

多学科团队协作诊疗模式下延续护理在妊娠期心脏病患者产后应用中的疗效观察

齐慧 刘慧杰 王宏敏 王平凡 王志敏

聊城市第二人民医院产科, 山东聊城 252600

通信作者: 刘慧杰, Email: liuhj_1986@126.com

【摘要】 目的 分析多学科协作诊疗(MDT)模式下延续护理在妊娠期心脏病患者产后应用中的效果。**方法** 选择聊城市第二人民医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月收治的 116 例妊娠期心脏病患者作为研究对象, 将患者按护理模式分为观察组和对照组, 每组 58 例。所有患者均于本院完成分娩, 对照组产后给予常规临床干预; 观察组给予 MDT 模式下的延续护理干预, 包括组建团队、实施干预、心理护理, 首先建立管理团队并组建微信群, 成员包括 1 名产科副主任医师、1 名心内科副主任医师、1 名营养师、1 名心理治疗师、1 名产科护士长、1 名心内科护士长、3 名产科责任护士、3 名心内科责任护士; 然后分产前、产中、产后 3 个阶段分别进行护理干预; 最后在院内和随访中通过与患者沟通了解其基本情况, 给予针对性疏导, 指导其转移对负性情绪的注意力。两组均干预 6 个月。采用健康行为能力自评量表(SRAHP)评价患者的健康行为能力(包括营养状况、运动、健康责任、心理安适), 采用心房颤动患者生活质量量表(AF-QoL-18)评分评价患者的生活质量(包括生理、心理、性功能), 并观察两组患者宫颈局部微循环(包括血流灌注、毛细血管管径、微血管管径)、产后 2 h 和 24 h 出血量、产后住院时间、母婴不良结局(包括产后出血、心力衰竭、孕妇死亡、新生儿死亡)。**结果** 两组干预后各项 SRAHP 评分和 AF-QoL-18 评分及宫颈局部微循环水平均较干预前明显提高, 且干预后观察组上述指标均明显高于对照组[营养状况评分(分): 25.06 ± 2.31 比 19.72 ± 2.68 , 运动能力评分(分): 25.54 ± 1.45 比 19.14 ± 3.65 , 健康责任评分(分): 24.17 ± 2.33 比 20.54 ± 2.52 , 心理安适评分(分): 25.03 ± 1.62 比 21.34 ± 3.35 , 血流灌注(mL/min): 1.10 ± 0.18 比 0.44 ± 0.15 , 毛细血管管径(μm): 5.94 ± 0.45 比 3.41 ± 0.67 , 微血管管径(μm): 56.59 ± 2.13 比 44.12 ± 3.78 , 生理评分(分): 3.86 ± 1.13 比 3.41 ± 1.04 , 心理评分(分): 4.13 ± 0.64 比 3.67 ± 1.42 , 性功能评分(分): 4.02 ± 0.67 比 3.78 ± 0.75 , 均 $P < 0.05$]; 观察组产后 2 h 和 24 h 出血量均较对照组明显减少[产后 2 h(mL): 95.26 ± 10.53 比 142.74 ± 18.45 , 产后 24 h(mL): 183.61 ± 17.54 比 262.19 ± 38.56 , 均 $P < 0.05$], 产后住院时间较对照组明显缩短(d: 5.07 ± 1.48 比 8.12 ± 2.45 , $P < 0.05$), 母婴不良结局总发生率明显低于对照组[1.72% (1/58) 比 12.07% (7/58), $P < 0.05$]**结论** 妊娠期心脏病患者产后采用 MDT 模式下的延续护理干预在一定程度上提高健康行为能力, 改善宫颈局部微循环, 促进产后恢复, 减少母婴不良结局, 改善生活质量。

【关键词】 妊娠期; 心脏病; 产后; 多学科团队协作诊疗; 延续护理

基金项目: 山东省中医药科技发展计划项目(2019-0912)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.01.016

Observation on the effect of postpartum application of extended care in patients with heart disease during pregnancy under the mode of multi-disciplinary team collaboration

Qi Hui, Liu Huijie, Wang Hongmin, Wang Pingfan, Wang Zhimin

Department of Obstetrics, the Second People's Hospital of Liaocheng, Liaocheng 252600, Shandong, China

Corresponding author: Liu Huijie, Email: liuhj_1986@126.com

【Abstract】 Objective To analyze the effect of extended care in patients with gestational heart disease under the mode of multi-disciplinary team (MDT). **Methods** A total of 116 patients with gestational heart disease admitted to Liaocheng Second People's Hospital from June 2020 to June 2022 were selected as the study objects, and the patients were divided into observation group and control group according to nursing method, with 58 patients in each group. All the patients delivered in our hospital, and the control group received routine clinical intervention after delivery. The observation group was given continuous nursing intervention under MDT mode, including team building, intervention implementation and psychological nursing. First, a management team was established and a WeChat group was formed. The team members include 1 deputy chief physician of obstetrics, 1 deputy chief physician of cardiology, 1 dietitian, 1 psychotherapist, 1 head nurse of obstetrics, 1 head nurse of cardiology, 3 responsible nurses of obstetrics and 3 responsible nurses of cardiology. Then the nursing intervention was divided into 3 stages: prenatal, postpartum, and postpartum. Finally, in the hospital and during the follow-up, we communicated with the patients to understand their basic situation, provided targeted guidance, and directed them to shift their attention from negative emotions. Both groups were treated for 6 months. The self-rated abilities for health practices scale (SRAHP) was used to evaluate the patient's health behavior ability (including nutrition status, exercise, health responsibility, and psychological well-being), and atrial fibrillation-quality of life-18 (AF-QoL-18) was used to evaluate the patient's quality of life (including

physiological, psychological, and sexual function). Cervical local microcirculation (including blood perfusion, capillary tube diameter, microvascular tube diameter), postpartum blood loss at 2 hours and 24 hours, postpartum hospital stay, maternal and infant adverse outcomes (including postpartum hemorrhage, heart failure, maternal death, neonatal death) of the two groups were observed. **Results** After intervention, all SRAHP scores, AF-QoL-18 scores and cervical local microcirculation levels in both groups were significantly improved compared to before intervention, and the above indexes in the observation group were significantly higher than those in the control group after intervention [nutrition score: 25.06 ± 2.31 vs. 19.72 ± 2.68 , exercise score: 25.54 ± 1.45 vs. 19.14 ± 3.65 , health responsibility score: 24.17 ± 2.33 vs. 20.54 ± 2.52 , psychological well-being score: 25.03 ± 1.62 vs. 21.34 ± 3.35 , blood perfusion (mL/min): 1.10 ± 0.18 vs. 0.44 ± 0.15 , capillary tube diameter (μm): 5.94 ± 0.45 vs. 3.41 ± 0.67 , microvascular tube diameter (μm): 56.59 ± 2.13 vs. 44.12 ± 3.78 , physiological score: 3.86 ± 1.13 vs. 3.41 ± 1.04 , psychological score: 4.13 ± 0.64 vs. 3.67 ± 1.42 , sexual function score: 4.02 ± 0.67 vs. 3.78 ± 0.75 , all $P < 0.05$]. The amount of postpartum blood loss at 2 hours and 24 hours in the observation group was reduced compared to the control group [2 hours postnatal (mL): 95.26 ± 10.53 vs. 142.74 ± 18.45 , 24 hours postnatal (mL): 183.61 ± 17.54 vs. 262.19 ± 38.56 , both $P < 0.05$], and the postpartum hospital stay was shorter than the control group (days: 5.07 ± 1.48 vs. 8.12 ± 2.45 , $P < 0.05$), the total incidence of adverse outcomes was lower than that of the control group [1.72% (1/58) vs. 12.07% (7/58), $P < 0.05$]. **Conclusion** The continuous nursing intervention under the mode of MDT cooperation can enhance the ability of healthy behavior, improve cervical local microcirculation, promote postpartum recovery, reduce adverse outcomes of maternal and infant, and improve the quality of life of pregnant heart disease patients to a certain extent.

【Key words】 Pregnancy period; Heart disease; After delivery; Multi-disciplinary team; Extended care

Fund program: Traditional Chinese Medicine Science and Technology Development Program of Shandong Province (2019-0912)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.01.016

妊娠合并心脏病在临床较为常见,也是我国孕产妇死亡的常见原因,对孕产妇及围产儿的生命质量有严重影响,且会增加早产、流产、胎儿窘迫、围产儿死亡等的发生率;其次妊娠合并心脏病会加重心脏负担而诱发心力衰竭,造成不良妊娠结局^[1-2]。近年来,随着医疗护理技术的不断发展和医疗保健水平的提升,越来越多的心脏病或心脏病术后女性获得了妊娠和分娩机会,但如何通过有效护理干预促使母亲安全度过孕产期,降低母婴危险系数和围产期病死率仍是临床研究的重点^[3-4]。多学科协作诊疗(multi-disciplinary team, MDT)为一种综合照护模式,是由 2 个及以上不同专业人员组成的工作小组,可针对患者自身情况给予针对性诊断和治疗方案,该模式中不同专业成员能较好地掌握患者的具体情况,通过多方面协调优化管理流程,并延伸至出院后,对各类不良反应和并发症的发生发展有一定作用^[5-6]。因此,本研究分析 MDT 模式下的延续护理在妊娠期心脏病患者产后应用中的效果,以期能为今后临床干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选择 2020 年 6 月至 2022 年 6 月本院收治的 116 例妊娠期心脏病患者作为研究对象。

1.1.1 纳入标准:① 临床确诊为妊娠期心脏病者;② 年龄 ≥ 18 岁者;③ 有正常沟通、理解、认知能力者;④ 无头盆不称者;⑤ 知情并同意本研究者。

1.1.2 排除标准:① 有其他妊娠期合并症者;② 合并恶性肿瘤者;③ 合并传染病者;④ 既往有胸腹部手术史者;⑤ 合并免疫系统、血液疾病者;⑥ 急产者。

1.1.3 剔除标准:① 分娩过程中有头盆不称者;② 分娩过程中出现产褥期疾病者;③ 出院后联系中断者。

1.1.4 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经本院伦理委员会批准(审批号:2022-18),对患者采取的治疗和检测均获得患者或家属知情同意。

1.2 研究分组及一般资料:将患者按护理模式分为观察组和对照组,每组 58 例。两组患者年龄、初产妇、经产妇以及先天性心脏病、风湿性心脏病、围产期心脏病、扩张性心脏病、高血压性心脏病等基础疾病患者比例比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$;表 1),说明两组资料均衡,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组:患者入院确诊后接受心脏病对症治疗,对各项体征和病情进行密切监测,产前定期监测

表 1 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者一般资料的比较

组别	例数 (例)	年龄(岁)		初产妇 〔例(%)〕	经产妇 〔例(%)〕	先天性心脏病 〔例(%)〕	风湿性心脏病 〔例(%)〕	围产期心脏病 〔例(%)〕	扩张性心脏病 〔例(%)〕	高血压性心脏病 〔例(%)〕
		范围	$\bar{x} \pm s$							
对照组	58	2~36	25.78 ± 3.45	31(53.4)	27(46.6)	3(5.2)	28(48.3)	13(22.4)	7(12.1)	7(12.1)
观察组	58	23~38	26.03 ± 4.02	34(58.6)	24(41.4)	3(5.2)	31(53.4)	12(20.7)	8(13.8)	6(10.3)

腹围和宫高,掌握胎儿生长情况,监护产妇体质量、心肺功能和血压变化,指导产妇提高自我监护能力,指导产妇多进食低脂肪、高蛋白食物,注意休息,环境安静,多采用左侧半卧位或半卧位体位休息。若出现静息心率超过 110 次/min 或呼吸频率超过 20 次/min,咳嗽或口吐粉红色泡沫痰等早期心力衰竭(心衰)症状,则立即报告医生给予对症治疗。出院后 1、3 和 6 个月对产妇开展 1 次电话随访,了解产后恢复情况,纠正不良行为,并强化对相关健康知识的记忆。

1.3.2 观察组:① 组建团队:建立管理团队并组建微信群,成员包括 1 名产科副主任医师、1 名心内科副主任医师、1 名营养师、1 名心理治疗师、1 名产科护士长、1 名心内科护士长、3 名产科责任护士、3 名心内科责任护士。其中 2 名护士长各自负责科室成员的沟通、工作协调和监督工作;6 名护士负责患者的个案管理,充分了解患者信息,并记录上报给团队,制定针对性管理方案和随访计划;2 名主治医师协调护士制定针对性随访计划,指导患者出院后管理和常见不良反应或并发症的防治工作;1 名营养师依据患者的营养需求制定针对性营养套餐;1 名心理治疗师负责指导患者缓解负性情绪。② 实施干预:产前应密切监测患者生命体征,观察产妇是否存在紫绀、心衰等现象,若出现异常则及时向其主治医师汇报并做好产前准备,如准备充足血液、抢救药品、建立静脉通路等。指导日常饮食减少高脂、高盐摄入,以清淡为宜,确保充足营养,计划顺产的孕妇注意增加蛋白质摄入,剖宫产妇女产前禁食禁饮,避免过饱摄入,预防便秘。生产时产科医师、麻醉医师密切配合,对患者进行体位指导,密切监测各项生命体征并做好术中汇报,对心电指数和血氧饱和度进行专业监护,预防失血造成心衰。产后 72 h 内密切监测患者的心功能情况,告知其注意事项,给予抗菌药物预防肺部感染。责任护士密切监测患者生命体征、子宫缩复、阴道流血量等情况,识别早期心衰症状,如胸闷、心率加快、呼吸急促等,鼓励患者尽早下床活动。出院后 3 d、7 d 由责任护士展开电话随访,了解患者的身体状况、遵医行为,必要时给予专业指导。建立微信服务平台,患者可通过微信平台、图片、视频形式推送产后饮食、运动、保健相关知识,同时微信群内患者也可通过文字、语音、视频、图片等方式进行线上咨询。出院后 1 个月责任护士提醒患者来院复诊,门诊复诊时检查患者的

恢复情况,评估反馈成效,并在出院后 3 个月和 6 个月时分别进行 1 次电话随访。③ 心理护理:院内和随访中都可通过与患者沟通了解其基本情况,包括工作、生活、学历、心态等,寻找其产生负性情绪的原因,给予针对性疏导,指导其通过看书、看电视、绘画、下棋等方式转移对负性情绪的注意力。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 健康行为能力评估:采用健康行为能力自评量表(self-rated abilities for health practices scale, SRAHP)^[7]评估患者的健康行为能力,量表共包括营养状况、运动、健康责任、心理安适 4 个维度,28 个条目,总分为 0~112 分,评分越高提示患者的健康行为能力越强。

1.4.2 宫颈局部微循环:使用微循环观察仪检测患者宫颈血管灌注、毛细血管管径、微血管管径水平。

1.4.3 产后情况:比较两组产后 2 h 和 24 h 出血量以及产后住院时间的差异。

1.4.4 母婴不良结局:比较两组产后出血、心衰、孕妇死亡、新生儿病死率的差异。其中产后出血定义为阴道分娩出血量 ≥ 500 mL,剖宫产出血量 $\geq 1\,000$ mL。

1.4.5 生活质量评估:采用心房颤动患者生活质量量表(atrial fibrillation-quality of life-18, AF-QoL-18)^[8]评估患者的生活质量,共包括生理、心理、性功能 3 个维度,17 个条目,均采用 Likert 5 级评分,评分越高提示患者生活质量越高。

1.5 统计学方法:使用 SPSS 22.0 统计软件分析数据,符合正态分布的计量以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组健康行为能力评分比较(表 2):两组干预后营养状况、运动能力、健康责任、心理安适等各项 SRAHP 评分均较干预前明显提高,且观察组干预后上述评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。

2.2 两组宫颈局部微循环水平比较(表 3):两组干预后宫颈血管灌注、毛细血管管径、微血管管径等宫颈局部微循环水平均较干预前明显提高,且观察组干预后上述指标水平均明显高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。

2.3 两组产后情况比较(表 4):观察组产后 2 h 和 24 h 出血量均较对照组明显减少,产后住院时间较对照组明显缩短,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者 SRAHP 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	营养状况评分(分)		运动能力评分(分)		健康责任评分(分)		心理安适评分(分)		总分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	58	12.05 ± 3.38	19.72 ± 2.68 ^a	15.81 ± 2.96	19.14 ± 3.65 ^a	12.75 ± 3.84	20.54 ± 2.52 ^a	10.54 ± 2.56	21.34 ± 3.35 ^a	48.20 ± 12.48	81.15 ± 6.78 ^a
观察组	58	13.25 ± 2.95	25.06 ± 2.31 ^a	11.68 ± 3.05	25.54 ± 1.45 ^a	11.41 ± 3.41	24.17 ± 2.33 ^a	11.05 ± 2.35	25.03 ± 1.62 ^a	47.34 ± 13.56	99.78 ± 5.96 ^a
<i>t</i> 值		1.917	2.059	1.376	2.678	1.619	2.511	1.663	2.917	1.847	2.561
<i>P</i> 值		0.066	0.043	0.410	0.009	0.071	0.020	0.095	0.003	0.074	0.013

注:与本组干预前比较,^a*P* < 0.05表 3 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者宫颈局部微循环水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	血流灌注 (mL/min)		毛细血管管径 (μm)		微血管管径 (μm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	58	1.35 ± 0.31	0.44 ± 0.15 ^a	7.13 ± 0.85	3.41 ± 0.67 ^a	68.10 ± 5.42	44.12 ± 3.78 ^a
观察组	58	1.33 ± 0.29	1.10 ± 0.18 ^a	7.20 ± 0.83	5.94 ± 0.45 ^a	67.32 ± 5.48	56.59 ± 2.13 ^a
<i>t</i> 值		1.617	2.559	1.947	2.412	1.663	2.573
<i>P</i> 值		0.180	0.014	0.056	0.030	0.096	0.011

注:与本组干预前比较,^a*P* < 0.05表 4 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者产后情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	出血量 (mL)		产后住院 时间 (d)
		产后 2 h	产后 24 h	
对照组	58	142.74 ± 18.45	262.19 ± 38.56	8.12 ± 2.45
观察组	58	95.26 ± 10.53	183.61 ± 17.54	5.07 ± 1.48
<i>t</i> 值		2.481	2.352	2.767
<i>P</i> 值		0.026	0.034	0.008

2.4 两组母婴不良结局比较(表 5): 观察组母婴不良结局总发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。

表 5 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者母婴不良结局比较

组别	例数 (例)	产后出血 [例(%)]	心衰 [例(%)]	孕妇死亡 [例(%)]	新生儿死亡 [例(%)]	总发生率 [% (例)]
对照组	58	3 (5.17)	1 (1.72)	1 (1.72)	2 (3.45)	12.07 (7)
观察组	58	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.72)	1.72 (1)
χ^2 值		3.080	1.008	1.008	0.342	7.037
<i>P</i> 值		>0.050	>0.050	>0.050	>0.050	0.020

2.5 两组生活质量评分比较(表 6): 两组干预后生理、心理、性功能等各项 AF-QoL-18 评分均较干预前明显提高, 且干预后观察组上述评分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 *P* < 0.05)。

表 6 不同护理方案两组妊娠期心脏病患者 AF-QoL-18 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	生理评分(分)		心理评分(分)		性功能评分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	58	1.36 ± 0.21	3.41 ± 1.04 ^a	2.04 ± 0.39	3.67 ± 1.42 ^a	0.96 ± 0.13	3.78 ± 0.75 ^a
观察组	58	1.39 ± 0.28	3.86 ± 1.13 ^a	2.09 ± 0.42	4.13 ± 0.64 ^a	1.01 ± 0.23	4.02 ± 0.67 ^a
<i>t</i> 值		1.926	1.996	1.259	2.317	1.941	2.801
<i>P</i> 值		0.063	0.047	0.501	0.035	0.058	0.006

注:与本组干预前比较,^a*P* < 0.05

3 讨论

妊娠合并心脏病会导致肺动脉高压使孕妇母婴结局变差, 需要在妊娠期间密切监测患者生命体征变化, 严重者甚至需要终止妊娠, 以改善母婴结局^[9]。尤其是妊娠晚期孕妇的子宫逐渐增大, 会导致膈肌上抬, 心脏向左上方移动, 进而造成心脏大血管扭曲, 增加心脏负荷量, 极易诱发心衰^[10]。目前临床上对于妊娠合并心脏病患者以监测生命体征、指导相关专项检查、稳定心肺系统功能、提高身体体能、预防心衰为关键^[11]。既往也有学者指出, 重视妊娠合并心脏病患者的护理工作是优化母婴结局的关键, 对改善产妇和新生儿生存质量有重要意义^[12]。MDT 是指多个科室针对同一疾病, 依托多学科团队通过讨论, 制定出最合理治疗方案, 有很高的临床价值^[13], 因此本研究分析了 MDT 模式下延续护理在妊娠期心脏病患者产后的应用效果, 以期能为今后临床干预提供参考。

传统临床上对于妊娠合并心脏病患者的管理仅有产科专科护士和医师, 部分医院也会申请心内科会诊, 但仍缺乏对患者心理、饮食、运动等方面的指导和干预, 进而影响干预效果^[14]。本研究结果显示, 与对照组比较, 干预后观察组各项 SRAHP 量表评

分、宫颈血管灌注、毛细血管管径、微血管管径水平均明显升高,产后 2 h 和 24 h 出血量、产后住院时间均降低,差异有统计学意义。上述结果提示,观察组患者产后采用 MDT 模式下的延续护理干预能在一定程度上提高健康行为能力,改善宫颈局部微循环,促进产后恢复。分析具体原因,MDT 模式下的延续护理能有效提高妊娠合并心脏病患者的健康行为能力和生活质量,通过线上、线下相结合的方式解决患者的各种疑问,向患者介绍出现各类不良反应和并发症的原因,有助于改善患者健康管理态度和行为,进而减轻焦虑情绪。也有研究显示,组内心理医师也能为患者提供适当的心理疏导,及时了解患者的负性情绪并给予安抚,进一步减轻心理压力,提高了患者的适应能力^[14-15]。组内营养师也会及时给予患者相应的健康知识指导,督促患者自觉遵守医嘱、控制饮食、改变不良生活习惯,进而促进产后快速康复,降低了心血管事件发生率,同时依据患者自身情况给予运动指导,能改善患者机体血液循环,控制血压水平,促进患者产后宫颈局部微循环恢复,进而促进产后恢复^[16-19]。同时本研究还表明,观察组母婴不良结局总发生率明显低于对照组,各项 AF-QoL-18 量表评分均较对照组升高,差异有统计学意义。基于 MDT 的延续护理能在患者出院后也给予专业、全面帮助,对缓解患者产后身体不适感,提高心理适应能力,预防和减少心衰的发生,改善生活质量有重要意义^[20]。

综上所述,妊娠期心脏病患者产后采用 MDT 模式下的延续护理干预能在一定程度上提高健康行为能力,改善宫颈局部微循环,促进产后恢复,减少母婴不良结局,改善生活质量。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Tsao CW, Aday AW, Almarazgoq ZI, et al. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association [J]. *Circulation*, 2022, 145 (8): e153–e639. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001052.
- [2] 龚静,张昕,乔玲玲,等.不同类型先天性心脏病术后妊娠与母儿结局相关性分析[J]. *中国医药*, 2022, 17 (12): 1837–1841. DOI: 10.3760/j.issn.1673-4777.2022.12.017.
- [3] Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al. Heart disease and stroke statistics—2021 update: a report from the American Heart Association [J]. *Circulation*, 2021, 143 (8): e254–e743. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000950.
- [4] 胡思宇,金镇.妊娠合并先天性心脏病伴肺动脉高压孕妇的母婴结局[J]. *中国医科大学学报*, 2022, 51 (7): 643–647. DOI: 10.12007/j.issn.0258-4646.2022.07.013.
- [5] 曾骏恺,贾馨竹,高伊星.多学科团队模式在肿瘤患者中的应用研究[J]. *重庆医学*, 2022, 51 (17): 2918–2921. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2022.17.009.
- [6] 毛一晴,康定鼎,张博文,等.国内外多学科团队诊疗模式研究进展[J]. *中国医院*, 2022, 26 (3): 18–21. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2022.3.05.
- [7] 胡蕴缙,周兰姝.中文版健康行为能力自评量表的信效度研究[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47 (3): 261–262. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2012.03.026.
- [8] 张诚霖,杨小芳,卢冰清,等.心房颤动患者生命质量量表的汉化及信效度检验[J]. *中国实用护理杂志*, 2017, 33 (19): 1441–1445. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2017.19.001.
- [9] 姚爱林,曲冬颖.不同心脏病妊娠风险分级对母婴结局影响[J]. *创伤与急危重病医学*, 2022, 10 (1): 55–57, 64. DOI: 10.16048/j.issn.2095-5561.2022.01.14.
- [10] Nallapati C, Park K. Ischemic heart disease in pregnancy [J]. *Cardiol Clin*, 2021, 39 (1): 91–108. DOI: 10.1016/j.ccl.2020.09.006.
- [11] 徐长明,王雪强.妊娠合并心脏病病人围生期心脏康复研究进展[J]. *护理研究*, 2021, 35 (15): 2729–2733. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2021.15.020.
- [12] Parsonage WA, Zentner D, Lust K, et al. Heart disease and pregnancy: the need for a twenty-first century approach to care [J]. *Heart Lung Circ*, 2021, 30 (1): 45–51. DOI: 10.1016/j.hlc.2020.06.021.
- [13] 刘媛怡,董奇,付建宇,等.多学科协作诊疗模式在急性消化道大出血治疗中应用的临床价值[J]. *中国中西医结合急救杂志* 2023, 30 (2): 196–198. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.02.014.
- [14] 王妮,田红艳.妊娠期心脏病患者围产期心衰的治疗方法、分娩方式调查分析[J]. *贵州医药*, 2022, 46 (10): 1614–1615. DOI: 10.3969/j.issn.1000-744X.2022.10.058.
- [15] 屠冬英,杨丽红,王玲,等.多学科团队协作模式下的延续护理对急性胰腺炎病人健康行为能力和生活质量的影响[J]. *护理研究*, 2022, 36 (2): 317–321. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2022.02.025.
- [16] 褚彦香,熊欢,邓妍,等.多学科团队协作对乳腺癌患者深静脉血栓防治的效果[J]. *护理学杂志*, 2022, 37 (5): 27–30. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.05.027.
- [17] 方圆,陈楠,葛春丽,等.多学科药师团队对普外科复杂消化道手术患者分级药学监护的效果评价[J]. *医药导报*, 2022, 41 (10): 1460–1463. DOI: 10.3870/j.issn.1004-0781.2022.10.012.
- [18] 常海燕,王丽媛,王俊巧,等.多学科糖尿病照护团队联合延续护理在 DME 患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2022, 28 (15): 36–38. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2022.15.011.
- [19] 朱好,叶旭萍,吴冬玲,等.多学科团队诊疗模式综合管理凶险性前置胎盘的探讨[J]. *复旦学报(医学版)*, 2021, 48 (2): 195–201. DOI: 10.3969/j.issn.1672-8467.2021.02.008.
- [20] 钱雅君,郝迎迎,刘洋,等.体外膜肺氧合在危重症孕产妇抢救中的应用[J]. *中华危重病急救医学*, 2021, 33 (5): 605–608. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20201231-00784.

(收稿日期: 2023-11-07)

(责任编辑: 邸美仙)

关于杜绝和抵制第三方机构代写代投稿件的通知

近期中华医学会杂志社学术期刊出版平台在后台监测到部分用户使用虚假的手机号和 Email 地址注册账号,这些账号的投稿 IP 地址与作者所在单位所属行政区域严重偏离,涉嫌第三方机构代写代投。此类行为属于严重的学术不端,我们已将排查到的稿件信息通报各编辑部,杂志社新媒体部也将对此类账号做封禁处理,相关稿件一律做退稿处理。

为弘扬科学精神,加强科学道德和学风建设,抵制学术不端行为,端正学风,维护风清气正的良好学术生态环境,请广大读者和作者务必提高认识,规范行为,以免给作者的学术诚信、职业发展和所在单位的声誉带来不良影响。

中华医学会杂志社