

研究全程护理干预模式应用于小儿哮喘雾化治疗中的价值研究

张丽,司永珠,王秀萍(通讯作者)

(宁夏回族自治区人民医院,宁夏 银川 750002)

【摘要】目的:探究全程护理干预模式应用于小儿哮喘雾化治疗中的临床价值。方法:选取2020年10月~2021年10月医院收治的60例进行雾化治疗的小儿哮喘患者为研究对象,将其随机分为观察组和对照组,各30例。观察组采用全程护理干预模式,对照组采用常规护理,对比两组治疗依从性、护理满意度、症状消失时间、炎性细胞因子水平和临床症状评分。结果:观察组治疗依从性和护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组症状消失时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,观察组炎性细胞因子水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,观察组临床症状评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:全程护理干预模式应用于小儿哮喘雾化治疗中的临床价值十分显著。

【关键词】全程护理干预模式;小儿哮喘;雾化治疗

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)29-0013-03

小儿哮喘是一种难治性较高,且会反复发作的疾病,与患者的体质和年龄密切相关,这就需要护理人员对其进行更加全面的整体护理,增强疗效,改善预后。赵倩研究认为^[1],对哮喘患者给予雾化吸入治疗,可以缓解症状,提高肺泡的通气换气能力,增强疗效,减少不良反应出现。然而由于患儿的年龄较小,配合度较差,所以还需要为患儿提供系统、全面的护理干预^[2]。因此,本文旨在探究全程护理干预模式应用于小儿哮喘雾化治疗中的临床价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2020年10月~2021年10月我院收治的60例进行雾化治疗的小儿哮喘患者为研究对象,将其随机分为观察组和对照组,各30例。观察组男17例,女13例;平均年龄(4.64 ± 1.12)岁。对照组男19例,女11例;平均年龄(4.17 ± 1.51)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:所有患儿均为第一次进行雾化治疗,且属于急性发作,主要出现三凹征、面色苍白、出汗、气促等症状。(2)排除标准:有药物过敏史者;心力衰竭或呼吸衰竭合并发生者;结核感染患儿。

1.2 方法:对照组给予常规护理。观察组在常规护理的基础上给予全程护理干预模式,(1)雾化吸入护

理:每次喂养患儿后需要为其清洁口腔,并保持口腔清洁状态,积极预防发生口腔炎症。每次雾化前对患儿的呼吸道和口腔分泌物进行清理,保证患儿呼吸通畅。调节病室温湿度适宜,保证患儿居住期间的舒适程度。雾化时需要选择坐位或抱立位,保证可以顺利完成雾化治疗。哭闹等不配合的,导致雾化治疗难以顺利完成,可以在治疗全程为患儿播放动漫,吸引患儿注意力,保证患儿安静接受治疗。如选择氧气吸入治疗时,需要对吸氧速率进行控制,保持在 $6 \sim 8$ L/min。如为面罩吸氧时,对于哭闹不止的患儿,可以在入睡后进行雾化治疗。雾化期间护理人员及家属床旁监护患儿反应,一旦发现患儿出现呼吸困难、面部青紫等表现时,需要立即停止雾化,及时吸痰,恢复呼吸道通畅状态。为患儿家属普及疾病及雾化相关知识,纠正家属对疾病的错误认识,保证家属能协助护理人员一起诱哄患儿配合完成治疗。(2)心理护理:在对患儿进行雾化治疗期间,家属因为过分担心患儿病情,极易出现紧张焦虑等负面情绪,护士主动自我介绍,态度温和,语气温柔的进行沟通交流,使其理解治疗的目的,赢得家属的信任,建立起良好的护患关系,从而可以顺利完成治疗。对于恐惧雾化的患儿,可以在治疗前多鼓励表扬患儿,安抚患儿不良情绪。在治疗期间与家属

一起解释并演示治疗过程,减少患儿陌生感,从而保证治疗效果。(3)健康教育:为家属讲解疾病的病因,进展过程和治疗措施,提升家属在日常生活中对疾病预防相关措施的重视程度,养成良好的生活习惯,每天定期开窗通风,保持室内空气清新。嘱家属监督患儿按时服药,注意尽可能避免带患儿到人群密集处去,尽量不去公共场所,换季时注意及时增减衣物,避免受热或受凉。(4)饮食护理:选择清淡易消化的食物,多食富含蛋白质、维生素的流质或半流质食物,禁止食用油腻刺激性的食物。多喝水、多排尿。年龄较小的小儿则需要及时母乳喂养。(5)注意事项:雾化时需要从小剂量开始用药,待患儿气道适应后再逐渐加大雾化量,直至患儿完全吸收全部药液。因大剂量雾化极易导致患儿因为喉痉挛出现呛咳、憋气等不良症状;每次雾化的时间不要超过15 min,雾化时间间隔在4 h。雾化的最佳时间在饭前或喂奶后1 h。此时患儿不会因为哭闹导致呕吐,加重病情,有助于排痰。雾化治疗期间密切观察雾化器出雾情况,如雾量较小或不出雾,需要及时检查雾化装置有无堵塞或损坏,及时更换,以免影响治疗效果。做好雾化器的消毒工作,专人专用,以免交叉感染。雾化前后做好手卫生。

1.3 观察指标:(1)治疗依从性:分为完全依从:患者主动且完全按照医嘱治疗;部分依从:患者遵医嘱治疗,但主动性不强;不依从:存在明显的抗拒治疗情况。总依从性 = (完全依从例数 + 部分依从例数) / 组例数 × 100%。(2)护理满意度:0 ~ 100分为评分标准,护理满意度分为不满意(低于60分)、满意(在60 ~ 85分之间)和非常满意(大于85分)3个等级。总满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 组例数 × 100%。(3)症状消失时间。(4)各血清炎性细胞因子。(5)采用李克特评分表对临床症状进行评分,主要症状包括咳嗽、发热、喘鸣、呼吸困难,1 ~ 5分为分值范围,症状非常严重时为1分,没有症状时为5分,临床症状和分值呈反比。

表4 两组炎性细胞因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	白细胞介素-6(pg/ml)		肿瘤坏死因子(ng/L)		C反应蛋白(mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	76.54 ± 2.52	51.66 ± 3.41	121.35 ± 5.39	96.32 ± 2.55	5.32 ± 1.35	3.42 ± 0.21
对照组	30	76.35 ± 2.39	63.71 ± 2.15	120.63 ± 5.43	112.63 ± 3.44	5.69 ± 1.64	4.45 ± 0.51
<i>t</i>		3.521	12.015	4.584	10.125	3.241	14.001
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

1.4 统计学方法:采用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用*t*检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗依从性比较:观察组治疗依从性高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组治疗依从性比较

组别	例数	完全依从 (例)	部分依从 (例)	不依从 (例)	总依从性 (%)
观察组	30	18	9	3	90.0
对照组	30	13	8	9	70.0
χ^2					13.965
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组护理满意度比较:观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组护理满意度比较

组别	例数	非常满意 (例)	满意 (例)	不满意 (例)	总满意度 (%)
观察组	30	11	17	2	93.3
对照组	30	9	13	8	73.3
χ^2					12.054
<i>P</i>					<0.05

2.3 两组症状消失时间比较:观察组症状消失时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组症状消失时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	咳嗽	发热	喘鸣	呼吸困难
观察组	30	2.01 ± 0.11	2.25 ± 0.30	3.21 ± 0.27	0.92 ± 0.14
对照组	30	3.59 ± 0.29	3.05 ± 0.31	5.33 ± 0.39	1.26 ± 0.18
<i>t</i>		12.302	10.145	10.022	15.584
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组炎性细胞因子水平比较:干预后,观察组炎性细胞因子水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

2.5 两组临床症状评分比较:干预后,观察组临床症状评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表5。

表5 两组临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	咳嗽		呼吸困难		喘鸣		发热	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	1.41 ± 0.52	4.25 ± 0.11	1.36 ± 0.32	4.54 ± 0.51	1.15 ± 0.49	4.22 ± 0.26	1.41 ± 0.33	4.26 ± 0.12
对照组	30	1.40 ± 0.50	3.16 ± 0.18	1.30 ± 0.29	3.06 ± 0.11	1.26 ± 0.62	3.01 ± 0.18	1.47 ± 0.45	3.78 ± 0.22
<i>t</i>		5.628	10.669	3.141	15.624	6.352	10.541	1.524	16.521
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

哮喘是现在临床发病患者较多的一种疾病,主要是因为淋巴细胞,肥大细胞等参与引起的气道炎症,比较容易好发于小儿患者;据报道^[3],最近几年来,二胎政策放开,该病的发病率已经达到2.0%,严重影响小儿的生长发育。小儿哮喘主要的表现有胸闷、呼吸困难、咳嗽、喘息等,要及时采取对症治疗,以免病情恶化,严重的甚至是会引起心衰,影响生命安全。该病治疗起来相对比较困难,且病情会反复发作,难以根治,使得患者治疗的时间增加,降低生活质量,影响预后康复^[4]。目前临床上对小儿哮喘的病机还不是很明确,引起小儿哮喘的原因较多,例如吸入了致敏原、不良的生活方式、情绪不佳、感冒等,其中最主要的是气道高反应性。小儿哮喘患者机体没有发育完全,免疫力较低,治疗后会反复发作,加上患者年龄较小、配合度较低、依从性差,使得疗效受到影响。因此在治疗的同时需要采取措施进行护理干预,提高依从性,减少复发情况出现。

小儿哮喘的护理过程漫长复杂,且病程持续时间较长,容易反复发作,护理的时候要注意根据不同患儿的情况,对症处理,选择合适的护理方案,满足护理需求,提高疗效。同时加强护理干预,提前预防,提高生活质量和预后^[5]。全程护理干预模式主要对患儿实施吸入治疗护理、心理护理等,按照患儿年龄阶段的不同,能够对其实施针对性的护理干预,有利于减轻患儿的不良情绪,使其治疗依从性不断提高,保证治疗效果^[6]。教会其进行呼吸运动,日常饮食要注意减少摄入产气的饮食,不能吃辛辣油腻食物。为患儿的恢复提供一个安静舒适的环境,尽量避免接触过敏原。注意和患儿以及家属交流的时候,态度温和亲切,有感染力,取得家属的信任和配合^[7]。如有咳嗽、鼻塞、打喷嚏等症状出现,家属要引起注意,及时到医院就诊。护理人员遵医嘱给予药物雾化吸入,监测生命体征,以免出现休克、紫绀,

注意呼吸道通畅。本研究通过探究全程护理干预模式应用于小儿哮喘雾化治疗中的临床价值,结果显示,观察组治疗依从性和护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组症状消失时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,观察组炎症细胞因子水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,观察组临床症状评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,于小儿哮喘雾化治疗中运用全程护理干预模式,能够提高治疗依从性和护理满意度,缩短症状消失时间,减轻机体的炎症反应和临床症状得到明显改善。

【参考文献】

- [1] 赵倩. 全程护理干预在小儿哮喘雾化吸入治疗中的护理效果及对肺功能的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(1): 111 - 114.
- [2] 唐斌娟. 全程护理干预模式在小儿哮喘雾化治疗护理中应用及对家长满意度影响分析[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(2): 64 - 65, 71.
- [3] Andolino Chaylen J., Teegarden Dorothy. Increased Fatty Acid Synthesis and Catabolism Supports Metastatic Breast Cancer Cell Migration[J]. The FASEB Journal, 2022, 36.
- [4] 魏锦文, 王洁翡, 于凤琴. 全程护理干预在小儿哮喘雾化吸入治疗中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(1): 153 - 154.
- [5] Gumusay Ozge, Huppert Laura A., Behr Spencer C., Rugo Hope S.. The role of percutaneous vertebral augmentation in patients with metastatic breast cancer: Literature review including report of two cases[J]. The Breast, 2022, 63.
- [6] 寇艳, 马科, 王春芬. 全程护理干预在支气管哮喘儿童雾化吸入治疗中的应用分析[J]. 贵州医药, 2019, 43(7): 1166 - 1167.
- [7] 方静静, 董百灵, 高香花. 优质护理对支气管哮喘患儿雾化吸入治疗依从性及哮喘控制情况的影响[J]. 中国民康医学, 2019, 31(3): 131 - 133.