

量有限,还需扩大样本进一步研究。

参考文献

[1] Price MO, Thompson RW, Price FW. Risk factors for various causes of failure in initial corneal grafts[J]. Arc Ophthalmol, 2003, 121(8):1087-1092.

[2] Hill JC. Systemic eyelosporine in high-risk keratoplasty: short-versus long-term therapy[J]. Ophthalmol, 1994, 101(1):128-133.

[3] 张弋,付鹏,张怡,等. 50 例器官移植患者免疫抑制剂的用药依从性调查[J]. 中国药师, 2010, 13(11):1646-1648.

[4] 苏庆东,李壮江. 孙 煦勇,王芳芳,李春燕,蓝柳根,覃音红,陈宝玉[J]. 3 岁-6 岁儿童逝世后单只供肾肾移植患者的跟踪随访与护理, 2014, 28(2):588-589.

[5] 曹兴华. 体外受精胚胎移植术后随访护理记录单的设计与应用[J]. 当代医学, 2012, 18(11):114.

[6] 王颖,林美雄,毛莎,等. 健康信念模式在肝移植受者术后

随访中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(22): 2082-2084.

[7] 贺艳君,夏菊梅,赵庆华. 肾移植术后妊娠患者的随访监护及围生期护理[J]. 护理学杂志, 2011, 26(10):52-53.

[8] Willams KA, Muehlaerg SM, Lewis RF. How successful is corneal transplantation? A report from the Australian Corneal Graft Register[J]. Eye, 1995, 9(2):219-233.

[9] 史伟云,谢立信. 重视角膜移植术后免疫排斥反应的防治[J]. 中华眼科杂志, 2006, 42(1):3-5.

[10] 霍平,张艳鹰,刘福英,等. 深低温保存角膜行角膜移植术的护理[J]. 解放军护理杂志, 2000, 17(1):22-23.

[11] 关娟,王慧霞,盛豫,等. 72 眼穿透性角膜移植术后随访报告[J]. 中国实用眼科杂志, 2001, 19(7):525.

[12] 坑彩霞. 角膜移植术后免疫排斥反应的药物治疗[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2008, 30(5):382-384.

(收稿日期:2014-10-13 修回日期:2015-01-12)

集束化护理在新生儿雾化吸入中的应用*

黄秀芹,梁丽清,汤菊妹(广东省深圳市龙岗妇幼保健院产科 518172)

【摘要】 目的 探讨集束化护理应用于新生儿肺炎雾化吸入护理的策略与效果。**方法** 选择该院儿科 2013 年 6 月至 2014 年 6 月 120 例肺炎新生儿为研究对象,将其分为对照组和集束化护理组各 60 例,对照组采用常规护理方法,集束化护理组采用集束化护理。比较两组患儿心率、呼吸频率、脉搏血氧饱和度,临床症状改善时间及住院时间。**结果** 雾化吸入过程中和雾化吸入后,集束化护理组的心率、呼吸频率和脉搏血氧饱和度水平均较对照组有明显改善,两组间比较差异有统计学意义($P<0.01$)。集束化护理组患儿中断雾化吸入的发生率为 1.7%,明显低于对照组的 11.7%,差异具有统计学意义($\chi^2=4.821, P<0.05$)。集束化护理组患儿咳嗽明显减轻时间、呼吸困难消失时间、痰鸣音消失时间和住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 集束化护理策略应用于新生儿雾化吸入的临床护理具有较好的应用价值,不仅可快速改善患儿不良症状和体征,还可提高雾化吸入的应用效率,降低中断率,促进药物吸收与药效发挥。

【关键词】 集束化护理策略; 新生儿肺炎; 雾化吸入
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1471-03

雾化吸入已经成为临床一种重要的辅助治疗方法,其原理是将药物及水分通过雾化装置打散成细小的雾滴,悬浮于气体送入患儿呼吸系统,对病灶起到湿化、祛痰、抗炎、解痉等作用^[1]。雾化吸入的用药量少,且可直击病灶部位,药物利用更高效,在儿科已经逐渐成为常见的非注射性辅助治疗方法,尤其在新生儿肺炎的治疗中具有积极作用。但新生儿由于年龄小、认知度低,雾化吸入时冷刺激易引起不适,造成患儿哭闹、摇头、挣扎,严重影响雾化吸入的效果。哭闹等各类不配合行为还可能加快患儿心率,增加耗氧量,甚至引起呼吸困难,增加临床的危险性^[2]。集束化护理是近年来的临床热点,但在新生儿肺炎的护理中比较少见^[3]。现对本院肺炎新生儿雾化吸入实施集束化护理,并探讨其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院儿科 2013 年 6 月至 2014 年 6 月 120 例肺炎新生儿为研究对象,根据患儿入院时间,前 60 例为对照组,其中男 32 例,女 28 例,平均年龄(13.5±4.3)d;后 60 例为集束化护理组,其中男 33 例,女 27 例,平均年龄(13.1±

3.9)d。两组患儿一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)小儿肺炎诊断标准参照《儿科学》^[4]; (2)胎龄 32~42 周新生儿; (3)入院时间日龄 0~28 d; (4)体质量 2 000~4 500 g; (5)均行止咳、祛痰、平喘、神经营养、抗感染等基础治疗,并实施雾化吸入,治疗方案一致; (6)患儿家长对治疗方案知情并同意。

1.3 方法 研究采用双盲法,即雾化吸入操作由管床护士执行,临床相关数据由主管医师记录,本试验的设计及负责人员不参与临床操作及评价。

1.3.1 雾化方案 5 mg 地塞米松+4 mg 糜蛋白酶+7.5 mg 氨溴索(或 0.5~1.0 mg 布地奈德混悬液)应用氧气驱动雾化吸入装置,经面罩给氧,氧流量为 6~8 L/min,单次吸入时间为 15~20 min,每日 4 次,两次吸入需间隔 4~6 h,均连续治疗 7 d。

1.3.2 干预方法 (1)体位管理。对照组患儿常规取平卧位,头部略抬高;集束化护理组患儿取平卧或坐位实施雾化吸入,

* 基金项目:广东省深圳市龙岗区创新局基金项目(YS2013172)。

如病情严重,可调整为头高侧卧位。(2)雾化液配置。对照组采用 0.9%氯化钠溶液与用药配置成 5 mL 药液;集束化护理组采用无菌蒸馏水与用药配置成 5 mL 药液。(3)雾化液温度对照组取室温下配置药液入雾化装置使用;集束化护理组将配置药液送入 42℃温水中升温后再加入雾化装置,后再给患儿使用。雾化吸入初始时以小流量给药,逐渐增大,以减轻对患儿呼吸系统的刺激^[5]。(4)雾化治疗装置。对照组应用氧气面罩吸入治疗;集束化组取婴儿硅胶奶嘴,将顶端剪除形成直径约 0.5 cm 的出口,置入患儿口内,再以氧气面罩罩住口鼻给予雾化治疗。(5)雾化后处理。对照组常规给予口鼻腔分泌物清理,必要情况下取头低脚高体位进行引流,2~4 h 给患儿翻身一次,叩击胸背部以促进痰液排出,叩击原则是由下向上、由外向内,频率为每分钟 100~120 次,单次叩击时间不超过 5 min。集束化护理组在此基础上记录患儿的肺部听诊结果,必要时采取吸痰处理^[6]。

表 1 两组患儿治疗前后生命体征比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	HR(次/min)			RR(次/min)			SpO ₂ (mm Hg)		
		前	中	后	前	中	后	前	中	后
集束化护理组	60	90.4±12.4	78.8±9.7	72.3±7.8	53.2±2.2	45.2±1.8	42.2±1.3	85.2±1.3	94.6±1.6	98.6±2.2
对照组	60	90.1±12.3	87.7±10.5	82.3±6.2	53.0±2.1	47.8±1.6	43.8±1.2	84.9±1.5	91.1±1.3	93.5±1.8
t		0.184	4.823	7.774	0.509	8.363	7.005	1.171	13.151	13.898
P		>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01	<0.01

2.2 两组患儿中断雾化情况比较 集束化护理组患儿因哭闹等原因造成中断雾化吸入的发生率为 1.7%(1/60)明显低于对照组的 11.7%(7/60),差异具有统计学意义($\chi^2=4.821$, $P<0.05$)。见表 2。

2.3 症状改善及住院时间比较 集束化护理组患儿咳嗽明显减轻时间、呼吸困难消失时间、痰鸣音消失时间和住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

表 2 两组患儿中断雾化情况比较

组别	n	哭闹 (n)	咳嗽 (n)	唇周发绀 (n)	合计 [n(%)]
集束化护理组	60	0	1	0	1(1.7)
对照组	60	3	2	1	7(11.7)

表 3 两组患儿临床症状改善及住院时间比较($\bar{x}\pm s$,d)

组别	n	咳嗽明显减轻时间	呼吸困难消失时间	痰鸣音消失时间	住院时间
集束化护理组	60	2.5±0.6	0.8±0.2	3.2±1.1	5.2±1.5
对照组	60	3.5±0.8	1.3±0.6	4.3±1.3	8.1±2.2
χ^2		7.746	6.124	5.003	8.436
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨 论

3.1 集束化护理 集束化干预这一概念最早由美国健康研究所提出,是指依据循证医学的指南和依据,结合临床实际并综合各类影响因素,采用一系列的治疗与护理措施以处理临床疾患的方法,最终的目标是为患者提供尽可能优化的医疗护理服务^[7-8]。集束化护理是在集束化干预理念的基础上衍生出来的,是指整合一组有价值的临床护理措施,综合应用于某疾患的临床护理中,以获得更为显著的效果^[9]。集束化护理中的每一个措施,都经临床验证了其有效性,将其进行综合应用,将比单一采用某种护理效果更好^[10]。在国外,集束化护理已经被广泛应用于危重症患儿中,但在国内应用报道还十分少见^[11]。尤其在新生儿雾化吸入治疗方面还少有报道,本研究旨在通过

1.4 观察指标 于雾化吸入前 5 min、吸入过程中及吸入后 1 h 监测患儿心率(HR)、呼吸频率(RR)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)水平。雾化过程中注意观察患儿,记录因哭闹、咳嗽、唇周发绀等造成的中断雾化情况。记录患儿咳嗽减轻、呼吸困难消失、肺部痰鸣音消失的时间、患儿住院时间。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿治疗前后生命体征比较 集束化护理组患儿雾化吸入前 HR、RR 和 SpO₂ 水平与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);雾化吸入过程中和雾化吸入后,集束化护理组的 HR、RR 和 SpO₂ 水平均较对照组有明显改善,两组间比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

系统性地引入集束化护理措施,为新生儿肺炎的雾化吸入提供一种新的、有效的、具有科学依据的护理依据,以期进一步提高雾化吸入的临床效果。

3.2 影响雾化吸入效果的因素 (1)患儿依从性。患儿年龄小,自控力和自知力不足,易对雾化吸入器、面罩、喷雾等外部刺激产生恐惧,临床表现出不耐受、躁动、哭闹、摇头等,严重影响了雾化吸入的操作与实施,甚至浪费大量的用药,削减了雾化吸入将药物直接送入病灶的作用。(2)体位。一般在进行雾化吸入时多采用平卧位,此时横膈肌位置较高,由于胸部活动量低造成肺活量减少,当药物吸入初期,患儿可能出现呼吸费力、面部表情痛苦,对患儿同样是一种刺激,影响依从性。而且,该体位如出现咳嗽、咳痰等,易引发窒息。因此采取将头部

抬高 30° 的方法,并取侧卧位,以使膈肌下降,促进气体的交换,增进呼吸深度,促进雾滴沉降于终末端支气管,提高药物作用。(3)出雾量。出雾量将直接影响喷出的雾滴大小,而雾滴大小又直接影响了药物进入呼吸系统的深度和作用范围^[1]。由于新生儿喉部组织发育不全,鼻毛和喉腔缓冲作用小,呼吸道刺激性差,如初始时雾量较大,易致支气管痉挛,因而操作时应先小量吸入,逐渐增大雾量,给患儿呼吸道一个适应过程。(4)雾化时间。一般雾化时间根据药量拟定,但如果雾化时间过长,易造成湿化过度,增大痰量,引起气管堵塞。(5)雾化温度。一般雾化时不对药液进行加温,由于喷雾后蒸发快,室温药液进入患儿口腔、鼻腔后更易产生冷刺激,影响患儿的耐受性。

3.3 集束化护理应用于新生儿肺炎雾化吸入的作用 本研究通过对肺炎新生儿分组,采用不同的护理措施,比较了集束化护理与常规护理的差异性。结果显示,集束化护理在改善患儿 HR、RR 和 SpO₂ 方面具有重要价值,可有效减轻患儿临床不良症状。由于肺炎的内部刺激以及雾化吸入时面罩、喷雾等外部刺激,患儿临床多表现出烦躁、多动、不配合等问题,影响雾化吸入的效果。而集束化护理通过合理调整体位、吸入喷雾温度、雾化速度、吸嘴的制作等减轻外部因素对患儿的刺激,从而提高患儿依从性,更有利于喷雾最大限度的进入患儿呼吸系统,对病灶产生作用,尽快改善病情。也正是因为患儿依从性提高了,临床中断雾化吸入的比例也相应减少,大大减少了临床护理的工作量,提高护理质量。此外,集束化护理中将婴儿硅胶奶嘴剪除顶端,以利用婴儿吸吮增大吸入药雾的量,促进药物的吸收和病情的改善。

综上所述,集束化护理策略应用于新生儿雾化吸入的临床护理具有较好的应用价值,不仅可快速改善患儿不良症状和体征,还可提高雾化吸入的应用效率,降低中断率,促进药物吸收与药效发挥。

参考文献

- [1] 马新利,吴淑华,段萍,等. 预防呼吸机相关性肺炎的集束化策略[J]. 中国感染控制杂志,2012,11(4):302-304.
- [2] 骆勇,贾文钊,王征. 依从性表格法实施呼吸机相关性肺

- 炎集束化管理的临床疗效[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(4):358-361.
- [3] 陈素芹,余玉娥,廖丽霞,等. 运用循证护理构建预防呼吸机相关性肺炎集束干预策略的研究[J]. 护理研究,2014,28(6):696-697.
- [4] 余旻,胡世辉,杨明刚,等. 人工气道的集束化管理预防呼吸机相关性肺炎[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(13):1858-1860.
- [5] 蒋玉兰,明旭华,李晓琳,等. 集束化综合护理方案预防呼吸机相关性肺炎的效果[J]. 护理研究,2014,28(15):1881-1882.
- [6] Dubose J, Teixeira PG, Inaba K, et al. Measurable outcomes of quality improvement using a daily quality rounds checklist: one-year analysis in a trauma intensive care unit with sustained ventilator-associated pneumonia reduction[J]. J Trauma,2010,69(4):855-860.
- [7] 周启侠. 目标性监测中集束化干预措施对降低呼吸机相关性肺炎发生率的研究[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(7):1543-1544.
- [8] 刘经飘,陈雄,谭芬养. 集束化护理干预新生儿呼吸机相关性肺炎的临床研究[J]. 中国实用医药,2014,9(4):190-192.
- [9] Norris SC, Barnes AK, Roberts TD. When ventilator-associated pneumonias haunt your NICU—one unit's story[J]. NN,2009,28(1):59-66.
- [10] 高明榕,成守珍,张妙音,等. 集束化综合护理方案预防呼吸机相关性肺炎的研究[J]. 中国护理管理,2010,10(1):12-14.
- [11] 赵霞,杨谦,尤颖,等. 集束化治疗对心脏直视术后呼吸机相关性肺炎的临床效果[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(16):3491-3493.

(收稿日期:2014-11-01 修回日期:2015-01-18)

个性化护理模式下老年肿瘤患者放疗的效果观察

赵 翌¹, 闫 城^{2△} (中南大学湘雅医院:1. 肿瘤放疗科;2. 心血管内科,长沙 41000)

【摘要】 目的 研究个性化护理模式对老年肿瘤患者放射治疗的效果。**方法** 收集该院放疗科 2013 年 5 月至 2014 年 5 月老年肿瘤放疗患者 138 例,采用随机分配原则,将患者平均分为两组,对照组 69 例,按照传统护理模式护理;观察组 69 例,采用全程个性化护理模式,比较两种护理模式下老年肿瘤患者放疗前后的情绪状况,医院感染发生率及患者与家属对护理人员的满意度。**结果** 个性化护理模式下,老年患者在放疗后抑郁情绪明显改善($P < 0.05$);医院感染率也从传统护理模式下的 41.1%下降至 23.2%。患者及家属对护理人员的满意度也较传统护理模式下的 86.9%上升至 95.6%。**结论** 个性化护理模式能有效改善老年肿瘤放疗患者的负面情绪,降低患者医院感染率,显著提高患者及家属对护理人员的满意度,值得在老年肿瘤放疗患者中推广。

【关键词】 个性化护理模式; 老年肿瘤患者; 放疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1473-03

随着社会的发展,我国人口老龄化程度越来越明显,老年肿瘤患者占肿瘤总人数的比例正在逐年增加^[1]。尽管放疗作

为肿瘤治疗中非常重要的治疗方式,但是笔者在工作中发现老年肿瘤患者在放疗期间会产生明显的焦虑和抑郁情绪^[2];此

△ 通讯作者,E-mail:2309773833@qq.com。