

2.5 预防窒息 患儿病灶多发,舌部及颌面部术后均出现肿胀。为预防易压迫气道发生窒息,术后严密监测患儿的生命体征,观察面色、口唇及血氧饱和度有无异常,指导家长协助患儿采取半坐卧位;及时清除口腔分泌物,保持呼吸道通畅;给予持续低流量吸氧;床边备吸痰装备及气管插管包,若患儿出现呼吸困难及时行气管插管。住院期间患儿未发生窒息。

2.6 特殊用药护理

2.6.1 应用博来霉素的护理 患儿术中使用的硬化剂为博来霉素,其通过损伤内皮细胞产生非特异性炎症反应和阻塞血管起抗肿瘤作用,主要不良反应为肺毒性、疼痛、皮肤红斑、色素沉着、水肿、脱发以及发热^[8]。肺毒性是一种潜在的危及生命的最严重的并发症,与累积剂量有关^[9]。为提高博来霉素使用安全性,减少并发症、保证疗效。本例使用剂量控制在0.4 U。术后给予静脉滴注磷酸肌酸0.5 g,2次/d,维生素C 1.0 g、维生素B6 0.1 g,1次/d,以营养心肌、抗氧化和胃肠道反应,预防博来霉素的不良反应。有研究报道,8%~38%的患者接受博来霉素治疗后24 h至9周,可能出现一种独有的皮肤色素沉着,术中使用的心电监护电极贴粘着剂是诱发因素之一^[10],粘着剂产生皮肤刺激导致充血,使博来霉素局部浓度增加。博来霉素局部浓度增加降低表皮代谢速度,导致黑色素细胞与角质形成细胞之间长期接触有关^[11]。防护措施:患儿所用敷贴类如留置针透明敷贴、心电监护电极贴、局部敷料贴,使用前喷洒不含乙醇的液体敷料形成皮肤保护膜隔离粘着剂。操作步骤:先用0.9%氯化钠注射液清洁局部皮肤,再喷洒3346E型3M液体敷料,范围大于粘贴面积,待干后粘贴电极贴或敷贴。患儿术后1个月随访未出现肺毒性,无皮肤色素沉着及脱发,舌体肿胀恢复。

2.6.2 应用前列地尔的护理 为减轻患儿舌体肿胀,改善微循环,术后立即给予前列地尔5 ng/(kg·min)静脉泵入。使用过程中严格控制泵速,输注过程不与其他药品混合使用,药液配置时尽量防止震荡及使用细小针头,以免损坏该药脂微球蛋白^[12]。

2.7 康复训练 术后第5天开始,责任护士指导患儿进行康复训练。舌体伸缩运动:嘱患儿尝试将舌体尽量向口外伸展,然后回纳入口,再尝试闭口,20 min/次,2次/d。吞咽训练:用冰冻棉签蘸少许冰轻轻刺激软腭、舌根及咽喉壁,嘱患儿吞咽,以刺激患儿的吞咽反射,15 min/次,2次/d。防止患儿抓挠舌体:勤修剪指甲,指导家长加强看护,患儿自觉痒感时,利用玩具或视频转移患儿注意力。出院时指导患儿居家坚持康复训练,进流质少渣饮食,吃饭用牙咀嚼,避免圆吞,饭后用30 min内生理盐水漱口30

s^[13],3次/d,连续14 d,预防口腔感染。嘱每月复诊1次,连续6个月。出院后由责任护士微信随访,指导正确口腔护理、饮食及康复训练^[14]。

3 小结

对颌面部及舌体多发淋巴管畸形行经皮硬化术治疗患儿,在做好基础护理的基础上强化口腔护理、皮肤完整性防护、特殊用药护理及康复训练等,有利于患儿顺利康复。同时做好出院指导及随访,保障家庭护理安全亦十分重要。

参考文献:

[1] 丁语,张现伟,靳三丁,等.超声介入在治疗婴幼儿头颈部淋巴管畸形中的应用[J].中国疗养医学,2019,28(4):365-367.

[2] 王颖,李晓艳.小儿头颈部淋巴管畸形的诊断及治疗进展[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(11):1049-1052.

[3] 程谊.维生素B12加利多卡因局部舌神经阻滞治疗灼口综合症的临床研究[J].中国实用医药,2015,10(1):141-142.

[4] 钟晖,李学荣,陈永平,等.对酸性氧化电位水在粒细胞缺乏患者口腔护理中疗效的观察[J].重庆医学,2014,43(14):1818-1819.

[5] 张学辉,马军,邓桦,等.酸性氧化电位水技术研究现状与展望[J].医疗卫生装备,2010(8):45-47.

[6] 高莹,鲁楠,职蕾蕾,等.婴幼儿皮肤结构和生理特征的研究进展[J].中国美容医学杂志,2015,24(3):77-80.

[7] 钟燕.儿童营养风险筛查[J].中华实用儿科临床杂志,2016,31(23):1765-1768.

[8] Cho A L, Kiang S C, Lodenkamp J, et al. Fatal lung toxicity after intralesional bleomycin sclerotherapy of a vascular malformation[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2020,43(4):648-651.

[9] Sanlialp I, Karnak I, Tanyel F C, et al. Sclerotherapy for lymphangioma in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2003,67(7):795-800.

[10] Gupta L K, Tanwar R K, Khare A K, et al. Bleomycin induced flagellate pigmentation[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2002,68(3):158-159.

[11] Al-Khenaizan S, Al-Berouti B. Flagellate pigmentation: a unique adverse effect of bleomycin therapy[J]. Eur J Dermatol, 2011,21(1):146-146.

[12] 王继平,慧云,靖慷伊,等.临床药师对前列地尔注射液临床不合理使用的干预[J].包头医学,2014,38(4):219-220.

[13] 何梦雪,沈南平,吴娜.儿童化疗相关口腔炎防治和护理的Meta分析[J].护理学杂志,2015,30(17):94-97.

[14] 余静,张先红,魏璐,等.我国早产儿延续性护理研究现状[J].护理学杂志,2018,33(21):15-18.

(本文编辑 王菊香)

晚期早产儿出院后母乳喂养质量现状与影响因素分析

王金雅^{1,2}, 丁梦贞², 柳文霞², 方杏香², 虞争争², 陆丹琼², 王素萍², 尹志勤¹

Breastfeeding quality in late preterm birth after discharge and the influencing factors Wang Jinya, Ding Mengzhen, Liu Wenxia, Fang Xingxiang, Yu Zhengzheng, Lu Danqiong, Wang Suping, Yin Zhiqin

摘要:目的 探讨晚期早产儿出院后母乳喂养质量及其影响因素,为针对性干预提供参考。方法 采用一般资料调查表、爱丁堡产后抑郁量表及母乳喂养质量评定量表对 NICU 出院的 123 例晚期早产儿母亲进行调查和影响因素分析。结果 晚期早产儿出院后母乳喂养质量总分(16.8±2.7)分,有效喂养 65 例,占 52.8%;多元线性回归分析显示,早产儿母亲文化程度、24 h 挤奶次数是主要影响因素(调整 $R^2=0.720$,均 $P<0.05$)。结论 晚期早产儿出院后母乳喂养有效率较低,主要受早产儿母亲低文化程度和挤奶次数少的影响,亟需加以重视并开展针对性干预,以提高早产儿出院后母乳喂养质量和效率。

关键词:晚期早产儿; 母亲; 母乳喂养; 母乳喂养质量; 母乳喂养有效率; 影响因素

中图分类号:R473.72;R473.71 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.04.037

晚期早产儿是指 34 周≤胎龄<37 周的早产儿。与足月儿相比,其呼吸、消化、代谢、免疫等功能器官的发育相对欠成熟。为了更好地照护和保证足够的热量供给,约 50%的晚期早产儿出生后即入住新生儿重症监护病房^[1]。研究表明,母婴分离会影响产妇的乳汁分泌,造成早期泌乳延迟、泌乳量不足,从而增加母乳喂养失败的风险^[2-3]。但《早产、低出生体重儿出院后喂养建议》(2016)^[4]指出,直接母乳喂养仍是早产儿出院后首选的喂养方式,一般遵循按需哺乳原则,喂养间隔时间<3 h,注意及时补充维生素 A、维生素 D 和铁剂。因此,早产儿出院后行有效母乳喂养显得尤为重要。本研究探讨晚期早产儿出院后母乳喂养质量及其影响因素,旨在为晚期早产儿出院后母乳喂养不足干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 以 2018 年 9 月至 2019 年 9 月舟山市妇女儿童医院 NICU 出院的晚期早产儿(下称早产儿)及其母亲作为研究对象。纳入标准:①早产儿为第 1 胎,出生后 4 h 内转入 NICU;②住院时间≥7 d,③完全经口喂养连续 3 d,奶量≥320 mL/d,生命体征平稳,出院时体质量≥1 700 g;④早产儿母亲具有初中以上受教育程度,能够正常交流,自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:①母乳喂养失败;②患有先天畸形、遗传性疾病及伴严重合并疾病;③母亲患精神疾病及产科重症合并疾病;④母亲有传染性疾病。按上述标准共纳入 128 例,最终获得有效资料 123 例。123 例早产儿母亲年龄 17~44(30.5±4.7)岁。早产儿中男 50 例,女 73 例;试管婴儿 79 例。出生时胎龄 34~36(35.5±0.8)周;出生时体质量 1 400~3 560(2459.9±436.0)g;住院时间 8~28

(11.3±4.0)d;出院时纠正胎龄 35~39(37.1±0.8)周;出院时体质量 1 700~3 450(2466.0±361.5)g。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表:内容包括一般人口学资料和早产儿母乳喂养相关资料,由研究者自行设计。一般人口学资料:早产儿母亲年龄、文化程度、早产儿性别、是否试管婴儿、出生时胎龄、出生时体质量、住院天数、出院时纠正胎龄、出院时体质量。早产儿母乳喂养相关资料:早产儿住院期间母亲是否参与早产儿护理、是否予母乳喂养、开始直接母乳喂养时早产儿日龄、早产儿出院前 3 d 喂养情况[包括出院前单次完成奶量(mL)]、出院前每日完成奶量(mL/d)、每 50 mL 漏出量(mL/50 mL)、喂养效率(mL/min)、是否使用医用级双侧电动吸乳器、每 24 小时使用吸乳器挤奶次数。②爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)^[5]。该量表包含 10 个条目,每个条目描述等级分 4 级,赋值 0~3 分,得分范围为 0~30 分,内容效度 0.933, Cronbach's α 系数 0.760。建议的临界值为 10 分,得分越高则抑郁程度越高。③母乳喂养质量评定量表^[6]。共 10 个条目,包含母乳喂养准备、母乳喂养过程和母乳喂养结果 3 个维度,每个条目描述等级分 3 级,赋值 0~2 分,得分范围 0~20 分;总分≥17 分为母乳喂养有效,否则为无效;评分越高表明母乳喂养质量越好。内容效度 0.902, Cronbach's α 系数 0.824。

1.2.2 调查方法 本研究经舟山市妇女儿童医院医学伦理委员会同意。调查前获得被调查者知情同意。早产儿住院期间实际情况、出院后电话随访结果如实填写,并由另一名研究组成员核查填写内容真实、准确。EPDS 和母乳喂养质量评定量表由研究者与 1 名调查员采用面对面方式进行调查。EPDS 在早产儿入院 7 d 后收集资料,母乳喂养质量评定在出院后 1 周随访获得。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行数据处理;行描述性分析、 t 检验、单因素方差分析、多元线

作者单位:1.温州医科大学护理学院(浙江 温州, 325035);2.舟山市妇女儿童医院 NICU

王金雅:女,硕士在读,主管护师

通信作者:尹志勤,728677314@qq.com

收稿:2020-07-22;修回:2020-10-10

性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 早产儿出院后母乳喂养质量得分 早产儿出院后母乳喂养质量总分为 11~20(16.8±2.7)分,其中≥17分 65 例,母乳喂养有效率为 52.8%,各条目得分见表 1。

表 1 早产儿出院后母乳喂养质量各条目得分(n=123)

项 目	最小值	最大值	均分($\bar{x} \pm s$)
哺乳时乳房的充盈状态	2	2	2.0±0.0
乳头的类型	0	2	1.6±0.5
早产儿含接乳头的姿势	0	2	1.5±0.5
早产儿吃奶时的吸吮力	0	2	1.6±0.5
早产儿的吞咽动作	1	2	1.6±0.5
哺乳过程中是否感觉疼痛	0	2	1.5±0.6
泌乳量	1	2	1.7±0.5
乳头是否有皲裂	1	2	1.7±0.5
早产儿母乳喂养后是否安静入眠	1	2	2.0±0.2
对自己的母乳喂养是否满意	1	2	1.8±0.4

2.2 不同特征早产儿出院后母乳喂养质量得分比较

将一般资料调查表中的 18 项单因素进行母乳喂养质量得分比较,其中母亲年龄,是否试管婴儿,出生时胎龄,出院前单次奶量完成量、每日完成奶量、每 50 mL 漏出量,出院前喂养效率,出院时纠正胎龄、出院时体质量 9 项得分比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),另 9 项得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$),具体见表 2。

表 2 早产儿出院后母乳喂养质量影响因素单因素分析

项 目	例数	母乳喂养质量 (分, $\bar{x} \pm s$)	F/t	P
母亲文化程度				
中专以下	16	13.4±1.4	139.093	0.000
大专	50	15.1±1.8		
本科以上	57	19.2±1.3		
出生时体质量(g)			3.610	0.030
1400~	13	15.5±2.4		
2001~	56	16.5±2.9		
2501~3560	54	17.4±2.5		
住院期间母亲参与护理			5.311	0.000
否	56	15.5±2.9		
是	67	17.9±2.1		
住院期间母乳喂养			10.158	0.000
否	70	15.2±2.2		
是	53	18.9±1.7		
早产儿母乳喂养日龄(d)			57.287	0.000
2~	51	19.0±1.7		
7~	54	15.5±2.2		
15~29	18	14.4±2.0		
住院天数(d)			4.157	0.018
8~	71	17.4±2.5		
11~	34	16.1±2.9		
15~28	18	15.8±2.9		
EPDS(分)			9.176	0.000
<10	60	18.6±1.9		
≥10	63	15.1±2.3		
用吸乳器			11.031	0.000
否	48	14.4±1.9		
是	75	18.4±2.0		
24 h 挤奶次数(次/d)			67.576	0.000
3~5	45	14.3±1.7		
6~8	49	17.7±2.3		
9~11	29	19.1±1.4		

2.3 早产儿出院后母乳喂养质量影响因素的多元线性回归分析 以早产儿出院后母乳喂养质量得分为因变量,以表 2 的 9 项单因素为自变量进行多元线性回归分析。结果显示,母亲文化程度(中专以下=0,大专=1,本科以上=2)和 24 h 挤奶次数(3~5 次/d=0,6~8 次/d=1,9~11 次/d=2)是早产儿出院后母乳喂养质量的主要影响因素, $R^2 = 0.741$,调整 $R^2 = 0.720, F = 35.909, P = 0.000$ 。结果见表 3。

表 3 早产儿出院后母乳喂养质量影响因素多元线性回归分析(n=123)

项 目	β	SE	β'	t	P
常量	13.084	0.889	—	14.717	0.000
母亲文化程度	1.982	0.315	0.504	6.288	0.000
24 h 挤奶次数	0.730	0.299	0.205	2.442	0.016

3 讨论

3.1 早产儿出院后母乳喂养质量现状 本研究结果显示,123 例早产儿母乳喂养质量得分(16.8±2.7)分,母乳喂养有效率为 52.8%,高于于秀荣等^[6]研究结果(760 例产妇出院当天母乳喂养有效率 40.22%),与王志娟^[7]对出院后产妇母乳喂养质量评价结果[(14.54±3.38)~(17.70±2.44)分]接近。但与其他国家的早产儿出院后纯母乳喂养率(澳大利亚 55%、丹麦 60%)^[8]相比,偏低。分析原因,孕 34 周后胎儿的吸吮-吞咽反射、胃肠道蠕动排空能力才开始随着胎龄的增长而慢慢成熟,与足月儿相比早产儿的消化系统各项机能、吸吮力、吞咽动作仍相对较弱。且早产儿多数时间处于睡眠状态,体力相对不足。而目前 NICU 的常规护理照护模式下母婴分离,母亲直接母乳喂养机会较少,早产儿及其母亲缺乏熟悉和掌握直接母乳喂养相关技巧的时机。因此早产儿出院后,由于母亲乳头不易于含接、早产儿含接姿势不正确、吸吮力欠佳、吞咽无力、泌乳量不足、乳头疼痛或损伤、母亲缺乏坚持母乳喂养的信心等因素导致母乳喂养失败。因此,有必要探讨和找出影响早产儿出院后母乳喂养质量的主要因素,才能有针对性地拟定干预方案,采取有效措施,提高早产儿吸吮和吞咽能力、保证充足泌乳量,树立母乳喂养信心并有效地改善母乳喂养质量。

3.2 早产儿出院后母乳喂养质量的影响因素分析

3.2.1 母亲文化程度 本研究结果显示,早产儿母亲文化程度越高,早产儿出院后母乳喂养质量越好,有效率越高;文化程度是影响早产儿出院后母乳喂养质量的主要因素之一($\beta' = 0.504, P = 0.000$)。母乳喂养质量评价量表中,母乳喂养的信心、正确的哺乳姿势及辅助早产儿正确含接乳头的技巧是评价母乳喂养质量的重要因子。尽管通过产前宣教、产后泌乳相关指导、NICU 出院前指导等,早产儿母亲对母乳喂养知识已有一定基础,但其受教育程度不同,对母乳喂养知识和技巧的接受能力也各有差异,母乳喂养