

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

或错位, 极易引发缺氧、咯血、声音嘶哑、发热等并发症的发生。因此, 如何在提高护理安全和护理质量的基础上, 努力提高患儿及患儿家属对纤维支气管镜治疗的认知, 全方位做好护患配合, 以确保患儿顺利进行纤维支气管镜治疗, 减少或杜绝并发症的发生, 值得我们研讨。为减少并发症的发生率和提高术后患儿的康复水准, 我科自 2019 年 2 月起开始试行健康教育路径对行纤维支气管镜治疗肺部疾病患儿及家属进行健康宣教, 取得了良好的效果, 分析总结临床实践经验如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取自 2018 年 8 月至 2019 年 8 月收治的行纤维支气管镜治疗肺部疾病的患儿 160 例, 其中男性患儿 90 例, 女性患儿 70 例, 年龄最大 13 岁, 最小 6 个月, 平均年龄 (2.12±1.51) 岁; 包括纤维支气管镜介入治疗取异物 34 例, 肺泡灌洗术 126 例。排除高热、严重营养不良、严重肝肾功能障碍、心脑血管病及明确诊断肺结核者, 其中 2018 年 8 月至 2019 年 2 月的 80 例为对照组, 2019 年 2—8 月的 80 例为观察组。两组患儿在性别、年龄以及疾病类型等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 对照组采用我科 2018 年 8 月前的健康教育措施, 患儿入院后由责任护士全程对该患儿及其家属进行纤维支气管镜治疗医学知识和护理技能常规宣教, 并在整个治疗护理过程中进行规范化的指导。

观察组采用我科 2019 年 2 月后的健康教育路径。健康教育路径由科室成员总结几年来纤维支气管镜治疗的经验教训和查阅大量文献, 制定一份健康教育路径表。健康教育路径表采取责任护士 (执行) 和组长 (监督、反馈、评价) 两级并行机制。具体方法如下: 1) 入院教育: 由责任护士与患儿及家属建立沟通路径, 进行医院体系的入院宣教; 责任护士一对一地对患儿及家属进行纤维支气管镜治疗医学知识和护理技能的讲解, 建立护患联动机制。2) 住院教育: 组长采取集体授课的形式, 介绍纤维支气管镜诊疗流程、术后护理的注意事项和护理技巧。组长采取问答的形式同患儿及家属进行讲解和交流, 预判责任护士的教育效果。如果发现可能存在的不足或患儿及患儿家属理解不全面的情况, 及时反馈至责任护士, 责任护士进行改进和细化调整。3) 术前教育: 责任护士根据患者病情指导完成各项术前相关检查, 严格落实术前禁食、禁饮 6 h。给予心理护理, 减轻患儿及家长焦虑、恐惧的情绪。4) 术后教育: 术后责任护士严格落实禁食、禁饮 3 h, 防止进食后引起呛咳及出血; 确保允许进食前, 先饮少量温开水, 无呛咳时再进食半流质; 指导合适体位、活动、用药的注意事项。组长不定期查验各患儿术后的康复情况, 监督护理质量, 初步评价健康教育路径在实践过程中的成效。5) 出院教育: 责任护士详细交代每个患儿出院后的康复注意事项, 教会患儿及家属的基础护理方法。组长落实患儿及家属对护理的满意度问卷的调查, 对健康教育路径效果做出最终评价。

1.3 评价指标与标准: 应用自制量表记录两组患儿的以下情况。1) 并发症的发生率: 行纤维支气管镜治疗后发生缺氧发绀、咯血、声音嘶哑、发热等并发症的发生率。2) 护理满意度得分: 采用我院护理部自制的住院患者护理服务满

意度调查表进行调查, 内容包括护士讲解疾病相关知识, 护士介绍饮食、活动的注意事项, 护士讲解有关检查或手术前的准备事项, 护士的治疗和操作是否熟练, 未使用呼叫器时护士能否主动巡视病房, 以及当您有疑问或困难时护士能否耐心解答并设法帮助您解决等 10 项指标, 每项指标分为“不满意”“一般”“满意”“非常满意”4 个等级, 每项指标的评分为 3~10 分, 满分为 100 分。

1.4 统计学分析: 采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计学分析处理, 两组并发症发生率的比较采用 χ^2 检验, 两组护理满意度得分的比较采用两样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症发生情况比较: 对照组并发症的发生率明显高于观察组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 5.378$, $P = 0.02$, 表 1)。

表 1 两组并发症发生率的比较 [n=80, 例 (%)]

组别	缺氧发绀	发热	声音嘶哑	咯血	合计
观察组	5 (6.25)	4 (5.00)	2 (2.50)	0 (0.00)	11 (13.75)
对照组	12 (15.00)	7 (8.75)	3 (3.75)	1 (1.25)	23 (28.75)

2.2 两组护理满意度得分比较: 观察组的护理满意度得分为 (94.44±6.25) 分, 对照组的护理满意度得分为 (90.86±10.75) 分, 观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($t = 2.557$, $P<0.05$)。

3 讨论

3.1 健康教育路径减少了纤维支气管镜治疗术后并发症: 我科于 2012 年在本市率先开展纤维支气管镜治疗术, 也是福建省较早开展该技术的科室, 至今完成儿童支气管镜诊疗术 2 000 余例。在纤维支气管镜的置入过程中, 容易引发一系列并发症^[3]。如何减少或杜绝并发症的发生率成为我科一直努力的方向。纤维支气管镜治疗术前、术后的康复护理措施不到位或错位, 极易引发缺氧发绀、咯血、声音嘶哑、发热等并发症的发生。护理层面的突破也是减少并发症发生率的一个重要分支, 于是我科自 2019 年 2 月起开始试行健康教育路径对行纤维支气管镜治疗患儿及家属进行健康教育。健康教育路径是指在循证护理和临床路径理论基础的指导下, 为了满足患者在疾病发生、发展、转归过程中对健康教育的需求, 依据标准的健康教育计划, 为某一类患者制订的健康教育路线图或表格^[4]。纤维支气管镜诊疗术经历的时间短, 所需掌握的知识时效性较强, 患儿及家属要在短时间内接受该项检查的知识比较困难。健康教育路径作为一种新的教育模式, 有严格的教育顺序、准确的时间要求, 较传统的健康教育更有计划性、连续性, 能提高护理质量, 减少资源浪费^[4]。健康教育路径确保了患儿在行纤维支气管镜治疗术各个阶段, 患儿家属在照顾护理患儿时有章可循, 有效避免或杜绝护理措施不到位或错位为并发症的发生埋下的隐患。患儿家属掌握了纤支镜治疗的知识和护理技能, 严格按照规定执行纤支镜检查术前禁食时间, 术后饮食、活动、用药等注意事项, 有效地配合了责任护士的护理工作, 为术后的

康复治疗打下坚实的基础,避免各种随意性行为造成术后风险。本文中观察组患者的并发症发生率为 13.75%,对照组为 28.75%,观察组明显低于对照组,差异具有统计学意义。

3.2 健康教育路径提高了患儿及其家属对护理的满意度:健康教育路径是将传统的医学专业理论知识与实践方法相结合,以更生动形象的方式为患儿及其家属进行指导,使其更容易接受及掌握^[5]。当患儿及家属在充分熟悉相关的医学知识和护理技巧后,有效地缓解了患儿及家属焦虑、不安的情绪,全身心投入到配合患儿的治疗中。一对一的责任护士教育机制,让患儿及家属有求必应、有感就解,让患儿及家属疲惫的身心得到温暖。健康教育路径所具有的计划性、连续性,使其制度化和规范化了责任护士对患儿及其家属健康教育的实施,避免了护士因繁忙、经验不足等原因而有所遗漏,促进护士团队在护理工作中的严谨性。责任护士(执行)和组长(监督、反馈、评价)两级并行机制的实施,可增强责任护士主动服务意识;反馈机制的实行,可及时地了解和掌握护理过程中存在的问题,使问题得到及时处理和解决;评价机制的实行,有利于各位责任护士及时发现自己的不足,促进低年资护士快速的成长,有利护理团队整体水平的提高。一支高素质充满敬业和爱心的护理团队,自然而然

地得到患儿及其家属的尊敬与爱戴。我科的实践表明观察组平均得分为(94.44±6.25)分,对照组平均得分为(90.86±10.75)分,观察组明显高于对照组,差异具有统计学意义。

4 小结

纤维支气管镜技术是专科性较强的知识,健康教育路径的实施提高了患儿及其家属纤维支气管镜治疗的依从性,有效地减少了并发症发生率,提高了患儿及其家属对护理的满意度,确保了医疗护理安全和护理服务质量,值得临床推广。

参考文献

- [1] 张薇, 王佳. 临床护理路径在纤维支气管镜下治疗小儿肺部疾病的研究 [J]. 中国继续医学教育, 2017, 9 (23): 247-249.
- [2] 何菊兰. 细化护理细节在小儿支气管镜术中的应用效果 [J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9 (23): 162-163.
- [3] 许娅玲, 王荣贵. 精细化护理在小儿纤维支气管镜术中的应用 [J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11 (1): 144-146.
- [4] 徐信兰, 吕云霞, 黄间维, 等. 健康教育路径互动执行单在“以家庭为中心”儿外科病房的应用 [J]. 中华护理教育, 2017, 14 (8): 607-609.
- [5] 苏瑜, 李莉. 健康教育路径在儿童喘息性疾病治疗中的效果 [J]. 中国健康教育, 2016, 32 (9): 841-844.

早期活动对 ICU 机械通气患者谵妄的影响

福建省立医院重症医学一科(福州 350001) 陈基民 郑菁林 聿

机械通气(mechanical ventilation, MV)是重症加强护理病房(ICU)救治危重症患者的常见治疗方法。根据重症治疗指南, MV 患者需要镇静镇痛以消除气管插管、约束以及疾病本身等不适引起的烦躁及人机对抗,减少组织耗氧;加上患者长时间的卧床,造成机体活动减少、机体功能减退、肌肉萎缩、肌力下降、镇静镇痛药物的蓄积、呼吸肌及膈肌功能减弱等,这些问题使得谵妄更容易发生。最后导致患者延迟脱机甚至无法脱机,导致患者住院时间延长,住院费用也随之增加^[1]。为了降低呼吸机病人谵妄的发生率,减少 ICU 获得性衰弱,我院近年采用早期活动的护理措施,与常规护理措施进行比较,探讨早期活动对患者谵妄的影响。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:收集 2018 年 5 月至 2020 年 3 月我科收治的 121 例 MV 患者资料。纳入标准:1) 年龄≥18 岁;2) 收治 ICU 经气管插管 MV 的患者;3) 机械通气时间>24 h, ICU 治疗时间>24 h。实施早期活动的安全标准:1) RASS 评分-2~1 分;2) 心率 50~130 次/min;3) 收缩压 90~160 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa);4) 呼吸频率 10~30 次/min;5) 吸气氧浓度(FiO₂)≤0.6、呼气末正压(PEEP)≤10 cm H₂O (1 cm H₂O=0.098 kPa);6) 氧合指数(PaO₂/FiO₂)>200 mm Hg。患者男 73 例,女 48

例,年龄 18~81 (52.2±11.6) 岁。随机分为观察组和对照组,两组性别、年龄等差异无统计学意义,具有可比性。本研究经过通过医院伦理审查,取得患者及家属的同意。

1.2 方法:对照组采用 ICU 机械通气常规护理的方法。观察组在常规护理基础上增加早期活动干预的方法。

1.2.1 观察组干预方法:成立早期活动康复小组,小组由科主任、管床医生、护士长、护理组长、护理骨干及康复科医生组成。通过开会讨论共同制订早期活动方案,再培训各护理组组员,对早期活动实施考核,合格后方可开展早期活动方案。早期活动实施步骤:1) 每日上午 10 点和下午 3 点对患者进行谵妄评估后,由康复小组根据活动安全标准来决定患者是否开始早期活动^[2];2) 评估 MV 患者病情、RASS 评分(Richmond 躁动与镇静量表);3) 护士做好操作前准备,充分吸痰,保持呼吸道通畅。检查各管道、监护设备连接线以及仪器设备等均固定在位。

早期活动方案分为 5 级活动^[3]。1 级活动:深镇静患者,按时翻身拍背体疗;四肢关节被动活动及肌肉揉捏;每步动作重复 10 次,每次 5~10 s。2 级活动:清醒(RASS>-3 分)MV 患者,肌力在 0~3 级。根据病情逐渐改变卧位角度(30°→45°→90°),四肢活动,2 次/d,实施 20 min 的主动肢体活动,包括:双手 10 s 以上用力握拳,踝泵运动;患者如果能配合完成关节的主动运动,可协助患者直