

殖性病变的先兆。如果察觉到病情有所发展,就要为可能出现的二次手术安排而预先展开与患者的交流,并做好相关的准备工作。

5 患者康复与生活指导

5.1 术后体位与活动指导

术后的体位管理属于康复的关键部分,特别是那些眼内注入气体或者硅油的患者。某些体位可以凭借填充物的表面张力或者浮力来抵住视网膜,从而推动其复位愈合。护理人员要清楚而且多次地向患者及其家属展示所需的体位,并且确认他们已领会,比如面朝下或者某种侧卧位,还要阐述其中的道理以及重要意义。引导患者妥善规划维持该体位和短暂停留休息的时段,利用专门的体位垫来改善舒适感受和依从状况。在活动上,手术之后初期不能做剧烈运动、扛着重活、猛然低垂头部、使劲排便或者坐飞机之类的事情。要在医生的指导下逐步恢复日常活动,保证患者知晓各类禁忌,这样才能规避填充物移位、出血或者高眼压等风险。

5.2 用药指导与复查安排

手术之后的用药是否规范,这关系到炎症能否得到控制、感染能不能被防止、眼压是否能维持稳定。护理人员要给予清晰的口头和书面用药指导,其中涵盖每种药物的名称、功效、剂量、频率、滴用方式以及可能出现的副作用。格外要着重说明激素类眼药水应逐步减量这一原则,不能私自停药,还要教会患者或者家属正确的滴眼药方法以及眼部清洁办法。安排复查可以巩固治疗效果,及早察觉问题,应当制订并告知患者确切的复查计划。一般而言,术后第一周、一个月、三个月、半年以及每年都是重要阶段,要阐述每次复查的重点所在。即便没有症状,也要按期复查,要让患者知道紧急情况时的联系方式和就诊流程。护理人员需给出清晰的口头与书面用药指导,涉及各种药物的名称、作用、剂量、频次、滴用方法及其可能的副作用。格外要突出激素类眼药水逐步减量的原则,不能自行停药,还要教给患者或家属正确的滴眼药技术和眼部清洁方法,并安排复查以巩固疗效,尽早发现潜在问题。应该制订并告知患者具体的复查时

间表,术后第一周、一个月、三个月、半年以及每年都是关键时期,要说明每次复查的重点。

5.3 长期生活习惯与用眼建议

良好的生活习惯和科学的用眼方法对于保存手术成果、维护视功能十分关键。所以,建议患者维持生活有规律,情绪稳定,防止眼部遭受外伤。饮食应全面均衡,多吃富含维生素、抗氧化物的食物,以确保大便畅通无阻。要严格控制像高血压、糖尿病这样的全身性疾病。用眼的时候提倡劳逸结合,不可长时间盯着近处的东西看书或者玩电子产品,阅读或者使用电子产品的时候光线要合适,而且要定时休息。外出时可依情况佩戴防护镜,不能在昏暗处用眼,也别做那些也许会引起眼压变动的事情。要促使患者在视力许可的范围里做一些合适的运动,重新回归社会,同时明确告知需终身关注眼部健康,定期进行眼科检查。

6 结语

玻璃体切割术后的系统护理是确保手术长期成功的关键。通过对各类并发症的严密观察与前瞻性干预,能够有效控制风险,为视功能恢复奠定坚实基础。而全面、个体化的康复与生活指导,则显著提升了患者的自我管理能力和治疗依从性,促进其身心全面康复。因此,构建并实施集精准观察、主动护理和科学指导于一体的延续性护理模式,是实现最佳手术疗效、改善患者远期生活质量的必然路径,对提升眼科专科护理水平具有重要的实践价值。

参考文献

- [1] 刘晓俊,王凤群,邱云霞.玻璃体切割术治疗眼底疾病的护理效果观察[J].黑龙江医药,2020,33(01):239-241.
- [2] 章辉.基于微信的护理干预对玻璃体切割术患者术后并发症的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(35):139-140.
- [3] 徐爱玲,于婷婷,程蓉.玻璃体切割术后患者循证护理效果观察[J].齐鲁护理杂志,2022,28(10):147-149.
- [4] 任明月,张琳.手术室优质护理在玻璃体切割术患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(16):136-138.
- [5] 张丽.手术室优质护理对玻璃体切割术患者视力及并发症的影响[J].智慧健康,2023,9(21):258-262.

Research on the Role and Skill Enhancement of Midwives in Neonatal Asphyxia Emergency Rescue

Shuting Ren

1. Baoen Hospital of Shanxi (Shanxi Academy of Medical Sciences), Taiyuan, Shanxi, 030032, China
2. Third Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan, Shanxi, 030032, China
3. Tongji Shanxi Hospital, Taiyuan, Shanxi, 030032, China

Abstract

Neonatal asphyxia is one of the common acute and critical conditions during the perinatal period. Although its incidence has decreased due to the improvement of obstetric care, it remains a major cause of neonatal death and disability in some areas. As the first personnel to come into contact with newborns, midwives' performance in identification, judgment, and intervention directly affects the starting point of treatment and the quality of prognosis. Based on actual clinical tasks, it is necessary to clarify the role boundaries of midwives in neonatal asphyxia and continuously enhance their emergency skills and collaborative abilities in line with job requirements. By optimizing the training structure, standardizing operation procedures, and promoting collaborative drills, an efficient neonatal resuscitation mechanism can be established, providing a solid guarantee for improving the quality of life of newborns.

Keywords

Neonatal asphyxia; Midwife; On-site first aid; Skill training; Role positioning

新生儿窒息急救中助产士角色与技能提升研究

任舒婷

1. 山西白求恩医院（山西医学科学院），中国·山西太原 030032
2. 山西医科大学第三医院，中国·山西太原 030032
3. 同济山西医院，中国·山西太原 030032

摘要

新生儿窒息是围产期常见的急危重症之一，其发生率虽受产科水平提高而下降，但在部分地区仍是新生儿死亡和致残的主要诱因。助产士作为最早接触新生儿的人员，其在识别、判断与干预中的表现直接影响救治起点与预后质量。依托实际临床任务，需明确助产士在新生儿窒息中的角色边界，并结合岗位需求持续增强其急救技能与协同能力。通过优化培训结构、规范操作流程、推动协作演练，可构建高效响应的新生儿复苏机制，为提升新生儿生存质量提供坚实保障。

关键词

新生儿窒息；助产士；现场急救；技能训练；角色定位

1 引言

在分娩第一现场，新生儿出生后的状态判断需在极短时间内完成，尤其当婴儿无自主呼吸或反应迟钝时，任何延迟都可能引发严重后果。助产士常是最先接触新生儿的岗位人员，其判断力、操作力与应急协调能力共同构成了复苏反应的第一道防线。伴随对“黄金一分钟”干预理念的推广，助产士的职责不仅限于协助分娩，更在于抢占救治窗口、保障出生安全。因而，其在急救流程中的角色清晰度与能力匹配程度成为急救体系建设的关键切口。

【作者简介】任舒婷（1990—），女，中国山西人，本科，主管护师，从事助产研究。

2 新生儿窒息的急救特点与临床处置要求

2.1 新生儿窒息的病理特征与识别要点

新生儿窒息 (NA) 是指围生期各种因素导致新生儿出生后不能建立正常呼吸，引起进行性加重的低氧血症、高碳酸血症及酸中毒，严重者可引发多脏器损害的病理生理状况^[1]。新生儿窒息是围产期常见的危重状况，是指婴儿在出生前后因氧供中断或血流不足使其未能建立或维持正常呼吸，即缺氧性状态，其背景常与胎盘与子宫血流减少、脐带受压或分娩过程异常相关。此类缺氧状态若持续，将引发酸中毒及组织灌注不足，进而对脑、心、肾等多个器官造成损害。临床识别需要综合观察婴儿的肤色、呼吸努力、心率与肌张力等生命特征指标。以 APGAR 评分为例，该评分涵盖五项指标并在出生后 1 分钟与 5 分钟分别赋值，用以反映新生儿对外

界环境适应状况与对干预的反应，而非单一诊断窒息的标准，但其低分提示需进入复苏流程。评估时，心率低、呼吸浅表或无自主呼吸、肌张力低下及皮肤苍白或青紫是较明显的异常信号，此类识别需结合临床任务现场动态判断，避免因症状单一而误判操作节点。

2.2 急救干预的时间敏感性与关键步骤

新生儿复苏工作的时间要求极高，临床广泛倡导在婴儿出生后短时间内启动有效通气操作，以改善氧供与循环状况。此类干预多以正压通气启动为核心，合并必要的气道开放与分泌物清理，使气体交换条件得以最快改善。复苏流程内部不宜僵化、亦不可忽略现场判断反馈，常见应对逻辑是：确认无法自主呼吸后迅速定位气道，随后实施正压通气并连续观察心率与胸廓运动，若心率持续低于安全范围，则在优化通气的基础上进入辅助按压阶段，并视需要引入其他干预措施。整个进程要求助产现场人员在有限时间内完成评估—操作—反馈的循环，现场节奏与准确性对预后结果具有决定性影响，这一逻辑远超单一技能，而是依托熟练技法、快速判断与团队协调的综合执行能力。

3 助产士在新生儿窒息急救中的角色分析

3.1 分娩现场中的第一响应者角色定位

在新生儿娩出之际，助产士往往是最早接触婴儿的岗位人员，其判断快慢与操作节奏直接影响后续干预展开。在未出现儿科医生接班前，助产士需在现场完成新生儿状态识别、初步评分、气道管理与复苏流程启动等任务。该角色并非被动执行，而是在多任务并行背景下基于经验与标准判断生成优先级操作路径。例如当婴儿呈现面色青紫、肌张力松弛、呼吸反应微弱时，助产士通常不会等待医生评估，而是结合临床观察立即展开气道开放与通气准备。此类第一响应者角色要求其具备快速识别能力、基本复苏技术以及启动流程判断力，且能在时间压缩条件下完成信息整合与动作协调。助产士不是辅助者的附属身份，而是复苏链条中的第一责任操作者，这一角色决定了其专业响应水平将构成救治成效的基础环节^[2]。

3.2 急救链条中职责承接与协同节点

在新生儿复苏全过程中，助产士的操作环节多处于流程前段，任务完成后需快速衔接儿科医生或新生儿科团队完成后续高阶干预。任务节点的协同并不等同于简单转交，而是在动态状态下实现操作接力与信息同步。比如助产士完成通气操作后，需在评估心率反应的同时向接班人员传达干预节奏、婴儿初检结果与关键观察指标，确保医护在接管操作时具备连续判断条件。在部分基层医院或夜间产程中，医生未能第一时间抵达现场，此时助产士的协同节点职责将扩展为临时主导者，不仅承担评估与操作，还需兼顾与护士之间的任务分配与干预资料记录。该角色的边界既不应越权，也不能脱责，需在制度设定与操作习惯中构建明晰交接逻辑。

3 助产士新生儿窒息急救技能的提升路径

3.1 建立分层分类的综合培训体系

新生儿窒息的现场处理环节紧凑、判断强度高，助产士往往需在几十秒内完成多项操作。若培训体系缺乏分层设计，易导致经验积累与操作执行脱节。为适应岗位任务的复杂性变化，多数医疗单位逐渐构建以岗位年限与任务密度为基础的分级培训框架。新入职阶段，训练多聚焦于姿势调整、气道处理与面罩通气等基本技能的同时，要求建立动作节奏感与错误识别意识。进入独立值班或核心带教阶段后，课程内容逐步向情境响应、复苏决策与流程指挥等模块过渡，强化其在应急任务中独立操作与团队联动的执行力。

培训过程不宜采用“技能切块+被动模仿”的线性演示，而应以“任务驱动+过程生成”为主要逻辑。训练现场常模拟新生儿娩出后呼吸停顿、面色发绀等高风险状态，由助产士在限定时间内完成状态判断与初步干预，形成判断—动作—反馈的连续链条。在此结构中，指导教师不仅观察操作结果，还依据其操作顺序、干预时间点与复苏逻辑评估学员整体能力水平。评估体系通常不以单次演练打分为终点，而是借助重复训练中的表现趋势生成动态成长曲线，并反馈给个人或教研小组用于后续教学优化。在能力成长路径中，分层分类的体系不只是形式区隔，更是“低风险场景熟练+高风险情境引导”的组合策略，依托这一逻辑构建的复苏培训路径，更倾向于生成阶段性成果与渐进式能力跳跃，有助于在临床一线建立可靠、稳定而能适应复杂场景的助产干预群体。

3.2 强化流程标准化与任务分工机制

在实际操作中，助产士急救技能训练常以规范流程图为基础构建任务顺序。复苏流程宜采用模块化配置结构，将“评估—通气—按压—药物”划分为独立操作区段，每一段由明确岗位人员完成。在流程推进中，助产士通常承担从新生儿娩出到完成正压通气前的评估与初步干预。此任务分段方式可借助彩色标记流程图、工作卡片或床旁挂图固化操作记忆，并在模拟训练中不断复刻，使现场反应形成条件反射。任务分工机制可依托产房编组制度执行，由产程接产责任助产士、协助助产士及护士分设任务节点，每人负责固定模块，训练时按照岗位轮转同步掌握多任务路径^[3]。为避免流程中出现任务交叉或决策空挡，常在训练中增加“定点交接”练习，即按标准操作节奏，在关键节点提示下一位操作者启动任务，提升操作衔接的清晰度。

流程标准化还可嵌入急救演练反馈环节。在实操结束后复盘操作路径，将任务执行时间、交接频率与判断反应记录成表，再由复盘带教小组进行节点优化或任务再分配。此种“演练—分解—反馈—微调”路径构成了现场操作制度化流程构建的重要支撑手段，也促使助产士在复苏节奏中形成对自身任务定位的敏感度与节奏控制力。