

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<sup>[5]</sup>。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 耸

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<sup>[1]</sup>。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(FiO<sub>2</sub>)≤0.6、呼气末正压(PEEP)≤10 cm H<sub>2</sub>O (1 cm H<sub>2</sub>O=0.098 kPa);6) 氧合指数(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>)>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<sup>[2]</sup>;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<sup>[3]</sup>。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

立坐于床上, 时间为 30 min, 2 次/d。3 级活动: 患者神志清楚, 在上一级活动基础上, 增加坐于床沿。2 次/d, 时间为 30 min。实施前做好充分意外事件准备。取一移动餐桌, 根据患者身高调整合适高度, 让患者双手放在桌上, 肘下垫一软枕; 双脚自然垂下, 脚下垫一脚踏垫, 支撑一定的重量。4 级活动: 清醒 MV 患者, 四肢肌力 4~5 级, 在上一级活动基础上, 根据病人耐受情况, 给予脱机或者继续使用呼吸机, 帮助患者离床, 转坐于轮椅上。2 次/d, 时间为 30 min~1 h。5 级活动: 患者意识清楚, 在 4 级活动基础上, 开始步行锻炼, 2 次/d, 刚开始以行走 5~10 m 为宜, 若患者能耐受酌情增加距离。

1.2.2 观察指标: 采用 ICU 患者意识模糊评估法 (CAM-ICU) 评估 ICU 气管插管及其他无法言语患者谵妄的状况<sup>[4]</sup>。评估内容包括 4 个方面: 1) 评估患者 24 h 内意识状态的急性改变, RASS 评分出现变化则为阳性; 2) 数字法注意力评估; 3) 意识水平的改变; 4) 判断患者思维是否混乱。CAM-ICU 评估阳性: 1) 和 2) 均判断阳性, 且加上 3) 或 4) 为阳性即可判断谵妄阳性。观察谵妄发生率、谵妄持续时间、机械通气时间、过渡脱机时间。ICU 谵妄发生率=观察时段研究对象谵妄阳性例数/同期研究对象总数 $\times 100\%$ 。观察时段为接受机械通气 24 h 起, 至成功拔管后 48 h。谵妄持续时间: 从研究对象在 ICU 治疗期间首次诊断谵妄阳性至末次诊断为谵妄阳性之间持续的时间。

1.3 统计学方法: 数据采用 Excel 2010 录入数据, SPSS 23.0 进行统计分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验进行比较; 计数资料用例 (百分率) 表示, 采用卡方检验进行比较。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 谵妄发生率的比较: 对照组机械通气患者谵妄发生率为 40.0%, 观察组谵妄发生率为 24.6%, 两组差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 对患者的年龄与谵妄发生情况进行比较分析, 发现不同年龄段谵妄发生情况存在差异, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 对组内不同性别间谵妄发生率进行比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。组内  $\geq 65$  岁与  $< 65$  岁的患者谵妄发生率差异无统计学意义 ( $P < 0.05$ , 表 1)。

表 1 两组谵妄发生率的比较 [例 (%)]

项目	对照组 (n=60)		观察组 (n=61)		$\chi^2$ 值	P 值
	阴性	阳性	阴性	阳性		
谵妄	36 (60)	24 (40)	46 (75.4)	15 (24.6)	11.123	0.001
性别						
男	23 (38.3)	15 (25)	27 (44.3)	8 (13.1)	1.23	0.212
女	13 (21.7)	9 (15)	19 (31.1)	7 (11.5)		
年龄						
8~44 岁	12 (20)	5 (8.3)	18 (29.5)	3 (4.9)	10.232	0.032
45~64 岁	16 (26.7)	7 (11.7)	15 (24.6)	4 (6.5)		
$\geq 65$ 岁	8 (13.3)	12 (20)	13 (21.3)	8 (13.1)		

2.2 机械通气时间、谵妄持续时间、谵妄发生率及过渡脱机时间的比较: 两组机械通气时间、谵妄持续时间、谵妄发生率及过渡脱机时间比较, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ , 表 2)。

表 2 MV 通气时间、谵妄持续时间、谵妄发生率及过渡脱机时间比较

组别	例数	机械通气时间/ h [例 (%)]	谵妄发生/ [例 (%)]	谵妄持续时间/ (h, $\bar{x} \pm s$ )	过渡脱机时间/ (h, $\bar{x} \pm s$ )
观察组	61	105.78 $\pm$ 55.45	15 (24.6)	14.34 $\pm$ 5.78	6.25 $\pm$ 2.38
对照组	60	125.78 $\pm$ 65.45	24 (40)	17.68 $\pm$ 6.89	11.67 $\pm$ 3.52
$t$ 值		2.134	2.315	1.432	2.342
$P$ 值		0.002	0.001	0.005	0.003

## 3 讨论

3.1 谵妄发生率的比较: 两组患者谵妄的发生率有明显差异。因此, 本研究根据病人病情由活动小组制订个性化的早期活动方案, 通过早期活动有效促进患者认知功能、注意力和定向力的改善<sup>[5]</sup>, 明显减少了谵妄的发生。本文结果提示, 高龄患者谵妄的发生率高于年轻患者。老年患者因为代谢慢, 药物容易出现蓄积, 特别是镇静药的蓄积, 加上基础疾病多, 脑组织出现退行性改变后引起脑功能减退, 更容易发生谵妄。暂时未发现谵妄与性别有关。

3.2 MV 时间、谵妄持续时间及过渡脱机时间的比较: 观察组的 MV 时间、谵妄持续时间以及过渡脱机时间均比对照组短。因为, 早期活动可逐渐恢复各肌肉及关节的生理功能, 改善呼吸肌以及膈肌的功能, 并且能有效减缓膈肌的萎缩, 使患者自主呼吸功能较早得到恢复, 缩短通气时间; 其次, 早期活动能有效改善患者在长期卧床及制动情况下肢体肌力、耐力及关节活动度, 防止全身肌肉萎缩特别是呼吸肌及四肢的肌力, 并且逐渐增加患者的肌肉耐力及全身代谢情况, 促进有害物质及镇静药物的代谢与排除, 减少谵妄持续时间及过渡脱机时间, 从而缩短患者 ICU 住院时间, 降低治疗费用<sup>[6]</sup>; 第三, 活动过程中需要和患者共同配合完成, 特别是 3、4、5 级运动。早期活动可减少患者的焦虑情绪及自卑的心理, 帮助患者重建自信心; 早期活动有效改善机械通气患者长期卧床、制动引起的肢体关节僵硬, 提高患者的舒适感, 减少谵妄发生的不良因素<sup>[7]</sup>。

总之, 早期活动小组成员根据每个患者病情, 个性化地制订标准化的早期活动方案, 通过培训护理骨干, 最后按步骤实施, 值得临床推广及应用。

## 参考文献

- [1] 李大亮. 早期康复治疗对老年重症肺炎机械通气患者并发症及预后的影响 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2018, 17 (1): 46-50.
- [2] 郭昆. 每日唤醒与舒适化镇痛镇静两种方案在 ICU 机械通气患者中的应用比较 [J]. 中华危重病急救医学, 2018, 30 (10): 950-952.
- [3] 浙江省医学会物理医学与康复学分会重症康复专业委员会. 浙江省重症康复专家共识 [J]. 浙江医学, 2017, 39 (24): 2191-2209.
- [4] Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) [J]. Crit Care Med, 2001, 29 (9): 1370-1379.

- [5] 中华医学会重症医学分会. 中国成人 ICU 镇痛和镇静治疗指南 [J]. 中华危重病急救医学, 2018, 30 (6): 497-514.
- [6] 陈开容. 机械通气患者早期运动的重要性及护理对策 [J]. 广州医科大学学报, 2016, 44 (1): 100-102.

- [7] Hodgson C, Bellomo R, Berney S, et al. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study [J]. Crit Care, 2015 (19): 81.

## 延续性护理对白血病患者化疗过程焦虑抑郁情绪及治疗依从性的影响

福建省立医院血液科 (福州 350001) 郑鸿玉 叶海燕 蔡清华 陈燕辉

白血病是常见的造血系统疾病, 是一类造血干细胞的恶性克隆性疾病, 死亡率非常高。遗传、环境、化学物质等均是导致白血病发病的诱因。白血病临床表现为贫血、出血、淋巴结肿大、发热、感染、组织浸润等症状。若治疗不及时, 可影响全身其他非造血组织或器官, 损害正常造血功能, 引发全身脏器功能衰竭, 严重者危及生命<sup>[1]</sup>。化疗为白血病的常用治疗手段, 能在一定程度上缓解病症, 但疗程较长, 且易引发各类并发症。化疗期间由于疾病带来的身心折磨, 加之化疗引发的不良反应, 一般情况下, 患者易产生焦虑、抑郁等负面情绪, 治疗依从性差, 服药、治疗和复查都无法按医嘱及时进行, 导致治疗及生活质量降低, 对生存和预后产生严重影响<sup>[2]</sup>。因此, 护理工作在改善白血病患者化疗期间产生的焦虑抑郁情绪及提升治疗依从性中十分关键, 应重点关注。有研究报道, 延续性护理能改善患者生活质量以及治疗依从性<sup>[3]</sup>。本文对我院白血病患者化疗情况回顾性分析, 以探讨延续性护理对白血病患者化疗焦虑抑郁情绪及治疗依从性的影响。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料:** 选择我院血液内科 2018 年 9 月至 2019 年 12 月住院的白血病患者 60 例, 其中男 38 例, 女 22 例, 年龄 11~65 (40.59±16.54) 岁。文化水平: 小学 8 例, 初中 12 例, 高中 20 例, 大专 10 例, 大学 10 例。所选取的白血病患者皆符合临床诊断标准<sup>[4]</sup>, 均接受化疗, 并且已在知情同意书上签字。排除化疗相关禁忌证者, 排除精神方面障碍或语言、认知相关功能障碍者, 排除其他系统严重功能障碍不能耐受治疗者。将患者随机分为观察组和对照组, 每组 30 例。对照组男 20 例, 女 10 例, 年龄 11~65 (40.73±17.75) 岁; 观察组男 18 例, 女 12 例, 年龄 12~64 (40.43±15.24) 岁。两组性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。

### 1.2 方法:

**1.2.1 护理方法:** 所有白血病患者在院期间皆给予白血病化疗的相关常规护理, 包含常规的健康教育、自身病情的观察、膳食指导、生活指导等。出院后予以对照组常规的出院相关护理, 如用药、饮食及病情变化监测的相关指导; 出院时完成 1 次量表评估; 出院 1 周后常规随访 1 次, 3 个月内不定期随访或预约返院复查, 3 个月后可电话随访或者返院复诊时完成量表评估。观察组出院时完成 1 次量表评估, 出院后给予延续性护理, 具体如下: 1) 成立延续性护理小组,

组长由科护士长担当, 指定责任护士担任患者的第一负责人, 制定出院后随访制度, 包含出院患者的专人档案的建立 (一般信息、联络方式、微信号、随访的内容及时间等)、随访指定负责人进行, 一般由责任护士负责随访的具体事宜, 每周进行 1 次随访, 随访时间大概在 10~20 min, 以电话随访或者微信等方式进行随访, 3 个月后可电话随访或者返院复诊时完成量表评估。2) 延续性护理: ①重点进行心理指导。白血病病情凶险, 病死率比较高, 患者内心易产生悲观、绝望等不良情绪, 一旦患者产生这些不良情绪或者失去继续治疗的信心, 将对整个的治疗进程与临床治疗效果产生一定的影响。护士通过和患者及其家属详细地沟通, 介绍白血病的特殊性、化疗的目的与方法以及可能发生的一些不良反应和并发症, 协助患者尽可能地克服内心对白血病及化疗的恐惧, 缓解其心理的压力。②膳食指导。白血病是较严重的消耗性疾病, 告知患者可进食优质蛋白、纤维含量高、易消化的高热量低脂及维生素含量高的食物; 嘱咐患者少食多餐, 忌食辛辣的、生冷凉性、腌制的食品。③PICC 管护理。PICC 管在长期留置期间可能会出现并发症, 置管后是否正确妥善地维护是 PICC 管是否能安全、长期使用的关键。加强所有置管患者的无菌观念, 按时按需客观评估敷料情况: 是否有潮湿、渗血渗液、污染、脱落的情况出现, 出院时指导患者按时预约 PICC 门诊室更换敷贴, 一般 7 d 换 1 次。④肢体功能锻炼。通过电话或者微信指导可进行适当的运动, 以患者自身情况决定运动量, 避免劳累, 例如散步或者慢跑等, 适当的锻炼可以使患者的不良情绪得到宣泄、缓解, 建立延续性护理活动档案。⑤引导患者与病情相关联的疑问, 特别是有关病情方面, 如用药后的不良反应等, 责任护士收集相关信息并向诊疗组医生汇报, 患者也可直接向医生反映用药后的不良反应, 医生可针对性地调整治疗方案。监督患者遵医嘱, 定时、定量用药, 对依从性差者及时干预, 安排血液科门诊定期复诊。

**1.2.2 评价指标:** 1) 使用宗 (Zung) 氏焦虑自评量表 (SAS)、宗 (Zung) 氏抑郁自评量表 (SDS) 对两组干预前后的情绪状态进行对比。两个量表均包含 20 个条目, 每个条目 0~5 分, 分数越高, 焦虑、抑郁程度越低。同时使用癌症患者生活质量评价量表 (EORTC QLQ-30) 评估患者干预前后生活质量, 共 30 个条目, 每个条目 0~3 分, 生活质量和评估分数成正比。2) 自制治疗依从性调查问卷表, 由护士指导患者填写, 评估治疗依从性。总分 100 分, 将患