

3 讨 论

健康的生活是人们所追求的,生理的、心理的健康和社会的和谐统一才会有健康的生活,对患者来讲,舒适护理则是努力达到这一目标的有效的护理模式。南丁格尔强调病房必须空气新鲜、条件舒适、环境清洁、安静,这其中已隐藏了舒适护理的萌芽。舒适护理的概念是 20 世纪 90 年代提出的,今天所说的舒适护理模式就是要从护理的独特领域中研究出解决舒适问题的方法,给予所有患者舒适护理。肺结核的发病通常较急,咯血量多的患者还容易引发窒息、休克等并发症,严重威胁患者的生命健康。通过对肺结核患者进行生理舒适护理、心理舒适护理以及环境舒适护理能够有效提高患者的生活质量,改善患者的焦虑状况,增强了患者治愈疾病的信心以及积极性,使患者以良好的身心状态配合医嘱进行治疗,更有利于患者的康复以及减少并发症,同时还提高了舒适护理的满意度,改善了护患关系,临床效果理想。因此,舒适护理值得在肺结核患者的临床护理中应用以及推广。

参考文献

[1] 马方. 216 例肺结核咯血护理体会[J]. 临床肺科杂志,

2007,12(8):898-899.

- [2] 白晓华,刘静媛. 肺结核咯血护理对策[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(5):96.
- [3] 何宝荣. 肺结核咯血护理体会[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(1):320.
- [4] 冯翠莲,黄丽萍,曾华志. 全程护理对肺结核并咯血患者疗效的影响[J]. 广东医学,2012,33(13):2033-2034.
- [5] 黄岩,王兆莲. 肺结核咯血患者的护理[J]. 现代医药卫生,2004,20(24):2709-2710.
- [6] 陈永兰. 肺结核咯血患者的护理体会[J]. 河北医学,2000,6(12):1141.
- [7] 李琼蕾. 肺结核咯血患者的护理与观察[J]. 中国医药指南,2013,11(1):334-335.

(收稿日期:2013-07-22 修回日期:2013-10-16)

小儿腺病毒肺炎临床护理分析

彭燕平(湖南省湘西土家族苗族自治州人民医院儿一科 416000)

【摘要】 目的 探讨小儿腺病毒肺炎临床相关护理问题。**方法** 选择 2012 年 1 月至 2013 年 3 月腺病毒肺炎患儿 75 例作为研究对象,在接受药物治疗的同时针对其临床特点给予相应的护理措施。观察患儿的治疗效果,对比护理干预前后患儿家长情绪状态的差异性。**结果** 经治疗和护理干预后,所有患儿均痊愈或好转,总有效率达 100.00%,未发生一例患儿死亡等严重后果。对比患儿家长情绪状态发现,干预后焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分均明显下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在小儿腺病毒肺炎的临床治疗中实施相应的护理措施,可提高患儿治疗依从性,改善家长情绪状态,值得在今后的临床工作中予以推广。

【关键词】 腺病毒肺炎; 护理; 小儿

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0269-02

腺病毒肺炎是小儿肺炎中最严重的类型之一,在临床较为常见,一般多发生于 3 岁以下婴幼儿。腺病毒感染后可引起咽结合膜热、肺炎、脑炎、膀胱炎、肠炎等多器官受累,多伴有明显中毒症状,具有起病急骤,变化迅速,病情危重等特点,病死率较高^[1]。本院在小儿腺病毒肺炎的临床治疗中实施相应的护理措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 3 月本院腺病毒肺炎患儿 75 例作为研究对象,其中男 42 例,女 33 例;月龄 3~45 个月,平均(20.73±6.32)岁;体质量 5~15 kg,平均(10.25±4.62)kg;病程 1~6 d,平均(3.65±1.04)d;患儿母亲文化程度包括本科 14 例、大专 20 例、高中 28 例、初中 13 例。所有患儿均有反复发热、咳嗽、呼吸急促、喘憋等临床表现,肺部可闻及湿啰音、喘鸣音。鼻咽部分泌物进行脱落细胞涂片,经直接免疫荧光法检测呈阳性,腺病毒 IgM 抗体呈阳性。CT 检查见肺部实变者 62 例。

1.2 干预方法 入院时对患儿家长进行健康教育,以取得家长的配合。将重症、轻症患儿分开收住。保持病房温度在 20~

22℃,湿度控制在 50%~60%。每日 2 次对病房空气、床栏、桌面和地面等做好消毒。严格限制探视人员,接触患儿时均佩戴口罩,穿好隔离衣^[2]。严密监测患儿病情进展,若发现患者体内严重缺氧,应加大氧气量。如呼吸增快或表浅、三凹征阳性者提示并发呼吸衰竭,立即报告医师予呼吸机辅助通气治疗。严格记录出入量,观察心脏、肾脏等功能的变化。对高热患儿采用物理降温、退热剂联合应用。注意及时擦去患儿汗液,更换干爽的衣服和被褥,并及时补充水分^[3]。

嘱患儿保持卧床休息,取半卧位,头部抬高 30°~45°,以利于减轻心肺负担、减少胃肠道反流和误吸。患儿剧烈咳嗽时指导家属不要惊慌,将患儿置于侧卧位,保持呼吸道通畅,不可立即抱起患儿,以防突然体位改变引起痰液堵塞或误吸。对可以合作的大龄患儿鼓励其进行有效咳嗽,深缓吸气后用手按住胸壁,用力咳嗽后吐出痰液,以免痰液咽下发生胃肠道感染,引起呕吐或腹泻。

给予持续低浓度氧气吸入,使患儿血氧饱和度维持在 95%~98%。喘憋症状明显者遵医嘱予复方异丙托溴胺、布地奈德溶液雾化吸入。对于合作较差的低龄患儿可采用玩具等

转移其注意力,避免因哭闹影响药物吸入量,雾化吸入过程中嘱家长积极配合。雾化治疗后进行背部和胸部叩击,按照从肺底到肺尖、从外侧到内侧的顺序进行叩击,注意不可用力过猛。如仍不能有效咳出痰液,需进行吸痰操作,以恢复呼吸道通畅^[4]。

为避免医患冲突和纠纷,护理人员应积极与患儿家长沟通,进行必要的解释,告知患儿家长积极配合治疗的重要性。同时,以精湛的医术、娴熟的技巧取得家长的信任,建立良好的护患关系。对预计可能会出现病情变化和用药后的不良反应预先告知家长,使其有心理准备,避免引起不必要的恐慌^[5]。

1.3 评价指标 采用华裔教授 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价患儿家长的情绪状态。SAS 共包括 20 项内容,均采用 0~4 分评分,将各项得分相加后乘以系数 1.25,取整数部分即得到 SAS 标准分。SAS 评分越高,表示焦虑程度越严重。SDS 的评分方法和标准类似于 SAS。SDS 评分越高,表示抑郁程度越严重^[6]。

1.4 统计学处理 所有数据均采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, *t* 检验进行组间比较。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

经治疗和护理干预后,所有患儿均痊愈或好转,总有效率 100.00%,未发生一例患儿死亡等严重后果。对比患儿家长情绪状态发现,干预后 SAS 评分、SDS 评分均明显下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。具体数据详见表 1。

表 1 干预前、后患儿家长 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	SAS 评分	SDS 评分
干预前	75	56.83 ± 10.12	58.41 ± 9.63
干预后	75	48.75 ± 9.42*	49.44 ± 8.45*

注:与干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

小儿上呼吸道的解剖生理结构发育尚不完善,免疫功能较差,易发生腺病毒感染而引起肺炎^[7]。如合并维生素 D 缺乏性佝偻病、营养不良、贫血的患儿更易发生感染。腺病毒来源于 1953 年的扁桃体组分分离培养实验,它主要由 47 个免疫的血清型组成,还有人根据其不同的生物特性,分为 A、B、C、D、E、F6 个小组^[8-10]。腺病毒的繁殖场所是机体内的细胞核,它作为一种 DNA 病毒,具有很好的耐酸与耐脂性。当腺病毒发生病变时,经常会引起机体局灶性或者机体融合性的支气管炎。相比较其他容易引起呼吸道感染的病原体,腺病毒的发病率相对较高,尤其在儿童呼吸道感染中较为常见^[9]。小儿腺病毒肺炎好发于冬、春季,以腺病毒 3 型和 7 型较为多见,这两种病型均是小儿支气管炎和肺炎的发病源。有研究发现,腺病毒 3 型

和腺病毒 11 型在我国的南方较为常见,而腺病毒 7 型却在我国北方城市多见,其中腺病毒 7 型的病情与腺病毒 3 型相比稍微严重一些。腺病毒感染后多伴有明显中毒症状,发生呼吸系统、循环系统、神经系统、消化系统等并发症。

腺病毒肺炎好发于 3 岁以下的小儿,由于其气管黏膜消除能力差,病情变化较大,常伴有呼吸困难、喘憋症状,甚至可能诱发心力衰竭、死亡等严重不良后果。患儿家长在治疗过程中易产生紧张、焦虑、抑郁、恐惧等不良情绪,导致医患关系紧张。因此在治疗过程中相应的护理措施十分重要。通过护理干预严密观察患儿的病情进展,以便及早采取治疗措施,还可稳定家长的情绪,使其客观、冷静地面对现实,积极配合治疗和护理工作。同时在护理过程中展现出来的良好的专业素质和职业操守也可增进护患之间的理解,利于各项诊疗工作的开展。本次研究中,对比干预前、后患儿家长情绪状态发现,干预后 SAS 评分、SDS 评分均明显下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

本研究结果表明,在小儿腺病毒肺炎的临床治疗中实施相应的护理措施,可提高患儿治疗依从性,改善家长情绪状态,值得在今后的临床工作中予以推广。

参考文献

- [1] 吴春丽. 护理干预对小儿腺病毒肺炎的疗效观察[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(6): 378-379.
- [2] 李华, 边维娜. 腺病毒肺炎患儿 28 例的护理[J]. 临床医药实践, 2010, 19(4B): 513-514.
- [3] 刘艳. 小儿急性上呼吸道感染的护理[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(2): 211.
- [4] 闻芳, 徐宏, 林玲. 小儿腺病毒肺炎的临床特点及护理对策[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(11B): 1723-1724.
- [5] 钱武. 整体护理在重症毛细支气管炎临床应用体会(附 40 例报告)[J]. 当代医学, 2009, 15(7): 97-98.
- [6] 张爱民. 小儿急性上呼吸道感染的护理和健康教育[J]. 黑龙江医药, 2010, 23(3): 466-467.
- [7] 王翠林. 小儿上呼吸道感染的治疗与防治[J]. 求医问药, 2011, 9(11): 177-178.
- [8] 杨好妹, 何时军, 林芳, 等. 小儿腺病毒感染 55 例临床分析[J]. 中国小儿急救医学, 2008, 15(5): 464-465.
- [9] 翟雪玲. 小儿腺病毒感染 52 例临床分析[J]. 中国医师进修杂志, 2010, 33(21): 56-57.
- [10] 尹红, 王善雨. 腺病毒 55 型感染的流行病学特征与预防控制[J]. 中国当代医药, 2012, 19(17): 13-15.

(收稿日期: 2013-05-24 修回日期: 2013-09-10)

