

表 3 两组干预前后营养状态分级比较 例

组别	例数	干预前			干预后		
		A 级	B 级	C 级	A 级	B 级	C 级
对照组	36	22	14	0	0	6	30
观察组	38	19	18	1	1	20	17
Z		-1.037			3.450		
P		0.300			0.001		

注:两组干预后 C 级发生率比较, $\chi^2=11.884,P=0.001$ 。

表 4 两组放化疗相关不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	口腔黏膜炎	皮炎	唾液腺反应	骨髓抑制
对照组	36	29(80.6)	11(30.6)	17(47.2)	25(69.4)
观察组	38	18(47.4)	2(5.3)	5(13.2)	12(31.6)
χ^2		8.876	8.166	10.286	10.602
P		0.003	0.004	0.001	0.001

3 讨论

接受同步放化疗的鼻咽癌患者在一定程度上存在发生营养不良的风险,有研究表明,放化疗期间大于 80% 的患者会出现体质量下降^[8-9]。鼻咽癌患者营养不良的负面影响包括降低放射治疗的敏感性,加重不良反应的发生引起放化疗延迟或中断,降低抗肿瘤治疗的依从性,降低患者生活质量,降低患者免疫力,增加感染风险^[10]。据统计,近 20% 的肿瘤患者因营养不良相关问题导致死亡^[11]。因此,鼻咽癌患者的营养治疗已成为鼻咽癌同步放化疗患者治疗的一个重要方面。本研究通过护士主导的多学科协作营养管理不但防治了营养不良,而且有效降低了患者放化疗的不良反应(见表 2、表 4)。分析原因如下:①多学科团队协作确保营养疗效。常规管理一般为发现患者问题分别请各科会诊,然后再综合执行,常常会延误时间,甚至导致相关发症的发生^[12]。而本研究将医疗、护理、营养、康复、药物及心理 6 个专业的人员组成团队,发挥各专业特长,形成联动,有机衔接和优势互补,实现了对患者的主动的整体管理,有效克服了上述弊端,确保营养治疗的效果^[13]。②多措并举。多学科团队不但评估和追踪患者营养状况,制定营养干预方案,而且从影响患者营养状况的各个方面入手,进行综合干预。有研究表明,鼻咽癌患者相关知识欠缺是导致放化疗期间膳食结构欠合理的原因^[14]。本研究对患者家属开展多维度健康教育,使患者家属了解营养治疗是肿瘤治疗的重要措施,提高了患者家属营养治疗的依从性。放化疗的不良反应交互作用,也是造成鼻咽癌患者营养不良的主要原因。对此,责任护士应用集束化方案预防和管理放射性口腔黏膜炎,积极预防和治疗放射性皮炎;康复医生指导患者进行张口功能锻炼,预防和筛查吞咽功能障碍;临床药师组协助医生进行疼痛、恶心、呕吐的药物治疗。多项措施并举,减轻患者放化疗不良反应,因而观察组不良反应发生率显著低于对照组(均 $P<0.01$)。③全

面质量控制。专家指出,营养治疗的成败,关键在执行,核心在质控^[15]。本方案由病区护士主导,护士长担任组长协调和监督各个组成员的工作,制定多学科合作工作制度,规范各成员的工作内容和职责;在实施过程中,逐步建立和完善营养质量管理控制体系。责任护士每日监督和记录患者膳食情况,相关症状,不良反应。周末汇总,每周开展多学科查房并汇总患者问题及反馈工作情况,使各项问题得到及时解决,工作得以顺利开展,质量得到持续改进。

本研究中,观察组营养改善程度显著优于对照组(见表 2、表 3),但仍有 44.7%(17/38)的患者发生重度营养不良,说明营养不良形成因素多而复杂。首先,疾病本身消耗患者巨大能量;第二,放化疗的不良反应对患者的影响更大;第三,营养方案形成后到真正落实还受多种因素的影响,如患者依从性,家属的支持力度,家庭经济水平,社会支持体系等。因此,今后还需要在本研究的基础上从多方面进行探究,以使患者能保证足够的营养、支持体力完成放化疗疗程。

参考文献:

[1] 沈怡. 鼻咽癌病人同步放化疗期间营养状况调查及其影响因素分析[D]. 天津:天津医科大学,2017.

[2] 赵伟. 鼻咽癌患者同步放化疗过程中营养状况变化及其临床意义[D]. 南宁:广西医科大学,2017.

[3] 石汉平. 中国肿瘤营养治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:6-10.

[4] 殷蔚伯,李晔雄,王绿化,等. 肿瘤放射治疗手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2010:72-73.

[5] 夏莉娟,张曦,孙青,等. 集束化口腔护理方案在防治鼻咽癌放化疗患者口腔黏膜炎中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2017,33(10):758-763.

[6] 夏莉娟,张曦,孙青,等. 鼻咽癌同步放化疗致重度放射性皮炎不同治疗方法的比较[J]. 护理学杂志,2018,33(23),12-14.

[7] 石华伟. 运用 PG-SGA 对常见恶性肿瘤患者营养状态的调查与分析[D]. 广州:暨南大学,2014.

[8] 熊波良. 鼻咽癌放疗期间全程口服营养补充的效果研究[D]. 厦门:厦门大学,2018.

[9] 刘凤. 鼻咽癌患者在放疗过程中营养支持的研究[D]. 南京:东南大学,2019.

[10] 余意. 系统营养干预对鼻咽癌治疗的影响[D]. 广州:南方医科大学,2009.

[11] 孙雷雷. 肿瘤患者营养状况调查及其影响因素分析[D]. 新乡:新乡医学院,2017.

[12] Kraft M, Gärtner S, Simon P, et al. Quality control of parenteral nutrition in hospitalized patients[J]. Nutrition,2014,30(2):165-168.

[13] 季玉珍. 营养教育对鼻咽癌患者营养状态及生活质量的影响[D]. 贵州:遵义医科大学,2019.

[14] 黄惠亭,张美芬. 鼻咽癌患者同步放化疗期间膳食结构及其影响因素研究[J]. 护理学杂志,2020,35(11):95-97,104.

[15] 岑洁. 鼻咽癌同期放化疗患者营养状况及生活质量的调查研究[D]. 南宁:广西医科大学,2016.

(本文编辑 王菊香)

• 社区护理 •
• 论 著 •

早产初产妇互联网+医院-社区-家庭联动延续管理研究

吴晓蕾¹, 张月珍¹, 戴亚端²

摘要:目的 探讨互联网+医院-社区-家庭联动延续性管理模式在早产初产妇延续性护理中的实施效果。方法 将100例早产初产妇随机分为对照组和观察组各50例。对照组接受常规产妇产院外护理健康教育及门诊随访,观察组采用互联网+医院-社区-家庭联动延续性管理模式。结果 对照组45例、观察组47例完成全程研究。观察组早产初产妇产后3个月内乳头皲裂、破溃,产后便秘发生率显著低于对照组,母乳喂养及母乳充足率显著高于对照组($P<0.05$, $P<0.01$);观察组早产初产妇产后育儿胜任感得分显著高于对照组、抑郁得分显著低于对照组(均 $P<0.01$)。结论 互联网+医院-社区-家庭联动延续性管理模式能显著改善早产初产妇心理健康状况,提高其育儿胜任感及母乳喂养率,但对早产儿生长发育状况改善不明显。

关键词: 初产妇; 早产; 互联网+; 医院-社区-家庭; 联动管理; 延续性护理

中图分类号: R473.71; R473.2 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.04.086

Internet plus hospital-community-family collaborative and continuous management for primiparas having a preterm birth Wu Xiaolei, Zhang Yuezheng, Dai Yajuan. Nursing School of Quanzhou Medical College, Quanzhou 362000, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of Internet plus hospital-community-family collaborative and continuous management model applied in transitional period for primiparas who had a preterm birth. **Methods** One hundred primiparas who had a preterm birth were randomized into two groups, with 50 in each group. The control group received routine education on maternal health after discharge and outpatient follow-ups, while the intervention group were given Internet plus hospital-community-family collaborative and continuous care. **Results** A total of 45 patients in the control group and 47 in the intervention group completed the study. The incidence of cracked or ruptured nipples, and postpartum constipation were significantly lower, whereas the rates of breastfeeding and sufficient breast milk were significantly higher in the intervention group compared with the control group ($P<0.05$, $P<0.01$). The intervention group had higher parenting competence and milder depression compared with the control group ($P<0.01$ for both). **Conclusion** Internet plus hospital-community-family collaborative and continuous management can effectively improve primiparas' mental health, parenting competence and breastfeeding rate, however, the effect on growth and development of preterm infants is not apparent.

Key words: primipara; preterm birth; Internet plus; hospital-community-family; collaborative management; transitional care

近年来,早产儿存活率呈上升趋势^[1],但由于其尚未发育成熟,出院后易出现生长发育迟缓、喂养困难、抵抗力较弱等问题,甚至可能出现认知障碍、脑瘫等后遗症,影响长期生活质量,加重其照顾者负担^[2]。早产初产妇是一特殊群体,不仅缺乏育儿经验与产后自我护理技能,还需承担照护早产儿这一重任,身心负荷重,生活质量欠佳^[3]。而现有延续性护理服务多针对早产儿^[4],对早产初产妇关注较少;同时延续护理大都以医院的医护人员为主,忽略了社区医护人员的作用,致使人力资源紧张、效果不尽理想^[5]。鉴此,本研究借助互联网平台,对早产初产妇实施医院-社区-家庭联动延续管理,探索适用、便捷、高效的延续性护理模式,以促进初产妇与早产儿身心健康。具体方法与结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利选取2019年6月至2020年6月在我院产科分娩的早产初产妇为研究对象。纳入

标准:①自然受孕,孕周28~37周,初次分娩;②早产儿住院时间<3周;③早产初产妇神志清醒,知情同意参与本研究并签定知情同意书。排除标准:①早产初产妇产后出现严重并发症;②早产儿畸形;③早产儿经有创呼吸机治疗。剔除标准:①研究期间早产儿出现严重并发症或死亡;②研究期间研究对象因居住地变更等不可抗力因素退出研究。按上述标准纳入100例,采用随机数字表法分为对照组和观察组各50例,研究过程中对照组剔除5例(家庭居住地变更导致失访3例,自动退出研究2例)、观察组剔除3例(家庭居住地变更导致失访1例,自动退出研究1例,早产儿脑瘫1例),92例完成随访。两组早产初产妇与早产儿一般资料比较,见表1、表2。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组实施常规出院指导、电话随访、门诊随访及社区随访。出院时责任护士对早产初产妇进行口头健康教育并发放健康手册,告知出院后注意事项和产后42d来院进行产科复诊及婴儿保健查体;产后2个月、3个月来院儿童保健门诊查体。告知出院后1周有社区护士对早产初产妇进行入户随访。研究者(本文第1作者)作为医院与社区的联络员,通过电话

作者单位:1. 泉州医学高等专科学校护理学院(福建 泉州, 362000);2. 泉州市第一医院

吴晓蕾:女,硕士,助教,2472427931@qq.com
科研项目:泉州市科技计划项目(2019N074S)

收稿:2020-09-18;修回:2020-11-02

或微信的方式,在早产初产妇出院后告知社区卫生服务中心护士,该护士负责早产初产妇产前及产后上门随访及护理宣教。观察组采用互联网+医院+社

区一家庭联动延续管理模式(下称联动延续管理),具体如下。

表 1 两组早产初产妇一般资料比较

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$)	孕次(例)		受教育程度(例)			职业(例)			家庭月收入(例)		
			1	2	初中以下	高中	大专以上	体制内	企业职工	无业	<4000 元	4000~8000 元	>8000 元
对照组	45	30.31±4.98	33	12	2	21	22	4	34	7	0	18	27
观察组	47	29.41±4.32	36	11	4	23	20	3	35	9	1	20	26
统计量		$t=0.914$	$\chi^2=0.130$		$Z=-0.753$			—			$Z=-0.532$		
P		0.183	0.718		0.451			0.878			0.595		

注:体制内指公务员与事业单位职工。

表 2 两组早产儿一般资料比较

组别	例数	胎龄 (周, $\bar{x} \pm s$)	身长 (cm, $\bar{x} \pm s$)	体质量 (g, $\bar{x} \pm s$)	1 min Apgar 评分 ($\bar{x} \pm s$)	疾病情况(例)					
						宫内窘迫	窒息	肺炎	贫血	颅内出血	缺血缺氧性脑病
对照组	45	33.15±2.35	44.58±5.12	1999.83±493.27	9.31±1.14	7	5	22	28	10	5
观察组	47	33.02±2.39	43.57±4.98	1987.02±497.16	9.17±1.56	8	7	21	29	9	6
t/χ^2		—0.261	—0.528	—0.782	—0.484	0.036	0.290	0.164	0.003	0.133	0.060
P		0.801	0.587	0.365	0.619	0.849	0.590	0.686	0.959	0.716	0.807

1.2.1.1 组建联动延续管理团队 联动延续管理团队包括:①医院成员共 8 人,其中妇产科医生 2 人,儿科医生 1 人,妇产科护士长 1 人,新生儿科护士长 1 人,产科护士 2 人,新生儿科护士 1 人。均具备扎实的理论知识与丰富的临床经验,能为早产初产妇提供专业化、个体化、整体化的治疗、护理及健康宣教。②泉州市所属 6 个社区卫生服务中心,每个社区社区医生 1 人、社区护士 2 人;③本研究者,具有三级心理咨询师资质。联动延续管理团队共同商议后制定各成员职责:团队负责人为妇产科护士长(主管助产师),主要负责团队人员的安排与协调、微信平台的维护与管理、干预措施的落实与质量控制;1 名新生儿科护士长(主管护师)、2 名产科护士(助产师)、1 名新生儿科护士(护师)、2 名社区护士负责延续性护理各项干预措施的实施;3 名医院的医生、1 名社区医生负责延续护理干预模式的质量控制并进行相应指导与咨询。研究者主要负责早产初产妇产后心理状况的评估与心理干预,微信平台与微信群的维护与管理,早产初产妇与医院,医院与社区,早产初产妇与社区等环节的沟通。正式实施干预前,由 1 名医生与妇产科护士长统一培训团队成员,使其掌握本模式下的延续性护理服务工作。

1.2.1.2 建立联动延续管理微信平台与微信群 建立的微信平台分为线上资源模块与联动管理模块,由妇产科护士长与研究人员进行日常维护与管理。①线上资源模块,包含咨询互动、资讯推送、视频课程、保健知识库 4 小模块。咨询互动为医患互动。资讯推送内容主要为初产妇与早产儿常见疾病的预防与护理。视频课程包括产妇产后生理现象、产后护理康复、产后康复操、母乳喂养原理、宝宝喂养实操、早产儿生长发育规律与照护要点、早产儿常见疾病与预防

等,每个主题有 4~9 节课程。保健知识库主要涵盖产妇产后各阶段需了解的健康教育知识。②医院一社区一家庭联动模块。包括初产妇及早产儿健康整体档案,含初产妇与早产儿一般资料和临床资料及主要护理问题;符合个体需求的护理计划单等。社区护士可查看。早产初产妇及其照顾者可通过微信平台咨询区寻求医护人员的指导,管理者随时解答。延续性护理团队成员可利用微信平台的视频与素材库资料对社区医护人员进行培训,社区医护人员也可针对视频课程提出反馈意见。每周二、四、六 19:00 为统一答疑时间,初产妇也可分享早产儿照护心得。

1.2.1.3 医院管理 ①8 名医院成员分别在早产初产妇住院期间与门诊随访时(产后 42 d、产后 2 个月、产后 3 个月)针对初产妇与早产儿居家护理要点举办讲座,内容包括初产妇产后生理特点与照护要点、早产儿生理特点与照护要点,母乳喂养与早产儿喂养要点,常见疾病预防;产后 2 个月主题为产后康复操与盆底康复、早产儿生长发育特点等;产后 3 个月主题为产妇心理调适、婴儿喂养等。每次讲座结束后初产妇针对自身问题提问,讲授者解答;同时鼓励产妇分享育儿经验。②责任护士在初产妇与早产儿出院前发放产妇与早产儿保健手册,并对初产妇与早产儿目前健康状况进行评估,记录存在的主要护理问题,提供护理计划单并上传至微信平台。③责任护士在早产初产妇出院前教会其袋鼠式护理方式,指导其每天为早产儿进行 1 次以上的袋鼠式护理。④早产初产妇出院前与门诊随访时,研究人员运用中文版爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale,EPDS)^[6-7]评估初产妇心理状态,对评分≥10 分者进行一对一焦点解决心理干预。

1.2.1.4 社区管理 ①培训社区护士。延续性护理

团队成员利用钉钉软件培训群对社区护士进行 20 学时的线上直播培训,内容包括早产儿常见疾病及预防、早产儿居家护理要点、母乳喂养的重要性、产后产妇产妇正常生理现象、产后盆底功能障碍的预防与早治疗,培训直播课程支持回放。社区护士可反复观看。

②早产初产妇出院后 1 周、出院后 1 个月、出院后 2 个月由研究人员电话或微信通知早产初产妇所属社区对接护士,对早产初产妇进行家庭访视。根据早产初产妇实际需要确定访视时间,随访内容根据早产初产妇个体化需求调整,包括以下几个方面:了解会阴或腹部伤口恢复情况、恶露状况、母乳喂养状况、乳头状况、早产儿生长发育状况、早产儿大小便情况;向早产初产妇讲解产后盆底功能障碍早预防与早治疗的必要性,指导早产初产妇做产后康复操(共 8 节,包含扩胸运动、腹肌运动、缩肛运动等)。提供早产儿常见疾病的预防宣教和护理服务。关注早产初产妇心理健康状况,及时发现早产初产妇的不良情绪并进行疏导,针对母婴出现的具体问题,及时给予解答和护理服务。社区人员对不能及时解决或解决有困难的问题,通过微信平台与微信群进行线上指导;或通知联络员联系医院解决。

1.2.1.5 家庭管理 家庭护理主要由早产初产妇与其主要照顾者实施,主要护理内容包括:①每天对早产初产妇进行 2 次乳房按摩,并观察乳头及其周围皮肤状况。②为早产儿实施袋鼠式护理,1 h/次,1 次/d。③开展亲子互动游戏,并通过互动游戏锻炼早产儿粗大运动(如用有趣的玩具吸引宝宝抬头)。④照顾者督促早产初产妇在微信平台观看视频课程并进行线上学习,督促早产初产妇产后每天做 2~3 次凯格尔运动、2~3 次产后康复操。

1.2.2 评价方法

1.2.2.1 初产妇与早产儿健康状况 ①初产妇相关指标。包括恶露、会阴伤口、腹部切口愈合情况,子宫复旧状况,急性乳腺炎,便秘,乳头皲裂等,评价和诊断依据《妇产科学》^[8]。统计产后 3 个月内发生上述情况者,凡发生 1 次即计为发生,不重复计算。②早产儿相关指标。包括身高、体质量,肺炎、贫血。评价及诊断依据参考《儿科学》^[9],收集 3 个月时体检数据。③母乳喂养情况。母乳喂养指未使用配方奶或母乳库中母乳,完全母乳喂养。母乳充足指每天按需哺乳 6~8 次以上、更换尿布 6 片以上,大便

质软^[10]。

1.2.2.2 育儿胜任感 采用中文版育儿胜任感量表(Chinese Version of the Parenting Sense of Competence Scale,C-PSOC)^[11]。该量表包括效能、满意度 2 个维度共 17 个条目,采用 6 级评分法,从“绝对不同意”至“绝对同意”依次计 1~6 分,总分 17~102 分,得分越高,表明育儿胜任感越强。于出院前,出院后 1 个月、3 个月由研究者对产妇进行调查。

1.2.2.3 产后抑郁状况 采用中文版 EPDS 评价,该量表由 Cox 等^[6]于 1987 年编制,用以产妇产后抑郁症状的筛查。本研究采用郭秀静等^[7]修订的中文版 EPDS,该量表可划分为情感缺失、焦虑、抑郁 3 个维度 10 个条目,采用 4 级评分,计分 0~3 分,得分越高,表示抑郁程度越严重。以 13 分为界值;≤9 分为无抑郁症状,10~12 分为有抑郁倾向,≥13 分有抑郁症状。调查时间与方式同上。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,行 *t* 检验、 χ^2 检验、Fisher 精确概率法、Mann-whitney *U* 检验、重复测量方差分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组早产初产妇产后 3 个月不良症状发生率、母乳喂养及母乳充足率比较 见表 3。

表 3 两组早产初产妇产后 3 个月不良症状发生率、母乳喂养及母乳充足率比较

组别	例数	母乳喂养及母乳充足率比较				例	
		乳头皲裂、急性乳腺炎	产后便秘	会阴或腹部切口恢复不良	母乳喂养	母乳充足	
对照组	45	22	4	20	4	12	10
观察组	47	8	2	9	2	23	22
χ^2		10.624	0.228	6.815	0.228	4.837	6.126
<i>P</i>		0.000	0.633	0.009	0.633	0.028	0.013

2.2 两组早产儿出生后 3 个月相关指标比较 见表 4。

表 4 两组早产儿出生后 3 个月相关指标比较

组别	例数	身高	体质量	肺炎	贫血
		(cm, $\bar{x} \pm s$)	(g, $\bar{x} \pm s$)	(例)	(例)
对照组	45	57.25±2.19	5997.96±988.62	20	19
观察组	47	57.78±2.24	6074.35±932.89	15	17
<i>t</i> / χ^2		-1.053	-0.381	1.531	0.354
<i>P</i>		0.801	0.627	0.216	0.552

2.3 两组早产初产妇产前产后育儿胜任感及抑郁评分比较 见表 5。

表 5 两组早产初产妇产前产后育儿胜任感及抑郁评分比较

组别	例数	育儿胜任感			抑郁		
		干预前(出院前)	产后 1 个月	产后 3 个月	干预前(出院前)	产后 1 个月	产后 3 个月
对照组	45	59.00±9.23	60.02±8.78	62.11±9.55	12.34±2.05	12.45±2.11	11.08±2.01
观察组	47	58.66±8.89	65.23±7.36	68.79±8.21	12.41±1.99	10.89±1.87	8.87±1.68
<i>t</i>		0.180	-3.090*	-3.603*	-0.166	3.757*	5.732*

注:**P*<0.01。两组育儿胜任感比较:*F*_{组间}=34.178,*F*_{时间}=23.437,*F*_{交互}=9.014,均 *P*<0.01;两组抑郁评分比较:*F*_{组间}=37.278,*F*_{时间}=9.327,*F*_{交互}=14.972,均 *P*<0.01。