

专科护士主导的早产儿共享门诊构建及应用研究

华玲玲,李雅雯,唐云飞,张涵,赵菲菲,薛艳
(无锡市儿童医院 新生儿科,江苏 无锡 214000)

【摘要】 目的 探讨专科护士主导的早产儿共享门诊管理模式的有效性与可行性。**方法** 采用随机对照研究设计,纳入2023年3—6月某三级甲等医院新生儿重症监护室(neonatal intensive care unit, NICU)收治的120例早产儿,使用随机数字法分为干预组($n=58$)和对照组($n=62$)。对照组常规管理,干预组在此基础上,评估随访1次/月,持续6个月。主要结局指标包括早产儿6月龄时的体格发育情况、智能发育情况及照护者能力评估。**结果** 干预组52例完成随访,对照组55例完成随访。两组早产儿在6月龄时,干预组各项体格发育指标、智力发育指标均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);干预组早产儿主要照护者的照护能力得分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 专科护士主导的共享门诊,能有效促进早产儿的生长发育,提高照护者的照护能力,是一种可行的早产儿延续性护理模式。

【关键词】 专科护士;早产儿;共享门诊;护理

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.07.022

【中图分类号】 R473.72 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)07-0091-04

Construction and Application of Clinical Nurse Specialist-led Shared Care Clinic for Premature Infants

HUA Lingling, LI Yawen, Tang Yunfei, ZHANG Han, ZHAO Feifei, XUE Yan (Neonatal Department, Wuxi Children's Hospital, Wuxi 214000, Jiangsu Province, China)

Corresponding author: LI Yawen, Tel: 0510-85351731

【Abstract】 Objective To explore the effectiveness and feasibility of a specialty nurse-led shared medical appointments management model for premature infants. **Methods** Using a randomized controlled study design, 120 premature infants admitted to the NICU of a tertiary A hospital from March to June 2023 were included and randomly divided into a intervention group ($n=58$) and a standard control group ($n=62$). The intervention group was managed by a multidisciplinary team led by a specialty nurse, with monthly assessments and follow-ups conducted for a duration of six months. The primary outcome measures included physical growth at six months of age, intellectual development, and caregiver capability assessment. **Results** 52 participants in the intervention group and 55 in the control group completed the follow-up period. At six months of age, the shared outpatient group had higher physical development indicators and intellectual development indices than the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$); the main caregivers of the shared outpatient group had significantly higher care ability scores than the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusions** A shared medical appointments led by specialty nurses can effectively promote the growth and development of premature infants and enhance the caregiving capabilities of the primary caregivers, representing a feasible model for the continuous care of premature infants.

【Key words】 specialized nurses; premature infants; shared medical appointments; nursing

[Mil Nurs, 2025, 42(07): 91-94]

早产儿出院后需长期随访管理,以监测生长及神经发育结局^[1]。传统一对一门诊模式难以充分解答关于喂养、发育监测等家长高度关注的问题,也因重复解答基础问题,面临效率瓶颈^[2]。“共享门诊”

(shared medical appointment, SMA)是一种以患者为中心、多学科协作为基础的新型医疗模式^[3]。本研究拟通过将早产儿进行同质化分组、集中开展个体化访视、共同讨论等方法,构建早产儿护理共享门诊(以下简称共享门诊),旨在提升医疗价值,减少医疗重复,为临床护理人员提供更有效的早产儿延续性护理方式。

【收稿日期】 2024-05-28 **【修回日期】** 2025-06-15

【作者简介】 华玲玲 本科 副主任护师,电话:0510-85351730

【通信作者】 李雅雯,电话:0510-85351731

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用方便抽样法,选择 2023 年 3—6 月无锡市某三级甲等医院收治的早产儿作为研究对象。纳入标准:胎龄<37 周;住院时间≥7 d 且≤90 d。排除标准:有严重遗传代谢病的患儿;照护者有生育和抚养子女的经历;照护者存在认知障碍。终止标准:早产儿随访中断;家属对团体讨论有严重抵触情时。本研究共纳入 120 例早产儿,采用随机数字法将其分为干预组 58 例和对照组 62 例,所有患儿家属均签署知情同意书。本研究已获医院伦理委员会审批(WXCH2022-12-104)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用普通新生儿门诊管理方式,工作间接受电话咨询,可网络挂号进行门诊就诊,至早产儿 6 月龄完成回访。

1.2.2 干预组 干预组接受 1 次/月的共享门诊管理,至早产儿 6 月龄。首次就诊时,由专科护士为早产儿建立健康档案,收集相关资料。共享门诊 90~120 min/次,包含体格发育、智能发育测量,围绕照护知识、技能进行授课与模拟操作。专科护士按照管理流程进行追踪随访,主导讨论互动,指导按时复诊、正确用药和家庭运动康复。

1.2.2.1 组建共享门诊团队 组建以专科护士为主导的共享门诊团队,新生儿专科护士 2 名、门诊护士 1 名、新生儿科医师 2 名、药剂师 1 名、康复师 1 名。专科护士要求获得新生儿疾病护理专科护士证书;新生儿医师要求从事新生儿工作 5 年以上;其他工作人员要求 3 年以上工作经验。

1.2.2.2 制订共享门诊管理内容 团队依据新生儿特殊性,参照共享门诊标准制订工作流程^[4]。内容主要包括提前 1~3 d 预约 5~8 名具有相同健康问题和需求的患儿就诊,就诊当日由照护者介绍早产儿情况,专科护士对早产儿进行体格评估、团体讨论,之后按需进行个人访视,最后由专科护士进行总结。在团体讨论中,专科护士发挥主导作用,联合团队医生、药师或康复治疗师就某一主题与患儿家属展开讨论,鼓励家长现场模拟示范、口头分享,专科护士评估讨论内容的正确性并进行指导和示范。参照《欧洲早产儿随访指南》^[5]及新生儿监护室的家庭需求拟定讨论主题,包括早产儿照护知识、照护技能、运动康复、疾病指导及药物治疗相关知识,见表 1。在个人访视环节中,门诊护士按需求进行分诊并维持就诊秩序,护理、医疗、康复、用药 4 组同时开展,1 对 1 或 1 对多就诊时其他早产儿家属根据需求旁听。

表 1 共享门诊主题讨论内容

主题	讨论内容	照护者反馈内容
早产儿照护知识	(1)早产儿生命体征及生长发育指标 (2)家庭环境准备要求和护理过程中的消毒隔离要求 (3)早产儿睡眠相关知识 (4)早产儿喂养相关知识	(1)说出测量生命体征和生长发育指标 (2)举例说出室内温度、湿度的要求和新生儿相关物品的消毒方法 (3)入睡方式、睡眠时长、睡眠姿势等 (4)如何评估早产儿喂奶量 (5)说出早产儿吐奶、呛奶的护理措施 (6)说出母乳喂养的意义和获益 (7)举例说出如何科学转奶
早产儿照护技能指导	(1)常用护理技巧:更换尿片、臀部皮肤护理、脐部护理、新生儿沐浴、抚触等 (2)特殊皮肤护理:红臀的护理方法、脐炎的护理方法、皮肤湿疹的护理方法等 (3)哺乳技巧、奶粉配置方法和奶瓶消毒方法 (4)早产儿合适卧位 (5)掌握哭闹常见原因	(1)示范进行更换尿片、抚触等常用护理技巧 (2)示范进行红臀、脐炎和皮肤湿疹的家庭护理方法 (3)亲母乳喂养时的注意事项,各种奶粉配置要求和奶具的消毒、存储方法 (4)各种卧位对新生儿的影响 (5)能够鉴别生理性哭闹和病理性哭闹
运动康复知识指导	(1)肌张力和精神状态评估方法 (2)神经发育评估的方法及作用 (3)运动康复的时机及方法	(1)依据新生儿情况进行肌张力和精神状态评估 (2)掌握早产儿应到医院接受评估的时机 (3)示范家庭康复运动的方法
疾病及用药指导	(1)根据每次预约的早产儿基础疾病给予指导 (2)常用药品的作用与不良反应 (3)特殊药物的获取、存储及使用	(1)说出几种常用药物正确的服用时间 (2)辨别药物及其不良反应 (3)说出需要冰箱保存的药物及溶解药物的水温要求

1.2.3 质量控制 (1)为保证数据真实性,所有测量、评估均由双人完成并核对数据;(2)所有共享门诊课程、讨论、个人访视及电话随访内容均有录音,干预组结束后将录音内容逐字转录并分析内容准确

性;(3)门诊护士提前电话预约,如无法到访了解原因,帮助寻找解决方案,降低脱落率;(4)对照组早产儿根据儿保门诊要求随访,工作间接受电话咨询问诊,必要时就诊以减少脱落率,6 月龄时提示到院

完成回访。

1.2.4 资料收集情况 研究共纳入 120 例早产儿,其中干预组脱落 6 例(去外地定居 4 例、未完成随访 2 例),共 52 例完成随访;对照组脱落 7 例(去外地定居 3 例,电话无法接通 4 例),共 55 例完成随访。

1.3 评价指标

1.3.1 一般资料 采用自行拟定的一般资料调查表进行调查,包括早产儿的出生胎龄、出生体质量、身长、头围、性别、新生儿重症监护室(neonatal intensive care unit, NICU)住院时间、是否为单胎、喂养方式、是否存在合并症;主要照护者的文化水平、家庭人均月收入等。

1.3.2 发育情况 (1)体格发育情况:由 2 名新生儿专科护士共同测量并比较两组早产儿在 6 月龄时的体质量、身长、头围。体格发育情况根据 2023 年国家卫健委发布《7 岁以下儿童生长标准》^[6] 测评。(2)智能发育情况:两组早产儿均于 6 月龄时来院,由 1 名新生儿专科护士或 1 名康复科医师采用婴幼儿智能发育量表(children's developmental center of China, CDCC)^[7] 对其智力发育指数(mental development index, MDI)、心理运动发育指数(psychomotor development index, PDI)进行评估。

1.3.3 早产儿父母照护能力 采用赵晓雯^[8] 于 2020 年编制的过渡期早产儿父母照护能力评估量表。该量表包括照护知识(13 个条目)、照护态度(8 个条目)、照护技能(11 个条目)、社会支持(3 个条目)4 个维度,共 35 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“完全不了解”到“完全知道”分别计 1~5 分,总分 35~175 分,得分越高提示父母照护能力越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.955^[8]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 25.0 软件进行统计分析,符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 描述,不符合正态分布的计量资料用 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,两独立样本均数比较采用 t 检验,多样本均数比较采用单因素 χ^2 检验。计数资料以频数、百分比描述,采用卡方或 Fisher 精确检验进行分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿一般资料的比较 两组早产儿性别、年龄、出生体重、疾病类型、主要照护者文化程度等经比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表 2。

2.2 两组早产儿体格发育的比较 早产儿 6 月龄时,干预组早产儿在体质量、身长以及头围等体格发育指标上均超越对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。进一步分析两组早产儿的生长指标达标率,结果显示,干预组与对照组在体质量和头围的达

标率上的差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),而身长达标率的差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 2 两组早产儿一般资料比较($N=107$)

项 目	干预组 ($n=52$)	对照组 ($n=55$)	χ^2 或 t	P
性别[$n(\%)$]				
男	30(57.69)	35(63.64)	0.396	0.529
女	22(42.31)	20(36.36)		
出生胎龄($t/\text{周}, \bar{x} \pm s$)	32.94 $\pm$ 1.75	32.24 $\pm$ 2.16	1.850	0.067
出生体质量($m/\text{kg}, \bar{x} \pm s$)	2.06 $\pm$ 0.52	2.01 $\pm$ 0.48	0.485	0.629
出生身长($l/\text{cm}, \bar{x} \pm s$)	42.65 $\pm$ 5.58	42.15 $\pm$ 5.17	0.481	0.631
出生头围($l/\text{cm}, \bar{x} \pm s$)	30.93 $\pm$ 2.04	30.37 $\pm$ 1.74	1.531	0.129
住院天数($t/\text{d}, \bar{x} \pm s$)	19.87 $\pm$ 15.45	19.67 $\pm$ 14.41	0.069	0.945
合并症[$n(\%)$]				
是	41(78.85)	43(78.18)	0.007	0.933
否	11(21.15)	12(21.82)		
主要喂养方式[$n(\%)$]				
母乳	13(25.00)	16(29.09)	0.516	0.773
奶粉	31(59.62)	29(52.73)		
混合喂养	8(15.38)	10(18.18)		
是否为单胎[$n(\%)$]				
是	47(90.38)	49(89.09)	0.049	0.825
否	5(9.62)	6(10.91)		
主要照护者文化水平[$n(\%)$]				
高中及以下	16(30.77)	13(23.64)	2.337	0.505
大专	15(28.85)	21(38.18)		
本科	17(32.69)	14(25.45)		
本科以上	4(7.69)	7(12.73)		
家庭月收入[$n(\%)$]				
5000 以下	17(32.69)	19(34.54)	0.381	0.827
5000~10 000	21(40.38)	24(43.63)		
10 000 以上	14(26.92)	12(21.82)		
主要照护者[$n(\%)$]				
父母	21(40.38)	20(36.36)	0.590	0.745
亲属	18(34.62)	23(41.82)		
其他人员	13(25.00)	12(21.82)		

表 3 两组早产儿生长发育情况的比较($N=107$)

项 目	干预组($n=52$)	对照组($n=55$)	χ^2 或 t	P
体质量($m/\text{kg}, \bar{x} \pm s$)	6.81 $\pm$ 1.26	6.16 $\pm$ 1.46	2.459	0.016
身长($l/\text{cm}, \bar{x} \pm s$)	67.51 $\pm$ 15.26	61.13 $\pm$ 16.32	2.086	0.039
头围($l/\text{cm}, \bar{x} \pm s$)	42.56 $\pm$ 1.15	41.39 $\pm$ 1.04	5.525	<0.001
体质量达标率[$n(\%)$]	47(90.38)	41(74.55)	4.592	0.032
身长达标率[$n(\%)$]	49(94.23)	46(83.64)	3.013	0.125
头围达标率[$n(\%)$]	45(86.54)	39(70.91)	3.869	0.049

2.3 两组早产儿智能发育的比较 早产儿 6 月龄时,干预组早产儿的 MDI 评分为(97.62 $\pm$ 16.61)分, PDI 评分为(95.14 $\pm$ 17.27)分;对照组的 MDI 评分为(89.33 $\pm$ 19.46)分, PDI 评分为(87.62 $\pm$ 18.55)分。干预组的评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

2.4 两组早产儿主要照护者照护能力的比较 早产儿 6 月龄时,干预组早产儿主要照护者的照护知识等 4 个维度的得分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组早产儿主要
照护者照护能力得分的比较($n=107$,分, $\bar{x}\pm s$)

项目	干预组	对照组	t	P
照护知识	56.02±5.33	40.96±8.83	10.606	<0.001
照护技能	45.27±4.55	38.84±6.01	6.213	<0.001
照护态度	33.33±3.53	29.29±5.15	4.707	<0.001
社会支持	12.44±1.95	9.33±2.09	7.947	<0.001
总分	147.06±7.60	118.42±12.59	14.145	<0.001

3 讨论

3.1 共享门诊能促进早产儿体格发育 本研究结果显示,共享门诊模式通过多学科协作机制显著促进了早产儿早期的体格发育。干预组在 6 月龄时体格发育各项指标均超越对照组(均 $P<0.05$)。在体格发育达标率方面,身长呈现追赶趋势,但身长达标率的差异无统计学意义($P>0.05$)。这一表现符合早产儿非匀称性追赶生长规律,即体重和头围在矫正 1~3 月龄呈现快速追赶^[9],而身长追赶可持续至矫正 12~24 月龄^[10]。专科护士通过动态评估生长曲线,制订个体化营养方案,满足早产儿对营养的高需求,有效促进早产儿的体格发育。在团体讨论中,家长通过模拟示范掌握喂养技巧,提升喂养效率,促进体格发育^[11]。

3.2 共享门诊能促进早产儿智能发育 早产儿出生后第一年神经发育障碍的高风险期^[12]。研究^[13]表明,早产儿营养状况、父母文化差异、喂养是否有效等因素均可对神经发育产生影响。因此,定期随访、早期发现神经发育障碍、及时干预,是预防神经系统并发症的关键。共享门诊每月对早产儿进行评估,多学科协作团队可快速识别高危儿,根据风险等级分层进行干预。专科护士与康复治疗师共同制订个体化智能训练方案,由专科护士通过“示范—反馈—强化”的模式训练家长,提高家长实践操作技能。同时,专科护士跟踪训练方案执行情况,通过医院—家庭联动,早期对高危儿实施视觉、触觉、听觉、肢体运动等综合训练,改善早产儿神经系统发育结局^[14]。

3.3 共享门诊可提高主要照护者照护能力 本研究结果显示,共享门诊模式对主要照护者的照护能力提高有显著效果。该模式基于认知负荷理论^[15],针对照护核心内容设计教学内容,将复杂的医学知识,通过通俗易懂的授课、视频演示、模拟教学等方式进行解构。在个人访视过程中以问题为导向,有针对性地解答问题,满足不同照护者对早产儿护理知识的需要^[16]。在社会支持系统构建方面,创建开放包容的“经验共享场域”,团体讨论既可使照顾者在专业人员指导下通过观察和模仿他人的行为学习

护理技能,又可通过互相倾听、支持的方法,减少耻辱感和孤立感^[3]。共享门诊通过通俗易懂的方式打破专业医学术语造成的信息壁垒;采用“演示—练习—矫正”三步教学法攻克复杂护理技能的学习难关,实现出院后的持续支持。

【参考文献】

[1] 郑书雅,王娜.“互联网+”延续性护理模式对早产儿生长发育及母亲焦虑情绪的效果观察[J].护理实践与研究,2022,19(2):273-276.

[2] 王贾文,赵萍.儿科门诊患儿家属就诊满意度现状及影响因素研究[J].四川解剖学杂志,2020,28(3):125-126.

[3] 杜叶会,颜辉,裴菊红,等.共享门诊在慢性病管理中的应用研究进展[J].中国护理管理,2021,21(12):1905-1909.

[4] KAHOSKA A R,ABRAZU N F,LYNCH K,et al.Implementation and evaluation of shared medical appointments for type 2 diabetes at a free, student-run clinic in Alamance County, North Carolina[J].J Med Educ Train,2018,2(1):1-10.

[5] European Foundation for the Care of Newborn Infants.A ray of hope for thousands of babies in Europe: new standards of care will save and improve lives across countries[EB/OL].[2024-11-29].<https://old.efcn.org/news/a-ray-of-hope-for-thousands-of-babies-in-europe-new-standards-of-care-will-save-and-improve-lives-across-countries/>.

[6] 国家卫生健康委.关于发布推荐性卫生行业标准《7 岁以下儿童生长标准》的通告[EB/OL].[2024-11-29].<https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202211/5001d7cf57774770a1d49c1df46a291f.shtml>.

[7] 范存仁.CDCC 婴幼儿智能发育量表的编制[J].心理学报,1989(2):130-140.

[8] 赵晓雯.过渡期早产儿父母照护能力评估量表编制及信效度研究[D].济南:山东大学,2020.

[9] 陈荣华,赵正言,徐秀.儿童保健学[M].6 版.南京:江苏凤凰科学技术出版社,2025:16-19.

[10] 章岚,黎黎,陈英才.早产适于胎龄儿婴儿期追赶生长特点和 2 至 3 岁生长偏离的队列研究[J].中国循证儿科杂志,2016,11(5):332-336.

[11] GRIFFIN I J,TANDREDI D J,BERTINO E,et al.Postnatal growth failure in very low birth weight infants born between 2005 and 2012[J].Arch Dis Child Fetal and Neonatal Ed,2016,101(1):F50-F55.

[12] MITHA A,CHEN R,RAZAZ N,et al.Neurological development in children born moderately or late preterm:national cohort study[J/OL].[2024-11-29].<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38267070/>.DOI:10.1136/bmj-2023-075630.

[13] 胡琴燕,秦雪兰,曹萍,等.喂养延续护理对营养风险早产儿生长发育的影响[J].护理学杂志,2020,35(21):101-104.

[14] 朱小川,张先红,范娟,等.早产儿出院后父母应对能力现状及影响因素分析[J].军事护理,2025,42(4):74-77.

[15] 王雪,李静,张红梅.认知负荷理论在医学教育领域中的应用进展[J].中华护理杂志,2023,58(5):752-756.

[16] 周文晶.临床护理路径在 NICU 早产儿家庭参与式护理中的应用疗效[J].中国保健营养,2020,30(3):299-301.

(本文编辑:刘于晶)