

医学, 2023, 52(5): 795-797.

- [17] 刘珊珊, 马玉娇, 石凯婷. 握力锻炼及手指操对经桡动脉行 PCI 术后患肢肿胀及血运的影响[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(15): 1424-1427.
- [18] 张羿, 陈芬, 皮文婕, 等. 简化手指操对冠状动脉造影术后桡动脉闭塞及相关并发症的预防作用[J]. 蚌埠医学院学报, 2022, 47(2): 278-280.
- [19] 高倩兰, 赵湘郡, 赵雪晴, 等. 被动-主动手指操联合健康教育对数字减影全脑血管造影术的影响

研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(6): 856-860.

- [20] 薛琳, 郭彦青. 冠状动脉介入术后手指操健康宣传教育的应用效果[J]. 实用医技杂志, 2021, 28(5): 698-699.

(收稿日期: 2024-04-23 修回日期: 2024-09-11)

(编辑: 张芃捷)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.01.050

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241122.1450.008\(2024-11-22\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241122.1450.008(2024-11-22))

## 以循证为支持的产妇生理性乳胀预防和管理方案的临床效果研究\*

刘君<sup>1,2</sup>, 胡珊珊<sup>2</sup>, 顾颖<sup>2</sup>, 孙赵娜<sup>2</sup>, 张志一<sup>2</sup>, 许勤<sup>1,2,△</sup>

(1. 南京医科大学护理学院, 南京 211166; 2. 无锡市妇幼保健院产科, 江苏无锡 214002)

**【摘要】** 目的 探讨以循证为支持的产妇生理性乳胀预防和管理方案的临床效果。方法 采用非同期对照研究, 选取在无锡市妇幼保健院 2022 年 12 月至 2023 年 2 月接受产后常规照护的 60 例产妇作为对照组, 2023 年 6—7 月接受以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案的 60 例产妇作为干预组, 比较两组产妇生理性乳胀发生情况、新生儿纯母乳喂养情况及产妇对母乳喂养的认知情况、自我效能得分。结果 两组产妇生理性乳胀发生时间、产后乳房硬度、产后乳房疼痛评分情况比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ), 产妇产后生理性乳胀的发热情况比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 产后 7 d 对照组纯母乳喂养 18 例(30.00%), 干预组纯母乳喂养 45 例(75.00%), 两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组母乳喂养知识得分( $11.22 \pm 3.07$ )分, 干预组为( $12.65 \pm 2.88$ )分, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组母乳喂养的自我效能得分( $41.75 \pm 10.04$ )分, 干预组为( $46.08 \pm 11.73$ )分, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 实施以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案可以增强产妇对生理性乳胀的认知和自我管理效能。

**【关键词】** 生理性乳胀; 循证; 产妇; 预防; 母乳喂养

**【中图法分类号】** R472

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1671-8348(2025)01-0267-07

生理性乳胀常出现于产后泌乳开启时。因激素水平影响, 产妇在产后 3~4 d 常发生双乳胀满、硬结、疼痛等情况, 引起产妇局部不适, 其发生率在 25%~66%, 严重还会抑制排乳、泌乳功能<sup>[1-3]</sup>。若处理不当, 轻者泌乳不足, 重者发展成乳腺炎、乳腺脓肿, 严重威胁母婴健康<sup>[4]</sup>。目前治疗生理性乳胀的方法有很多, 乳腺按摩、淋巴回流、局部热敷等, 而干预措施大部分仅关注产妇或新生儿个体层面或者孕产期的某一阶段, 缺乏全面综合的生理性乳房肿胀预防和管理的循证护理方案<sup>[5-7]</sup>。鉴于此, 本研究采用循证理念构建生理性乳胀预防和管理方案并应用于临床, 以探讨其对产妇的影响。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

采用便利抽样法选取在无锡市妇幼保健院定期产检并分娩的 120 例产妇作为研究对象。选择 2022 年 12 月至 2023 年 2 月接受产后常规照护的 60 例产妇作为对照组, 2023 年 6—7 月接受以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案的 60 例产妇作为干预组。纳入标准: 产妇无产后并发症; 新生儿 Apgar 评分  $> 8$  分, 吸吮能力良好, 母婴同室; 无母乳喂养禁忌证; 产妇有正常阅读和理解能力; 知情同意, 自愿参加。排除标准: 乳头扁平、凹陷; 合并乳腺疾病; 合并恶性肿瘤; 精神疾病, 如产后重度抑郁等。两组年龄、身高、孕前体重、产前体重、学历、分娩经历、母乳喂养经历、分娩方式等资料比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 1。本研究通过医院伦理委员会审查(审批号: 2022-01-1208-17)。

表 1 两组一般资料比较

项目	对照组 (n=60)	干预组 (n=60)	t/ $\chi^2$	P
年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	29.52±4.84	30.00±4.60	-0.560	0.576
身高( $\bar{x}\pm s$ ,cm)	163.20±6.19	161.67±5.15	1.474	0.143
孕前体重( $\bar{x}\pm s$ ,kg)	57.28±8.41	56.98±8.50	0.195	0.845
产前体重( $\bar{x}\pm s$ ,kg)	70.81±8.52	70.34±7.87	0.318	0.751
学历[n(%)]			0.352	0.553
高中及以下	17(28.33)	20(33.33)		
大专及以上	43(71.67)	40(66.67)		
分娩经历[n(%)]			0.137	0.711
初产妇	36(60.00)	34(56.67)		
经产妇	24(40.00)	26(43.33)		
母乳喂养经历[n(%)]			0.232	0.630
有	23(38.33)	26(43.33)		
无	37(61.67)	34(56.67)		
分娩方式[n(%)]			1.815	0.178
顺产	43(71.67)	36(60.00)		
剖宫产	17(28.33)	24(40.00)		
妊娠合并症[n(%)]			2.679	0.444
妊娠期糖尿病	17(28.33)	14(23.33)		
妊娠期高血压	4(6.67)	4(6.67)		
妊娠合并肥胖症	5(8.33)	11(18.33)		
其他	34(56.67)	31(51.67)		

## 1.2 方法

### 1.2.1 对照组

所有产妇按产后常规护理<sup>[8-11]</sup>:(1)由责任护士对产后相关注意事项实施宣教,如子宫收缩、排尿、饮食、会阴伤口护理情况等,评价产妇母乳喂养知识掌握情况,对于薄弱处进行强化宣教;(2)母婴同室,鼓励母亲与婴儿同步休息;(3)分娩后即刻开始皮肤接触,回室后鼓励皮肤接触,帮助母亲早开奶;(4)指导产妇采用舒适的哺乳姿势,促进新生儿含接,指导按

需哺乳。

### 1.2.2 干预组

所有产妇在上述常规护理基础上采取以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案,干预时间为 7 d。(1)成立循证实践方案小组,包括主任护师 1 名、副主任护师 1 名、主管护师 6 名和护师 3 名,共 11 名成员。(2)提出循证问题。采用 PIPOST 模式转化临床问题,形成此次证据总结的问题<sup>[12]</sup>;P 为产妇,I 包括缓解产妇生理性乳房肿胀、降低不适感相关措施,P 为医务人员、产妇及产妇照护者,O 为乳房肿胀的程度、乳房疼痛等,S 为医疗机构、产妇照护机构或家庭,T 为专题证据汇总(包括证据总结、临床决策、推荐实践、技术报告)、临床实践指南、专家共识、系统评价。(3)获取循证证据及文献质量评价。根据证据的类型,选择相应的质量评价工具<sup>[13-15]</sup>。(4)证据汇总并根据证据 FAME 属性确定适合纳入临床的证据,并制订审查指标。经整合、调适,本研究最终纳入 13 条证据进入临床。(5)识别障碍因素。通过文献查阅和焦点小组访谈法等方式收集临床实施过程中具备改进价值的方法及措施。(6)构建循证方案。该方案涵盖了母乳喂养健康教育、预防生理性乳胀、压舌训练和生理性乳胀处理等 6 个方面。每项护理措施都有科学专业的理论依据和案例支持,确保符合循证医学的要求,以保证计划的安全性和科学性。根据方案的内容逐一实施干预措施,具体方案的原则及内容,见表 2。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 生理性乳胀相关指标

(1)观察产妇产后生理性乳胀发生时间、是否有生理性乳胀发热;(2)产后乳房硬度:I 级为轻度肿胀或正常,触之如嘴唇;II 级为中度肿胀,触之如鼻尖;III 级为重度肿胀,触之如额头;(3)产后乳房疼痛程度:采用疼痛视觉模拟评分表对产妇的疼痛感受进行评分<sup>[20]</sup>。其中 0~3 分表示产妇轻度疼痛感或无疼痛;4~6 分表示中度疼痛;7~10 分表示重度疼痛。

表 2 生理性乳胀预防及处理干预方案原则及内容

环节	内容
母乳喂养健康教育 <sup>[16]</sup>	(1)在孕妇前往产科门诊、母乳喂养门诊或孕妇学校进行检查和咨询时,医护人员向产妇普及生理性乳胀的相关知识;(2)入院时,护理人员了解产妇及其家庭成员对生理性乳胀相关知识的掌握情况;(3)医护人员利用多样化的教育形式,如通过床边宣教、多媒体放映、腾讯会议、二维码等途径进行集中讲授知识、示范及一对一指导,使母乳喂养的产妇在出院前了解生理性乳房肿胀和症状缓解方案的信息,并与孕妇及其家庭共同讨论产后母乳喂养计划,帮助其建立母乳喂养信心,制订哺乳目标。
“三早”:早接触、早吸吮、早开奶	鼓励所有经阴道分娩和剖宫产的产妇,当母婴状况稳定时即刻进行持续的皮肤接触,给新生儿自主寻乳的机会和时间直到完成第一次哺乳,帮助产妇尽快开始母乳喂养。

续表 2 生理性乳胀预防及处理干预方案原则及内容

环节	内容
预防生理性乳胀	(1)顺应喂养:①健康足月婴儿不建议定时喂养,过渡期内不频繁叫醒哺乳,密集哺乳阶段不人为延迟哺乳,顺应婴儿自然需求,增加皮肤接触的次数和时间,鼓励母婴 24 h 同室/同床,帮助产妇尽快学会识别婴儿不同需求的线索,及时做出回应 <sup>[16]</sup> 。②为疲惫的产妇制订个性化母乳喂养方案,可由家庭成员协助产妇母乳喂养,增加手动或机械排空乳房的次数,吸/挤奶次数大于 8 次/d,促进泌乳建立。注意不需要固定吸/挤奶间隔时间,只需达到每天吸/挤奶的最低频次 <sup>[17]</sup> 。手挤奶:协助产妇取舒适体位,将温热毛巾敷一侧乳房 3~5 min 后,一手置于乳房下托起乳房,另一手以小鱼际按顺时针方向按摩放松乳房,刺激泌乳。将拇指及食指放在乳晕上下方距乳头根部 2 cm 处,二指相对呈 C 字形,另一手托住乳房,做好支撑,反复有节奏挤压放松。一侧乳房至少挤压 3~5 min,两侧乳房挤奶时间应以 20~30 min 为宜。吸奶器:将吸奶器的吸乳护罩放在乳房上,确保乳头能够在管道内自由移动。先使用刺激模式,目的是为了启动喷乳反射,再切换到吸吮模式,调节最大舒适负压。吸完一个奶阵之后,再吸 1~2 min,若没有第二个奶阵,即可结束吸乳。通常一侧吸乳时间在 10 min 左右,勿超过 15 min。(2)医护人员帮助产妇采取理想的衔乳方式和最佳哺乳姿势,并确保新生儿正确含接,有效移除乳汁 <sup>[18]</sup> 。
新生儿压舌训练	在新生儿发生错误的吸吮模式(乳头混淆、无法深含接、吸吮力度弱、舌运动不协调等)时,将医务人员或母亲的手指模拟乳头给新生儿吸吮,感受新生儿的舌运动,提升其牵拉力度及持久度,改善其运动的协调性,通过 3~4 次/d 的频率训练,建立新生儿有效的吸吮模式,从而避免发生乳头疼痛、破裂,促进母乳喂养成功。
家属参与式护理	要求产妇主要照顾者全程参与母乳喂养专项健康教育,包括产前、产后、随访管理,在给予产妇陪同、照护的同时,学习掌握母乳喂养相关知识,给予产妇情感支持、母乳喂养技能的培养与监督。
生理性乳胀处理	(1)反向按压,减缓乳房肿胀;(2)淋巴回流,缓解乳房水肿;(3)频繁有效地移除乳汁:当婴儿无法直接吸吮产妇的乳房,可以手挤奶或者使用医用级别的吸奶器挤出乳汁。吸奶器选择合适的吸乳护罩,选择最大舒适负压进行吸乳 <sup>[18]</sup> ;(3)冷敷乳房:哺乳后或者哺乳间隙冷敷,冷敷 20~30 min/次,避开乳头乳晕处。冷敷可用冷毛巾、退热贴、冷卷心菜叶等 <sup>[18-19]</sup> ;(4)避免过度揉搓乳房。

1.3.2 新生儿喂养方式

监测并记录新生儿产后 7 d 的喂养方式,分为纯母乳喂养及混合喂养。

1.3.3 母乳喂养知识问卷

问卷为赵旻<sup>[21]</sup>于 2008 年参考国内外文献后自行设计、自行编制的问卷。共 17 个条目,包括母乳喂养及生理性乳胀相关基础知识。每回答正确 1 个条目得 1 分,总分为 0~17 分。问卷的 Cronbach' α 系数为 0.80,内容效度指数为 0.92。

1.3.4 母乳喂养自我效能感评分量表

刘延锦等<sup>[22]</sup>对英文版母乳喂养自我效能简式量表进行翻译、文化调适、修订,并分析其中文版信效度。量表包含 2 个维度,共 14 个条目。采用 Likert5 级评分法,1~5 分代表“一点儿也没信心”到“非常有信心”,量表总得分为 14~70 分,得分越高母乳喂养自我效能越强。量表的 Cronbach' α 系数为 0.927;分半信度系数为 0.853,重测信度为 0.811。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析。正态分布的计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用例数或百分比表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验、Fisher 确切概率法。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组生理性乳胀相关指标比较

两组产妇生理性乳胀发生时间、产后乳房硬度、产后乳房疼痛评分情况比较,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ );但产妇产后生理性乳胀发热情况比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组产妇产后生理性乳胀发生情况[n(%)]

项目	对照组 (n=60)	干预组 (n=60)	$\chi^2$	P
生理性乳胀发生时间			6.563	0.010
1~<2 d	25(41.67)	39(65.00)		
≥2 d	35(58.33)	21(35.00)		
生理性乳胀发热			0.835	0.361
有	4(6.67)	1(1.67)		
无	56(93.33)	59(98.33)		
产后乳房硬度			10.716	0.005
I 级	10(16.67)	19(31.67)		
II 级	30(50.00)	35(58.33)		
III 级	20(33.33)	6(10.00)		
产后乳房疼痛评分			16.195	<0.001
0~3 分	3(5.00)	15(25.00)		
4~6 分	30(50.00)	35(58.33)		
7~10 分	27(45.00)	10(16.67)		

## 2.2 两组新生儿纯母乳喂养率比较

产后 7 d 对照组纯母乳喂养 18 例(30.0%)、混合喂养 42 例(70.0%)，干预组纯母乳喂养 45 例(75.00%)，混合喂养 15 例(25.0%)，两组喂养方式比较，差异有统计学意义( $\chi^2=24.361, P<0.05$ )。

## 2.3 两组产妇产母乳喂养知识得分比较

对照组母乳喂养知识得分为(11.22±3.07)分，干预组为(12.65±2.88)分，组间比较差异有统计学意义( $t=-2.637, P<0.05$ )。

## 2.4 两组产妇产母乳喂养的自我效能得分比较

两组产妇产母乳喂养自我效能感评分及维度 1 评分比较，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，见表 4。

表 4 两组产妇产母乳喂养自我效能得分比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

项目	对照组 (n=60)	干预组 (n=60)	t	P
母乳喂养自我效能感评分	41.75±10.04	46.08±11.73	-2.174	0.032
维度 1 得分	18.98±4.98	21.88±6.82	-2.660	0.009
维度 2 得分	22.77±7.45	24.20±6.63	-1.113	0.268

## 3 讨 论

### 3.1 以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案可改善产妇产生理性乳胀不良体验

产后生理性乳胀是由于乳腺管不通而致乳汁分泌不畅的生理状态。而乳胀过度会导致产妇焦虑、恐惧等不良情绪，严重影响泌乳<sup>[3-4]</sup>。胡珊珊等<sup>[23]</sup>研究发现产妇产泌乳Ⅱ期启动延迟发生率较高，生理性乳胀发生时间较晚，程度较重。由于乳汁不断聚积于乳房，压迫乳房血管，致乳腺肌底部与胸肌筋膜发生过度粘连，压迫乳腺管，出现乳房变硬、疼痛等症状<sup>[24]</sup>。为了应对这些问题，通过早期干预和多方面的支持措施，可以有效减少泌乳Ⅱ期启动延迟的发生率，缓解相关症状。本研究结果显示，生理性乳胀发生时间多在产后 1~2 d，应用循证支持的生理性乳胀预防和管理方案可以缩短泌乳启动时间，缓解乳胀和疼痛，从而明显提高母乳喂养率。这与循证方案中的母乳喂养健康教育及“三早”原则的内容有关。通过入院时的评估和宣教，护理人员可以帮助产妇及其家属增加对母乳喂养知识的掌握，并共同制订产后母乳喂养计划，从而为产妇做好母乳喂养的心理准备，建立信心，尽早开始母乳喂养，并延长母乳喂养时间<sup>[3,25]</sup>，与朱佳佳等<sup>[26]</sup>的研究结论相一致。此外，随着新生儿早期保健的推广，“三早”的理念已经深入临床实践。在母婴状况稳定后，立即进行持续的皮肤接触，并给予新生儿自主寻乳的机会和时间，可以帮助产妇尽快开始母

乳喂养。这与王丽娟等<sup>[27]</sup>的研究结果一致。产后初期，医务人员应积极提供母乳喂养支持，确保婴儿出生后最初几天内频繁有效吸吮，以及出现生理性乳胀时给予科学有效的干预。出院前，应给予母乳喂养产妇有关乳房肿胀的健康宣教，并做好产妇出院后的延续性护理<sup>[28]</sup>。

本研究干预组中，产后乳房硬度Ⅰ、Ⅱ级的产妇占比较高，Ⅲ级产妇占比较低；超过 1/2 的产妇产后乳房疼痛评分在 4~6 分，而 7~10 分的产妇明显较少。原因可能为医护人员给产妇及家属进行知识宣教的同时加强产妇的临床实践技能培训，临床护士鼓励母婴 24 h 同室/同床，帮助产妇尽快学会识别婴儿不同需求的线索，并及时作出回应，或予疲惫的产妇个性化的母乳喂养方案，防止产妇因过度疲劳或翻身时不慎导致发生新生儿窒息的风险，由家庭成员协助产妇进行母乳喂养，增加手动或机械排空乳房的次数，促进泌乳建立<sup>[29]</sup>。同时，协助产妇采取舒适的哺乳姿势，指导新生儿正确含接，有效移除乳汁。当新生儿出现错误吸吮时，及时进行压舌训练，建立新生儿有效的吸吮模式，从而促进母乳喂养成功<sup>[30-33]</sup>。这也是早期预防乳房肿胀的核心，明显改善了产妇的乳房健康状况和疼痛管理。

此外，尽管生理性乳胀发热情况在两组中差异无统计学意义( $P>0.05$ )，但这一现象在临床护理实践中仍需高度关注。若未能及时有效管理，可能演变成病理性乳房疾病，进而对母婴健康产生不利影响<sup>[34]</sup>。

### 3.2 以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案可提高新生儿的纯母乳喂养率

吴平等<sup>[35]</sup>的研究结果显示，新生儿 1 h 内开始母乳喂养率仅为 14.18%，6 月龄纯母乳喂养率为 15.7%。由于新生儿纯母乳喂养率的低下，本研究进一步强调了推广和支持母乳喂养的必要性。首先，产妇对母乳喂养知识的掌握程度是影响母乳喂养成功的重要因素之一。接受以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案的健康教育的产妇，其纯母乳喂养成功率明显高于对照组。其次，家庭支持和社会支持对母乳喂养率也有明显影响。家庭成员的理解与支持，尤其是伴侣的积极参与，可以增强产妇母乳喂养的信心和坚持度。此外，完善的乳胀预防和处理流程也起到了积极作用。本研究针对乳胀问题制订了详细的管理策略，并通过实践验证其有效性。这不仅有助于缓解产妇的乳胀症状，还减少了因乳胀而放弃母乳喂养的情况。通过有效的乳胀管理策略，产妇能够更加顺利地进行母乳喂养，从而提高新生儿的纯母乳喂养率。

进一步分析发现,以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案不仅仅是提高了母乳喂养率,同时也改善了母婴健康状况。产妇在遵循循证方案的过程中,能够更好地处理母乳喂养中的各种问题,如乳胀、乳头皲裂和乳腺炎等,减少了这些问题对母乳喂养的干扰。同时,新生儿在母乳喂养中获得了充足的营养,生长发育更为健康。研究还提出了一些建议,以进一步推广和优化母乳喂养实践:(1)建议在产前和产后加强母乳喂养教育,特别是通过多种渠道(如在线课程、一对一咨询及情景模拟训练等)提供个性化指导<sup>[36]</sup>;(2)建议建立母乳喂养支持小组或网络,提供持续的支持和交流平台。

### 3.3 以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案可提高产妇对母乳喂养的认知及自我效能

母乳含有丰富的抗体和免疫细胞,如免疫球蛋白 A、乳铁蛋白等,这些免疫保护物质的存在使得母乳喂养的婴幼儿在面对病原体和环境挑战时更加强大<sup>[37]</sup>。因此,纯母乳喂养对于婴幼儿免疫系统的发育和健康至关重要。

产妇应该了解母乳喂养的重要性,并且得到正确的指导和支持。同时,社会各界也应该为母乳喂养创造良好的环境,包括法律法规的支持、工作场所的配套设施和丈夫及家庭成员的理解和支持。产前教育应该增加关于母乳喂养问题处理的知识和技能教育。因此,在孕妇学校、母乳喂养咨询门诊和入院阶段均可开展孕期的母乳喂养教育<sup>[38-39]</sup>。此外,以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案可通过不同的教育形式,如宣传册、讲座、示范等,使得产妇能够全面了解母乳喂养的相关知识,从而更好地进行实践。这也与之前的研究结果相符,表明多样化的健康教育形式能够有效提高产妇的知识水平<sup>[40]</sup>。

同时,家属参与式护理也被证明对产妇的母乳喂养信心起到了积极的影响。家属的支持和理解能够让产妇更加坚定地选择母乳喂养,并提供必要的支持和帮助。除此以外,完善的生理性乳胀预防和处理方案也能够给产妇带来极大的鼓励,使得她们更加有信心和能力进行母乳喂养。

综上所述,实施以循证为支持的生理性乳胀预防和管理方案,能够为产妇提供全面的母乳喂养知识和有效的生理性乳胀管理策略,促进母乳喂养的成功。进一步的研究仍需综合考虑科室管理者、产妇及其家属的意愿等因素,以确保在临床环境中能够顺利进行,并在更大样本和长期观察的基础上进行研究,从而进一步验证本研究结果。

## 参考文献

- [1] 连伟宁,丁娟,马啸,等. 早产儿母亲泌乳 II 期启动延迟现状及其影响因素[J]. 中华围产医学杂志,2023,26(7):554-560.
- [2] HUDA M H, CHIPOJOLA R, LIN Y M, et al. The influence of breastfeeding educational interventions on breast engorgement and exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis[J]. J Hum Lact, 2022, 38(1): 156-170.
- [3] BERENS P, BRODRIBB W, ACAD B M. ABM Clinical Protocol # 20: engorgement, revised 2016[J]. Breastfeed Med, 2016, 11(4): 159-163.
- [4] 安力彬,陆虹. 妇产科护理学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2022.
- [5] LV Y P, YUAN T, MU X Y, et al. Heterogeneity of outcomes reporting in trials evaluating traditional chinese medicine breast massage for stasis acute mastitis: a methodological review [J]. Chin Med Sci J, 2023, 38(2): 147-158.
- [6] 黄伟,曹姣丽,谭敏,等. 淋巴回流手法治疗对产后生理性乳胀的干预效果[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(8): 1233-1235.
- [7] ZAKARIJA-GRKOVIC I, STEWART F. Treatments for breast engorgement during lactation [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 9(9): CD006946.
- [8] 卡伦·万巴赫,高雪莲,孙瑜,等. 母乳喂养与人类泌乳学[M]. 北京:人民卫生出版社,2021.
- [9] 任钰雯,高海凤. 母乳喂养理论与实践[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [10] 徐鑫芬,熊永芳,余桂珍,等. 助产临床指南荟萃[M]. 北京:科学出版社,2021.
- [11] HERNANDEZ-AGUILAR M T, BARTICK M, SCHRECK P, et al. ABM Clinical Protocol # 7: model maternity policy supportive of breastfeeding [J]. Breastfeed Med, 2018, 13(9): 559-574.
- [12] 朱政,胡雁,邢唯杰,等. 不同类型循证问题的构成[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(21): 1991-1994.
- [13] FOSTER M J, SHURTZ S. Making the critical appraisal for summaries of evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence[J]. J Med Libr Assoc, 2013, 101(3): 192-198.

- [14] 韦当,王聪尧,肖晓娟,等. 指南研究与评价(A-GREE II)工具实例解读[J]. 中国循证儿科杂志,2013,8(4):316-319.
- [15] SHEA B J, REEVES B C, WELLS G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J]. *BMJ*, 2017, 358: j4008.
- [16] WESTERFIELD K L, KOENIG K, O H R. Breastfeeding: common questions and answers [J]. *Am Fam Physician*, 2018, 98(6): 368-373.
- [17] JACOBS A, ABOU-DAKN M, BECKER K, et al. S3-Guidelines for the treatment of inflammatory breast disease during the lactation period: AWMF Guidelines, Registry No. 015/071 (short version) AWMF Leitlinien-Register Nr. 015/071 ( Kurzfassung ) [ J ]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2013, 73(12): 1202-1208.
- [18] SPENCER J. Common problems of breastfeeding and weaning[EB/OL]. (2021-10-18)[2024-04-25]. <https://www.uptodate.cn/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning>.
- [19] ZAKARIJA-GRKOVIC I, STEWART F. Treatments for breast engorgement during lactation [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020, 9(9): CD006946.
- [20] 李树人,杭燕南. 疼痛治疗手册[M]. 上海:上海科技出版社,2007:98-100.
- [21] 赵旻. 北京地区初产妇母乳喂养自我效能及其影响因素的研究[D]. 北京:中国协和医科大学, 2008.
- [22] 刘延锦,王敏,董小方. 中文版母乳喂养自我效能简式量表的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(18):1361-1364.
- [23] 胡珊珊,刘君,蒋盘华,等. 产妇泌乳 II 期启动延迟发生率及影响因素的系统评价[J]. 中国全科医学,2021,24(24):3110-3115.
- [24] 吴丽容,徐敏,刘运霞,等. 节段式乳房按摩治疗产后中度乳房胀痛的效果观察[J]. 重庆医学, 2019, 48(24): 4276-4278.
- [25] LIU Y, YAO J, LIU X, et al. A randomized interventional study to promote milk secretion during mother-baby separation based on the health belief model: a consort compliant [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2018, 97(42): e12921.
- [26] 朱佳佳,杨春燕,陈娅,等. 健康管理 APP 对产妇认知水平和母乳喂养率的影响[J]. 重庆医学, 2021, 50(23): 4137-4140.
- [27] 王丽娟,邹敏,何孟亭,等. 产妇泌乳启动延迟管理的证据总结[J]. 中国护理管理,2023,23(4): 551-556.
- [28] HAMZE L, MAO J, REIFSNIDER E. Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: a cross-sectional survey of postnatal mothers in China[J]. *Midwifery*, 2019, 74: 68-75.
- [29] 陈燕,蒙莉萍,张娇娇,等. 产前手挤奶对初产妇产后 3 d 纯母乳喂养的影响[J]. 重庆医学, 2021, 50(9): 1476-1480.
- [30] HOCKAMP N, BURAK C, SIEVERS E, et al. Breast-feeding promotion in hospitals and prospective breast-feeding rates during the first year of life in two national surveys 1997-1998 and 2017-2019 in Germany[J]. *Public Health Nutr*, 2021, 24(9): 2411-2423.
- [31] FAN H S L, FONG D Y T, LOK K Y W, et al. Expressed breast milk feeding practices in Hong Kong Chinese women: a descriptive study [J]. *Midwifery*, 2020, 91: 102835.
- [32] BAI D L, FONG D Y, LOK K Y, et al. Practices, predictors and consequences of expressed breast-milk feeding in healthy full-term infants [J]. *Public Health Nutr*, 2017, 20(3): 492-503.
- [33] ANDERS L A, ROBINSON K, OHLENDORF J M, et al. Comparing experiences of women who were direct breastfeeding and women who used expressed breast milk to feed their infants [J]. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2023, 48(2): 96-102.
- [34] BLACKMON B, MELODIE M. *Acute Mastitis* [M]. Treasure Island: StatPearls Publishing LLC, 2023.
- [35] 吴平,赵娜,刘洋铭,等. 重庆市某区县母乳喂养开始时间和纯母乳喂养率及其影响因素研究[J]. 重庆医学,2021,50(10):1741-1745.
- [36] 廖婵,梁春燕,赖玉娥,等. 母乳喂养情景模拟训练在早产儿母乳喂养中的应用效果研究[J]. 重庆医学,2022,51(13):2199-2202.
- [37] 郑岩,司在霞,赵丽萍,等. 先天性心脏病婴幼儿母乳喂养研究进展[J]. 中国儿童保健杂志, 2024, 32(4): 429-432.

- [38] 龚略,李筱蟠,郭玉梅,等. 孕妇学校教育对产后母乳喂养的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(29):218-220.
- [39] 戴亚端,张小玲,汪小灵,等. 基于 IMB 模型的初产妇及配偶双主体母乳喂养健康教育[J]. 护理学杂志, 2021, 36(17):82-85.
- [40] KUMAR H, BHAT A, ALWADHI V, et al. An

assessment of implementation of family participatory care in special newborn care units in three states of India[J]. Indian Pediatr, 2021, 58(4):349-353.

(收稿日期:2024-03-25 修回日期:2024-09-20)

(编辑:管佩钰)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.01.051

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241016.1658.016\(2024-10-17\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241016.1658.016(2024-10-17))

## 改良式双腔导尿管封堵器在 T 型肠造口患儿中的应用及效果观察\*

章丽萍<sup>1</sup>, 侯小芹<sup>2△</sup>, 刘华凤<sup>1</sup>

(江西省儿童医院:1. 新生儿外科;2. 临床技能培训中心, 南昌 330006)

**[摘要]** 目的 探讨改良式双腔导尿管封堵器应用于 T 型肠造口患儿的临床疗效与安全性。方法 选取 2019 年 12 月至 2023 年 1 月该院收治的采用改良式双腔导尿管进行造口暂时性封堵的 14 例 T 型肠造口患儿作为研究对象。将止流夹及吸盘穿入导尿管制成改良版造口封堵器,利用导尿管球囊膨大贴合肠内壁封堵造口,止流夹及吸盘推至腹壁后夹闭即完成封堵。观察封堵前后造口及肛门排便量、营养筛查评分、造口袋更换次数,以及与封堵器使用相关并发症发生情况。结果 患儿平均封堵时间为(47.21±36.15)d。封堵前后造口排便量、肛门排便量、营养筛查评分比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );封堵前 1 周造口袋更换次数明显多于封堵后 1 周,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。封堵期间患儿造口部位肠管色泽均鲜红,未出现肠管暗红、黏膜出血、肠管脱垂、压力性损伤等并发症,预后良好。结论 改良式双腔导尿管封堵器取材便捷,制作简单,临床效果及安全性较好。

**[关键词]** 肠造口术;治疗结果;并发症;安全;营养

**[中图分类号]** R472.91 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2025)01-0273-04

T 型肠造口是将一端肠管预留做肠造口再行肠壁端侧吻合手术,可以维持肠道连续性,减少肠液丢失,避免远端肠管旷置,防止远端肠管废用性萎缩,减少远端肠管狭窄的发生,主要应用于难治型小肠闭锁、胎粪性肠梗阻等,手术方式主要为 Bishop-Koop 和 Santulli<sup>[1-2]</sup>。在临床护理工作中,发现部分远端肠管发育细小或短肠综合征等的 T 型肠造口患儿大部分肠液和粪便从造口处流失,仅有少量甚至无肠液进入远端肠管,导致患儿出现电解质紊乱、营养不良、远端肠管功能障碍等问题。暂时性封堵技术可以让更多的肠液进入远端肠管,促进营养物质吸收,改善患儿营养,同时还可以检测远端肠管功能,避免造口关闭后再次出现腹胀、肠梗阻等症状<sup>[3]</sup>。目前临床上暂时性封堵肠造口有医用棉球及纱布、导尿管、特制封堵器等<sup>[4-7]</sup>,但限于医用棉球及纱布封堵不完全、球囊导尿管易滑脱、封堵器专利产品尚未进入市场不易获得等因素较难适用于临床。本研究团队通过对临床易获得的双腔导尿管进行改良,并对 T 型肠造口患儿

进行造口暂时性封堵,取得较好效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2019 年 12 月至 2023 年 1 月本院收治的采用改良式双腔导尿管进行造口暂时性封堵的 14 例 T 型肠造口患儿为研究对象。其中男 9 例,女 5 例;早产儿 12 例,足月儿 2 例,一般资料见表 1。纳入标准:(1)行 T 型肠造口术且术后肠功能恢复良好,造口排便正常;(2)远端肠管通畅;(3)家属知情同意。排除标准:(1)合并严重脏器功能障碍;(2)不配合治疗及随访。本研究经医院伦理委员会批准(审批号:JX-SETYY-YXKY-20220217)。

表 1 患儿一般资料( $n=14$ )

项目	例数( $n$ )	构成比(%)
性别		
男	9	64.29
女	5	35.71