

基于需求为导向的早产儿家庭参与式护理模式的构建

福建省立医院重症新生儿科(福州 350001) 卓瑞燕¹ 程 奇 陈凌琳 肖惠文 王珊珊 王 娟

早产儿各器官发育不成熟,对外界环境适应能力低下,出院后若护理不当,仍然存在死亡风险^[1]。家庭参与式护理(family integrated care, FIC)是由加拿大医护团队借鉴爱沙塔尼亚的人文新生儿照护模式^[2],让家长进入 NICU 参与早产儿住院期间非医学性常规生活护理的一种护理模式^[3]。在新生儿出院前即通过医疗、护理、家属共同合作,满足母婴双方的生理和心理需要,让父母尽早做好接纳早产儿回归家庭的准备,促进早产儿从医院到家庭的平稳过渡,有效缩短早产儿住院时间,减少早产儿再入院率,节省医疗资源。鉴于国内外经济、社会发展水平的不同以及人文、医疗环境的差异,本研究在结合早产儿家属需求及国内实际情况的基础上,对家庭参与式护理模式进行构建,制订切实可操作性的方案,为顺利开展 FIC 提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象:通过对 2019 年 10—12 月住院的 12 名早产儿家属进行早产儿出院后护理知识及技能培训需求的问卷调查,提炼出 27 个家属关注度高的培训条目,针对以上家属关注的内容采用德尔菲函询法,进行 2 轮 5 名专家的函询,并依据调查和函询结果构建家属参与式护理模式。

1.2 家属参与式护理模式的构建:

1.2.1 准备工作:1) 硬件设施的配备:家庭参与式护理需要父母每天参与时间至少持续 8 h,因此,除常规配备监护仪、气源、吸引、简易呼吸球囊等急救物品,应配备相对独立、温馨宽敞的空间,房间面积不小于 20 m²,配有家属休息室、家属床、沙发、冰箱、微波炉等全套家庭生活物品等;让家属及早产儿提前适应家的体验;同时,为了让家属全面学习早产儿护理相关知识,配有新生儿沐浴、抚触设备及用于家长学习的视频播放设备;应配备泵奶设备以防止因早产儿未完全建立亲体母乳喂养而导致妈妈乳腺炎发生^[4]。2) 人员准备:本研究由本专业工作 3 年以上的医护人员 26 人组成研究团队,研究前期由研究组负责人对团队成员进行早产儿护理知识及技能的规范化培训,使所有团队成员在项目实施过程中保证内容及方法科学、统一、规范;培训有序、有效,同时在培训过程中注重转变医护人员的观念,掌握整个项目的目的、方法和意义;切实保障项目的受益者安全满意。3) 制度的形成:制度和流程是保证 FIC 项目成功实施并提供安全保障的关键。研究组负责人负责整个项目伦理委员会的申请,制订项目实施的制度、流程、参与时间

段、时长、参与切入点、家长知情同意书、调查问卷等。同时,研究小组成员分别制订针对医护人员及父母的培训项目,包括培训课程的制订和课后教学质量的评估,根据评估结果制订并采取相应的改进措施。4) 规范培训内容:为了使项目开展符合中国的国情及家属的需求,本研究综合家属需求及专家意见构建整套培训内容。

1.2.2 家属参与式护理实施方法:1) 评估与沟通:主治医生对早产儿病情、参与家属的状况进行全面评估,确定家庭个性化参与时间,并签署知情同意书。2) 家属参与:家属按预约时间进入病房,每天陪护早产儿 8 h,医务人员按家庭参与式护理培训流程,遵循早产儿安全及循序渐进的原则对家属进行系统培训。支持和鼓励父母参与日常生活护理,包括居家日常护理技能的培训、居家观察能力的培养,参与亲子互动、急救知识的系统培训,医务人员需对所有培训内容在培训后对家属进行考核,考核合格方可出院,不合格者予重新培训。同时,全程注重对早产儿父母的心理支持,减轻其心理压力。3) 出院后随访:早产儿出院后规律随访可了解早产儿出院后的护理进展、生长发育情况和出院后喂养问题、体格、运动和智力发育情况,及时发现问题,及时为家属提供咨询、指导和健康教育,提供持续的护理指导和心理支持,尽早识别及处理高危因素,避免不良结局。早产儿出院后,随着纠正胎龄的增长持续定期随访,从 1 次/2 周,1 次/1 个月、1 次/2 个月、1 次/3 个月、1 次/半年直至早产儿纠正胎龄 24 个月,确保早产儿和父母的身心健康,评价家庭参与式的最终结果。

2 结果

2.1 家庭参与式护理模式家属调查结果:通过对 12 名家属进行早产儿护理需求的问卷调查,提炼出 27 个家属关注度高的培训条目(表 1),得分最高为拍嗝、安全护理,最低为更换尿布。访谈结果:家属希望由医务人员根据早产儿病情综合评估家庭参与式护理切入点,参与时间为每日交接完毕医生开始查房、护士进行晨间护理时即参与,参与时长为 8 h,夜间在家充分休息为次日继续参与做好准备。

2.2 家庭参与式护理培训内容专家函询结果:研究组针对以上家属调查内容采用德尔菲函询法,进行 2 轮 5 名专家的函询。2 轮专家函询的问卷有效回收率均为 100%。专家权威程度、一致性程度(协调系数)高(表 2),函询结果可信。

表 1 早产儿家属培训需求各条目得分情况
($n=12$, 分, $\bar{x} \pm s$)

排序	条目	所属维度	得分
1	拍嗝	早产儿日常护理	4.58±1.16
2	喂药、环境安全防范	早产儿日常护理	4.58±0.79
3	肤色和生命体征的观察	早产儿居家观察	4.50±1.17
4	呛奶的预防和处理	家庭急救技能	4.50±1.17
5	臀部护理	早产儿日常护理	4.42±1.16
6	保暖、睡眠安全	早产儿日常护理	4.33±1.15
7	早产儿呼吸暂停的观察与处理	家庭急救技能	4.33±1.56
8	建立出院后的联系,减轻压力	家属心理支持	4.33±1.56
9	婴幼儿海姆立克急救法	家庭急救技能	4.25±1.54
10	护理技能及知识的指导增加信心	家属心理支持	4.25±1.54
11	新生儿沐浴	早产儿日常护理	4.17±1.53
12	新生儿喂养	早产儿日常护理	4.17±1.11
13	体温测量与判断	早产儿居家观察	4.17±1.34
14	心理指导,减轻父母内疚	家属心理支持	4.17±1.53
15	脐部护理	早产儿日常护理	4.08±1.68
16	腹胀的观察	早产儿居家观察	4.00±1.48
17	红臀的处理	早产儿居家观察	4.00±1.35
18	新生儿惊厥紧急处理法	家庭急救技能	4.00±1.81
19	大小便的观察	早产儿居家观察	3.92±1.24
20	新生儿抚触	亲子互动	3.83±1.64
21	袋鼠式护理	亲子互动	3.83±1.75
22	母乳喂养指导	亲子互动	3.75±1.86
23	被动操	亲子互动	3.75±1.48
24	六步洗手法	早产儿日常护理	3.58±1.56
25	穿衣与保暖	早产儿日常护理	3.25±1.48
26	心理放松	家属心理支持	3.17±1.80
27	更换尿布	早产儿日常护理	3.08±1.56

表 2 专家意见权威程度、协调系数及其显著性检验

项目	权威程度系数	协调系数	χ^2 值	P 值
第一轮	0.946	0.384	49.893	0.003
第二轮	0.946	0.503	65.412	0.000

3 讨论

3.1 家庭参与式护理模式在早产儿中的应用趋势:近年来,早产儿照护模式逐渐完善,包括以家庭为中心的护理(family center care, FCC)、发展性照顾(developmental care, DC)及 FIC,所有的护理模式都越来越强调父母参与的重要性。鉴于国内外经济、社会发展水平的不同以及人文、医疗环境的差异,本课题组从硬件设施的配备、培训内容、培训方式、评价方式等综合考虑,结合国内实际情况,以国外模式为蓝本构建可操作性的、具体的护理模式。在以病人为中心的护理模式发展的大趋势下,让早产儿家属参与到早产儿医疗及护理决策的模式,也将是新生儿护理学的发展方向。

3.2 科学全面设计培训内容:本研究对父母的日常护理培训内容涵盖了早产儿护理的各个方面,包括手卫生、拍嗝、

沐浴、更换尿布、穿衣、更换体位、脐带护理、安全护理、穿衣及保暖、肤色和生命体征观察;母乳喂养指导;亲子互动如新生儿抚触、袋鼠式护理及被动操;症状体征观察;急救技能包含早产儿呼吸暂停处理法、呛奶的预防和处理、婴幼儿海姆立克急救法及新生儿惊厥紧急处理法,并建立相应的课程参与统计表、课程考核标准,每个项目均考核合格方可出院。以此提升早产儿家属院后家庭急救处理技能水平,促进早产儿家属护理责任感的产生和护理信心的建立,保证早产儿院后得到专业的连续性护理,降低早产儿再入院率及死亡率。同时大量研究显示,几乎所有的早产儿父母都存在不同程度的担忧和焦虑^[5-6]。本研究在满足专业指导的基础上纳入对母亲心理、生理的支持指导,家庭参与式护理过程中,注重家属的心理及情绪变化,重视家属的心理护理,消除家属的焦虑,使家属在与早产儿互动过程中保持心情愉快,促进早期亲子关系的建立,协助其尽快胜任照顾者这一角色。

3.3 医护联合评估介入时机:父母是早产儿健康成长的最关键人物,让父母适时介入、进入病房参与早产儿的护理并及时提供信息支持是早产儿父母首要的需求,也是 NICU 医务人员的职责之一。介入时间需结合中国国情及目前医疗大环境的特殊性,在早产儿住院期间,由熟悉早产儿病情及父母母亲情况的经管医生评估介入时间是最合适的选择。鉴于中国母亲需要坐月子这一特殊的情况,医生不仅需要评估早产儿病情,同时需评估父母母亲的参与能力。当父母纳入 FIC,经过教育和培训后,培训护士应作为临床督导者和指导者,每日观察并评估早产儿父母参与临床护理的能力,及时纠正其错误的认识及护理方式,肯定和鼓励其正确的照护方法,并根据父母的需求、护理水平的高低安排合适的、安全的护理技能,确保患儿住院期间安全,并为院后家庭护理做好准备。

参考文献

- [1] 向希盈,李颖,李卓颖,等.中国新生儿重症监护病房中实施家长参与早产儿住院期间综合管理与常规护理平行对照研究[J].中国循证儿科杂志,2016,11(3):177-181.
- [2] 叶天惠,熊晓菊,陈锦秀,等.早产儿照护模式的应用现状[J].护理研究,2015,29(11):4105-4108.
- [3] O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit [J]. BMC Pregnancy and Childbirth, 2013, 13 (Suppl 1): S12.
- [4] 彭操,陈秀文,赵丽萍.国外家庭参与式综合管理在 NICU 中的应用现状及对我国的启示 [J]. 护理管理杂志, 2019, 19 (1): 16-20.
- [5] 王月琦,郭放,李娜.家庭参与式综合护理模式的研究现状与展望 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25 (11): 1444-1448.
- [6] 刘欣,卢淑亚.家庭参与式早产儿预出院病房的建立及效果评价 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54 (5): 704-708.

缩唇呼吸训练和口咽部护理对功能性鼻内镜鼻窦手术后患者咽部干痛及睡眠质量的影响

福建省立医院耳鼻咽喉科 (福州 350001) 陈 玲 游银凤 危艳萍¹

功能性鼻内镜鼻窦手术 (functional endoscopic sinus surgery, FESS) 主要是利用直径 2~4 mm、带有光源的鼻内镜和各种显微器材,经鼻腔自然通道进行手术,该手术因为操作精细、病变清除彻底,目前已被广泛应用于慢性鼻窦炎鼻息肉 (chronic sinusitis and nasal polyps, CSNP) 的治疗^[1]。患者术后不适应呼吸方式的改变,主要是因为术后鼻腔被纱条填充和鼻腔黏膜的肿胀,使患者鼻腔处于完全堵塞状态,并且术后 4 h 为鼻腔黏膜肿胀的高峰,鼻腔无法通气,患者需要经口呼吸,但是术前如果患者未进行缩唇呼吸训练就会对经口呼吸不耐受^[2]。笔者在临床工作中发现鼻内镜术后患者常常因为鼻部胀痛、咽部干痛、口干、呼吸方式改变等原因,导致入睡困难,有的患者甚至一夜未眠,从而导致睡眠质量明显下降,并且影响患者术后康复。为了探讨呼吸训练对患者睡眠及咽部干痛改善的影响,本研究对 FESS 治疗 CSNP 患者进行了不同护理干预的对照试验。

1 资料与方法

1.1 一般资料:按手术安排时间选取 2018 年 6 月至 2019 年 8 月于福建省某三甲医院耳鼻咽喉科行 FESS 治疗 CSNP 患者共 136 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各 68 例。对照组:女 25 例,男 43 例;年龄 20~62 (47.5±2.3) 岁;平均病程 (3.35±1.71) 年。观察组:女 23 例,男 45 例;年龄 19~64 (47.25±2.41) 岁;平均病程 (2.98±1.65) 年。两组手术患者的年龄、性别、病程比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法:两组患者均在全麻方式下行 FESS 手术治疗。对照组患者予常规护理干预,主要是对患者术前进行常规检查,向患者及其家属讲解疾病相关知识,常规备皮,指导患者禁食禁饮,做好术前准备;术后密切观察体温、脉搏、呼吸、血氧饱和度、血压及伤口渗血情况,并做好患者术后的疼痛、心理、用药、饮食及病房管理等基础护理工作。

观察组在常规护理基础上,予术前指导缩唇呼吸训练,并在术后进行口咽部护理,具体做法为:1) 缩唇呼吸训练:术前 1~2 d 给予经口呼吸模式训练,即患者取半卧位,指导患者放松全身,经口慢慢吸气至最大肺活量后屏气 1~2 s,呼气时嘴唇缩成吹口哨状或吹笛状,反复进行,第一次持续训练 5 min,逐渐适应后可逐渐增加至持续 30 min/次,每天训练 3~4 次,呼吸比时间为 2:1 或 3:1。2) 口咽部护理:保持室内湿度 60%~70%,温度 18~25℃;术后床旁使用加湿器;术后口唇部可用润唇膏涂抹,保持口唇湿润;术后清醒后取半坐卧位,告知患者可少量多次饮水;指导患者晨起及睡前可选用软毛牙刷刷牙,进食后用生理盐水

漱口,保持清洁口腔;白天咽部不适者,可含润喉片。

1.3 评价指标:

1.3.1 采用 NRS 评价量表评估咽部干痛程度:NRS 是将疼痛程度用 0~10 这 11 个数字表示,其中 0 分表示无痛,1~3 分轻度疼痛,4~6 分中度疼痛,7~10 分重度疼痛,以术后 48 h 内疼痛最高值代表疼痛程度^[3]。

1.3.2 采用 PSQI 量表评估睡眠质量:主要评价患者睡眠时间、入睡质量、入睡时间、睡眠效率、催眠药物、睡眠障碍及日间功能 7 个维度共计 18 个条目,各条目评分标准 0~3 分,总评分范围 0~21 分,≥7 分即可判断为睡眠障碍,满分为 21 分,分数越高,说明睡眠质量越差^[4]。

1.4 统计学方法:将数据导入 SPSS 21.0 统计学软件进行统计学分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组之间比较采用两样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 NRS 评分比较:两组患者护理干预后的术后咽部干痛程度评分比较见表 1。

表 1 两组患者护理干预后的术后咽部干痛程度评分比较 (n=68, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	术后 6 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
观察组	5.32±0.13	4.27±0.14	3.11±0.11	1.65±0.11
对照组	5.82±0.15	5.53±0.12	5.70±0.10	4.29±0.12
t 值	2.483	6.742	17.368	15.940
P 值	0.014	0.000	0.000	0.000

2.2 PSQI 评分比较:两组患者护理干预前后睡眠质量 PSQI 评分比较见表 2。

表 2 两组患者护理干预前后睡眠质量 PSQI 评分比较 (n=68, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	干预前	干预后
观察组	12.24±0.16	4.18±0.14
对照组	12.18±0.17	7.35±0.11
t 值	0.249	17.780
P 值	0.804	0.000

3 讨论

研究显示, FESS 术后,因鼻腔内丰富的神经末梢被填塞物所压迫,对鼻腔、鼻窦黏膜组织产生刺激作用,导致患者出现鼻部、额部等部位疼痛不适,呼吸不畅,缺氧等症

基金项目:福建省 2014 年临床重点专科 (耳鼻咽喉科)

1 通信作者, Email: 444624973@qq.com

状,患者容易出现入睡困难和睡眠易憋醒、烦躁、焦虑等情况^[5]。据报道,FESS 患者出现的睡眠问题会严重影响术后患者的睡眠质量及术后的恢复时间^[6]。此外,如果患者术后不能采用经口呼吸,会使动脉血氧含量下降,供氧减少;如果患者不能正确进行经口呼吸,可引起口干、咽部干痛不适症状。

为了改善患者术后睡眠,减轻术后咽部干痛,我科在常规护理基础上,术前对患者进行缩唇呼吸训练指导和术后口咽部护理。术后患者双鼻腔均被填塞,被迫张口呼吸,口腔中的水分随呼吸蒸发,干燥的空气未经鼻黏膜加湿、湿润,直接经口咽部进入呼吸道,会引起患者咽部干痛。口咽部护理通过保持室内适宜的湿度及温度,并在床旁放置加湿器,用润唇膏涂抹口唇,手术清醒后少量多次饮温凉水,餐后漱口,保持口腔清洁,使之口腔咽部湿润,这些措施可以减轻咽部干痛症状,缩唇呼吸可以减慢呼气流速和呼吸频率,降低呼吸肌频繁收缩对氧的需求,同时加大肺活量和最大通气量,纠正缺氧状态,提高呼吸的有效性,从而改善患者对呼吸时产生各种不适的耐受性^[7];而且,缩唇呼吸时,患者的注意力集中在调整呼吸的过程中,起到转移疼痛注意力的作用,也可减轻部分疼痛。张宝琴^[8]发现患者经过呼吸训练提高了对鼻腔填塞的耐受性,减轻了患者咽部的疼痛,改善了患者术后舒适度。杨思思^[9]对 63 例鼻内镜术后鼻腔填塞患者进行对比研究发现,术前进行缩唇呼吸训练可以有效地提高术后患者对经口呼吸的适应性,改善患者术后出现的咽部干痛症状。周序玲等^[10]对 226 例慢性鼻窦炎、鼻息肉行鼻内镜手术患者进行护理干预,结果发现术后加强口腔护理措施可以缓解鼻腔填塞期间患者出现的咽部干痛症状。本文结果显示,与对照组比较,观察组患者经术前缩唇呼吸训练和术后口咽部护理干预后,术后 6 h 咽部干痛评分开始下降,术后 24、48、72 h 咽部干痛程度评分明显低于对照组。

呼吸训练可以增加气道内的阻力,能够避免外周小气道提前塌陷闭合,促进肺泡内气体排出,改善肺功能,并且在短时间内可以为大脑提供更多的氧,有利于改善 FESS 术后的睡眠情况。口咽部护理中使用加湿器,改变环境中的湿度、温度,补充水分,保持口腔清洁,能够改善术后患者张口呼吸造成的咽部缺水、干燥、疼痛,从而改善 FESS 术后的睡眠情况。陈莉等^[11]对鼻腔填塞患者术前进行缩唇呼吸训练,改变了术后的通气模式,有效地减轻了患者过度紧张、心理焦虑,更好地促进了患者的睡眠。黄春柳等^[12]对

92 例鼻内镜治疗的慢性鼻窦炎患者研究表明,口咽部护理措施可以改善术后鼻腔填塞患者口咽部干燥不适症状,提高患者口咽部的湿润度和舒适度,从而改善术后患者睡眠。由本文结果可见,术后观察组 PSQI 评分低于对照组,表明缩唇呼吸训练和术后口咽部护理可以有效改善患者术后睡眠质量。

综上所述,在护理 FESS 患者期间,护理工作人员通过指导患者术前缩唇呼吸训练和术后口咽部护理,改善了呼吸方式改变引起的缺氧状态,减轻了患者术后咽部干痛症状,提高了术后舒适度,改善了睡眠质量。

参考文献

- [1] 张标新,赵德娟,朱子秀,等.术前行为训练及心理干预对功能性鼻内镜鼻窦手术后患者躯体功能及负面情绪的影响[J].护士进修杂志,2018,33(11):1009-1012.
- [2] 刘波,舒卫宁,张俊星,等.非侵入性真菌性鼻窦炎鼻内镜治疗术后咪康唑鼻窦内灌注治疗效果研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(24):5665-5667.
- [3] 严广斌.NRS 疼痛数字评价量表 numerical rating scale[J].中华关节外科杂志:电子版,2014,8(3):410.
- [4] 敬攀,唐闻捷,郑天生,等.睡眠个人信念与态度的调查分析[J].实用医学杂志,2011,27(1):118-120.
- [5] 康丹红,杨丽娜,俞晨林,等.呼吸科训练与冷敷对提高鼻腔填塞患者舒适度的效果比较[J].山西医药杂志,2017,46(6):729-731.
- [6] 刘学良,雷刚.鼻内镜手术后使用布地奈德鼻喷雾剂治疗慢性鼻-鼻窦炎伴变应性鼻炎的临床观察[J].中国药房,2017,28(2):215-219.
- [7] 周雁荣,熊静,罗亮春,等.系统呼吸训练对肺癌患者术后肺功能的影响[J].护理学杂志,2006(4):36-37.
- [8] 张宝琴.改良腹式呼吸对鼻内镜手术患者舒适度的影响[J].中国当代医药,2017,24(34):178-180.
- [9] 杨思思.鼻内镜术后鼻腔填塞患者的疼痛评估及护理对策[J].中外女性健康研究,2018(7):177,181.
- [10] 周序玲,孔超,白俊志,等.鼻内镜治疗患者手术前后的护理干预[J].临床医药实践杂志,2007(1):57-59.
- [11] 陈莉,徐泓,曹秀红,等.缓解鼻腔填塞期间患者口咽干燥感方法初探[J].中华全科医学,2018,16(12):2118-2120.
- [12] 黄春柳,覃兴龙,许春艳,等.慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者睡眠障碍的影响因素及干预措施[J].慢性病学杂志,2020,21(7):1056-1058.

健康教育路径在纤维支气管镜治疗小儿肺部疾病中的应用

福建省泉州市儿童医院呼吸内科(泉州 362000) 王黎明 苏丽端

纤维支气管镜由许许多多的光导纤维构成,由于其柔软性、可曲性及直观性,对气道的结构、管腔内容物的发现以及取异物、灌洗治疗和检查,具有临床和影像学检查不可比拟的优势。目前,纤维支气管镜已广泛应用于小儿肺部疾病

的临床诊断治疗中^[1];但是由于小儿气道狭窄、通气量较少、气道黏膜柔嫩、配合不佳,纤维支气管镜作为一项介入性操作,存在一定的风险,需要实施正确护理措施,以确保治疗效果^[2]。纤维支气管镜治疗术后的康复护理措施不到位