

# 早期护理干预对小儿肺炎的疗效分析

郭 慧(四川省内江市东兴区第二人民医院 641000)

**【摘要】** 目的 探讨早期护理干预对小儿肺炎的疗效。方法 以该院 2009 年 1 月至 2010 年 12 月儿科收治的 42 例肺炎患者为试验组,以 2007 年 1 月至 2008 年 12 月收治的 41 例肺炎患者为对照组,对照组给予传统护理;试验组早期给予系统而针对性的护理干预,比较两组临床疗效。结果 通过护理干预,7 d 后的试验组胸片 X 线片改善情况明显优于对照组,肺部阴影消失率高于对照组;3 d 后的试验组临床症状改善情况明显优于对照组,症状消失率高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 早期系统化的护理干预能有效促进小儿肺炎的康复。

**【关键词】** 护理干预; 小儿肺炎; 疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.015 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)05-0543-02

**Analysis of curative effect of the early nursing intervention for children with pneumonia** GUO Hui (The Second People's Hospital of Dongxing District, Neijiang, Sichuan 641000, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore curative effect of the early nursing intervention for the children with pneumonia. **Methods** 42 children with pneumonia from January 2009 to December 2010 were test group. 41 children with pneumonia from January 2007 to December 2008 were control group. The control group received the conventional nursing care. The test group received early systematic and targeted nursing intervention. Clinical effects were compared in two groups. **Results** After nursing intervention, the improvement of X photo in chest in test group was significantly better than control group after 7 days ( $P < 0.05$ ). The disappeared rate of lung shadow in the test group was higher than control group ( $P < 0.05$ ). The improvement of clinical symptoms in test group was significantly better than control group after 3 days ( $P < 0.05$ ). The disappeared rate of symptoms in the test group was significantly higher than control group after 3 days ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Early systematic nursing intervention can promote the rehabilitation for pneumonia children.

**【Key words】** nursing intervention; the children with pneumonia; effect

小儿支气管肺炎多发于 3 岁以内儿童,由于小儿中枢神经系统发育不完善,机体免疫功能不健全,其肺炎的发病率相对较高,容易发展为重症肺炎,严重威胁儿童的健康,发病率和病死率较高。据统计,中国小儿支气管肺炎占儿科住院患者的 24.5%~65.2%<sup>[1]</sup>。因此,系统而高效的护理干预对肺炎患儿的康复有着极其重要的作用。对本院 42 例小儿肺炎给予系统而有针对性的护理干预措施,取得良好的临床效果,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以本院 2009 年 1 月至 2010 年 12 月儿科收治的 42 例肺炎患者为试验组,其中男 23 例,女 19 例;年龄 4~24 月,平均(13.24±6.78)月;以 2007 年 1 月至 2008 年 12 月收治的 41 例肺炎患者为对照组,其中男 21 例,女 20 例;年龄 6~24 月,平均(15.36±7.24)月。所有患儿均符合 WHO 小儿重症肺炎的诊断标准,均有不同程度的咳嗽、发热、呼吸加快、心率加快,肺部闻及细湿啰音,经 X 线检查见肺纹理增粗,片状阴影<sup>[2]</sup>。两组患儿在年龄、性别等方面比较,差异无统计学意义,具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 主要是传统的护理方法,由医师和责任护士根据自己的临床经验进行健康教育及康复指导。

### 1.2.2 试验组

**1.2.2.1 环境要求** 保持室内空气流通,定时换气,保持室内阳光充足,保持室温约 20℃、湿度约 50%为宜<sup>[3]</sup>。

**1.2.2.2 休息要求** 患儿要卧床休息,对于肺炎病变广泛者,

更要绝对卧床。休息可减少氧消耗量,稳定心肺功能。当病情稳定后,可适当活动,锻炼肺通气,促进分泌物的排出。对危重患儿要集中检查、治疗及护理,以保证患儿有充分的休息。

**1.2.2.3 饮食指导** 患儿要进食易消化、富于营养的饮食,少量多餐,先流质,逐渐过渡到半流质;多喝水,每日饮水量为 80~100 mL/kg<sup>[4]</sup>。如果患儿体温每升高 1℃,液体量相应增加 10%左右;合并哮喘者可适当增加。但要注意液体入量要适当,避免过多,否则可能加重心肺负担;同时注意不要过少,否则不利于呼吸道分泌物的排出。进食后要让患儿保持坐位 30 min 以上,并漱口以保持口腔清洁,防止食物残渣遗留口腔;卧床患儿进食后不要立即翻身拍背,吸痰等刺激性操作,以免诱发恶心、呕吐,导致误吸。

**1.2.2.4 呼吸道护理** 要改善通气功能,增加肺泡通气量,纠正缺氧和减轻二氧化碳潴留,因此要及时清除呼吸道分泌物,鼓励咳嗽、排痰。对呼吸道分泌物排出不畅者可采取一系列措施,促进排痰。方法有(1)雾化吸入:可每天行超声雾化吸入 2~3 次,每次 15~30 min,降低痰黏度,解除支气管痉挛,改善肺通气,以利于痰液排出。对呼吸无力患儿采取头高脚底位,一般头高 30°,使膈肌下移,增大气体交换量,提高呼吸深度,以利于雾化在终末支气管沉降。(2)翻身及体位引流:翻身和体位引流可促进呼吸道分泌物从小支气管流向大支气管<sup>[5]</sup>,根据病情 2~4 h 翻身 1 次,对左侧分泌物采取右侧卧位;对右侧分泌物采取左侧卧,从而改善通气并预防分泌物堆积,保证支气管排痰通畅。(3)叩击胸背部:叩击胸背部,通过胸壁的震动,

使小气道的分泌物松动,易于排出,用手指、手掌或叩击器,在患儿呼气时用腕部的力量叩击,部位一般在前胸、腋下、肩胛间和肩胛下等区域。(4)吸痰:对以上方法效果欠佳时,可采取吸痰。先清理口鼻内分泌物,再将吸痰管插入气管预定部位,从深部左右旋转,向上提拉。吸痰压力采用 100 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),吸痰时间不超过 15 s,要做的严格无菌操作,动作轻巧,防止损伤黏膜。

**1.2.2.5 氧吸入要求** 一般采用鼻导管或口罩持续吸氧,氧流量 1~2 L/m,氧浓度不宜超过 40%。

**1.3 统计学方法** 实验数据使用 SPSS14.0 统计软件进行分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组胸片改善情况的比较** 见下表 1,对比两组 7 d 后胸部 X 光表现,并与入院时胸片相比较,可见试验组胸片改善情况明显优于对照组,肺部阴影消失率高于对照组,经比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 两组胸片改善情况的比较

组别	n	明显改变	完全消失
试验组	42	17	20
对照组	41	12	9
$\chi^2$ 值	—	1.146	6.013
P 值	—	0.284	0.014

注:—表示无数据。

表 2 两组临床症状改善情况的比较

组别	n	明显改善	完全消失
试验组	42	27	12
对照组	41	21	4
$\chi^2$ 值	—	1.452	6.013
P 值	—	0.228	0.014

注:—表示无数据。

**2.2 两组临床症状改善情况的比较** 见表 2。对比两组 3 d 后临床症状改善情况,可见试验组改善情况明显优于对照组,症

状消失率高于对照组,经比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨 论

小儿肺炎是儿科的一种常见疾病,严重威胁儿童健康,据统计,住院患儿中,肺炎为第一位的死亡原因<sup>[6]</sup>。由于小儿抵抗力较弱、年龄小、感染肺炎后,发展快,导致重症肺炎。因此在临床护理工作中,应充分认识该疾病的发病规律,把握潜在的危险,及早干预,降低病死率。在常规治疗的基础上,作者通过改善治疗环境,严密观察病情,保持呼吸道通畅,合理饮食,健康教育等方面,给予系统而有针对性的护理,提高了临床疗效。本次研究中,通过有效护理干预,7 d 后的试验组胸片改善情况明显优于对照组,肺部阴影消失率高于对照组;3 d 后的试验组临床症状改善情况明显优于对照组,症状消失率高于对照组,经比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上所述,对小儿肺炎患者进行系统而针对性的护理干预,可明显提高临床疗效,干预方法简单,广大儿科护理人员容易掌握,值得推广。

## 参考文献

[1] 张翠华. 护理干预在小儿肺炎中的应用[J]. 中国实用医药, 2009, 4(10): 222.

[2] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 302.

[3] 罗鸿坤, 罗晓玫. 53 例小儿重症肺炎的护理[J]. 黔南民族医学学报, 2006, 19(4): 231-233.

[4] 尚婉媛. 小儿重症肺炎的护理体会[J]. 实用临床医药杂志: 护理版, 2007, 3(1): 109-110.

[5] 梁玮. 阻塞性呼吸道疾病体位引流的护理研究[J]. 护理研究, 2004, 18(12): 2183.

[6] 朱念琼. 儿科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 141.

(收稿日期: 2011-12-03)

(上接第 542 页)

## 参考文献

[1] 中华医学会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义诊断、治疗、疗效判断标准及教育和管理方案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(3): 132-138.

[2] 张琦, 董亮, 吴大玮. 转录因子 T-bet 和支气管哮喘[J]. 国外医学: 呼吸系统分册, 2005, 25(4): 254-257.

[3] 胡秋月. 支气管哮喘临床发病特点探析[J]. 中国保健营养: 临床医学学刊, 2008, 17(5): 50-51.

[4] 张艳丽, 李凤森, 王璇. 支气管哮喘患者血液、体液中黏膜免疫介质变化特点研究[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(5): 734-735.

[5] 刘超, 符州, 罗征秀, 等. 儿童支气管哮喘急性发作的病原分布特点[J]. 临床儿科杂志, 2011, 29(2): 133-135.

[6] 时晔, 郭伟, 徐博. 支气管哮喘急性发作期血清降钙素原水平的变化及临床意义[J]. 陕西医学杂志, 2009, 5(6): 604-606.

[7] 王晓岩. 支气管哮喘的药物治理[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 12(7): 11.

[8] 李兰英, 王洪云, 郭雨青, 等. 不同剂量布地奈德雾化与泼尼松口服治疗哮喘急性发作的疗效比较[J]. 广东药学院学报, 2010, 26(6): 639-644.

[9] 董正惠, 陆影, 李萍, 等. 支气管哮喘患者吸入糖皮质激素治疗依从性和病情控制的相关性研究[J]. 护理研究: 中旬版, 2010, 24(8): 2113-2116.

[10] 张莉, 杜永成, 许建英, 等. 吸烟对支气管哮喘患者吸入糖皮质激素治疗反应性的影响[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2010, 9(4): 365-368.

[11] 高保平. 特布他林/普米克令舒联合治疗成人支气管哮喘疗效观察[J]. 中国医学创新, 2011, 8(9): 49-50.

[12] 张玉萍, 刘扣英. 支气管哮喘患者应用特布他林诱导排痰效果观察[J]. 护理学杂志: 综合版, 2007, 22(12): 23-24.

(收稿日期: 2011-09-27)