值							<0.001

5　讨论

有研究指出，自然临产阴道分娩临床路径在治疗用药的合理性上，存在循证医学证据不足、用药方案有待进一步完善等问题[5]。本研究采用中医临产宣教、分娩期揿针止痛、耳穴压豆、中药足浴安神助眠、乳根穴穴位贴敷促进泌乳、加味生化汤口服、中药热奄包促进子宫复旧、会阴部中药擦洗消肿止痛等中医适宜技术，融入到围产期的各环节，形成了改良式自然分娩临床路径。

本研究结果表明，观察组较对照组产程时间明显缩短，提示通过“临产六字箴言”宣教、揿针分娩镇痛等举措对产妇进行心理引导和生理干预，使产妇精力充沛、情绪稳定，可明显加快产程进展，缩短总产程时间。本研究表明，观察组较对照组在分娩30 min及分娩后疼痛明显缓解，提示于第二产程给予揿针止痛可有效缓解分娩及产后疼痛，药物镇痛联合中医非药物性镇痛可产生持续性有效刺激。本研究通过揿针治疗取穴，如合谷穴通络止痛，主治各种痛症；内关穴宁心安神、行气止痛；而三阴交穴与合谷穴联用是最常用的下胎对穴。《针灸神书》指出“妇人难产命将倾，合谷当先补左迎，气下忙将阴交取”，意指除镇痛效果外，二者配合还有催产之功。故通过揿针持续刺激合谷(镇痛要穴)、三阴交(产科特效穴)等穴位，实现镇痛效果。

本研究结果表明，观察组产后1、2、3天子宫底高度下降、血性恶露排出量及产后7天子宫三径及子宫动脉血流等改善均较对照组明显，提示通过中药热奄包外敷、加味生化汤口服等举措可明显改善产

妇子宫复旧及盆底肌功能康复，加速子宫缩复，缩短血性恶露干净时间，减低宫内组织残留发生率，改善子宫动脉血流情况，减少阴道前后壁膨出的发生率。中药热奄包是中医熨法的一种，其利用药效和热量的双重作用达到温通经络、缓急止痛等作用。其通过药效和热效双重作用直接敷于产妇下腹部，可以达到缓解宫缩疼痛和促进排尿的作用。

本研究基于产后多瘀的病理生理特征，首次尝试采用双侧子宫动脉血流S/D值之和作为指标评判产后子宫复旧情况，结果显示观察组与对照组在产后B超评估子宫体积和子宫动脉血流值2项指标中均有显著性差异，提示子宫复旧情况与S/D值成正相关，日后可进一步扩大样本量验证是否可将其作为产后子宫复旧的客观指标。本研究中加味生化汤由生化汤为主方加减而成，方中以当归、益母草为君药，补血活血、化瘀生新；川芎、红花、白芍、熟地黄、党参、桃仁、川牛膝、防风为臣药，活血化瘀、补气养血、行气祛风；炮姜为佐药，温经散寒、止痛止血；甘草为使药，调和诸药。中医学认为，产后以多虚多瘀为病理特征，故遣方用药以补气活血为治则。然而，笔者认为当代女性因工作、家庭压力大，平素情志不畅，在作息时间不规律等因素影响下，长期劳神耗气，产后气虚更甚，故相较于传统生化汤原方，本研究自拟加味生化汤更适合现代产妇体质，且在预防产后月子病方面发挥了较好的作用。本研究结果表明，在产后1、2、3天，观察组较对照组乳汁分泌量均有提高，提示通过中药穴位贴敷乳根穴可有效促进乳汁分泌，有利于母乳喂养。中医理论认为，乳房属胃亦属肝，保持母乳充盈的前提是气血充足和乳络通畅，通过运用黄芪、王不留行、通草等补气通乳之品制成药膏敷贴于乳根穴，达到了益气通乳之效，同时可以预防乳腺炎的发生。

本研究结果表明，观察组产后会阴切口愈合不良、会阴水肿、产褥感染的发生率均低于对照组，提示通过中药会阴擦洗可以促进会阴切口愈合，缩短愈合时间，降低不良愈合率，减少会阴水肿和产褥感染的发生。以紫花地丁、苦参、金银花、贯众、茜草为组方的中药擦洗方，具有清热解毒、凉血化瘀、消肿止痛的效果。本研究结果还显示，治疗后观察组睡眠质量改善优于对照组，提示通过耳穴压豆及中药足浴可以明显改善产妇睡眠质量，帮助产妇解除疲乏。耳穴压豆是中医传统外治法，按压神门穴可以起到镇静安神的效果；交感穴是重要的调节植物神经的穴位，能缓解子宫收缩痛；内分泌穴可以调节全身功能，达到安神助眠的作用。足部分布着人体数十个穴位，足浴时通过中药药液透皮吸收，刺激相应反射区可舒缓经络，调节自主神经与内分泌系统，缓解产妇焦虑、疲软等情绪，进而改善睡眠质量，促进产后康复。

本研究从中医学“治未病”健康管理角度，通过中医适宜技术改良自然分娩临床路径进行干预可促进产程进展、减轻围产期疼痛、促进子宫复旧、促进母乳喂养、促进会阴切口愈合、改善产妇睡眠质量、改善盆底肌功能、减少产褥期并发症，值得临床进一步应用和研究。

[参考文献]

[1] 张玉珍，王丽娜. 自然分娩临床路径标准化管理的实践与思考[J]. 中华护理杂志，2020，55(3)：367-371.
[2] 黄璐琦，王阶. 中医“治未病”理论在现代健康管理中的实践路径[J]. 中医杂志，2020，61(12)：1013-1017.
[3] 谢幸，孔北华，段涛，等. 妇产科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018.
[4] 国家医政医管局. 国家卫生健康委办公厅关于印发有关病种临床路径(2019年版)的通知[EB/OL]. (2019-12-29)[2025-03-26]. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202001/b3c9e097b0c1471a969d7a63be471759.shtml.
[5] 吴波，陈文文，梁华，等. 自然临产经阴道分娩临床路径用药分析[J]. 中国药业，2020，29(24)：48-51.

(责任编辑：冯天保，邓乔丹)