

变换体位干预对肺炎患儿肺功能水平及家长疾病知识掌握情况的影响分析

许迎红

中南大学湘雅医院儿科 410000

【摘要】目的 探讨变换体位干预对肺炎患儿肺功能水平及家长疾病知识掌握情况的影响。**方法** 选取本院肺炎患儿100例,时间为2016年7月到2018年8月,随机分成对照组和观察组,对照组采取常规体位护理,观察组采取变换体位干预,对比两组患儿的肺功能水平、家长疾病知识掌握情况以及患儿的心率、呼吸频率和血氧饱和度。**结果** 观察组肺炎患儿的肺功能水平和家长疾病知识掌握程度显著优于对照组肺炎患儿, $P < 0.05$ 。观察组肺炎患儿的心率、呼吸频率和血氧饱和度和对照组肺炎患儿相比,存在显著差异 ($P < 0.05$)。**结论** 变换体位干预可改善患儿的肺功能,提高家长对疾病知识的掌握程度。

【关键词】 肺炎; 变换体位干预; 肺功能水平; 家长疾病知识掌握情况

【中图分类号】 R473.72

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 05-151-02

作为儿科常见的一种感染性疾病,肺炎有着较高的发病率;若是未得到及时有效的治疗,患儿有较大可能引发心率衰竭、呼吸衰竭等严重病症,甚至可能导致死亡^[1]。目前针对小儿肺炎,除了针对性治疗措施外,还需要科学合理的护理干预措施,不仅能够提高患儿的临床治疗效果,还可以改善患儿的肺功能,缓解患儿的临床症状。而本文旨在探讨变换体位干预对肺炎患儿肺功能水平及家长疾病知识掌握情况的影响。

1 资料和方法

1.1 资料

在本院选取肺炎患儿100例,时间范围为2016年7月到2018年8月。纳入标准为:①年龄范围为1岁到10岁;②经临床检查诊断均符合小儿肺炎的临床诊断标准;③患儿家属知晓并同意本研究,已签署同意书。排除标准为:①合并有严重性器质性病变的患儿;②合并有严重性先天性疾病的患儿。

按随机数字法将100例患儿均分成对照组和观察组,每组各有患儿50例。对照组中,男孩29例,女孩21例,年龄1岁到8岁,平均 (4.26 ± 1.64) 岁。观察组中,男孩24例,女孩26例,年龄3岁到10岁,平均 (5.64 ± 1.28) 岁。观察并对比两组肺炎患儿的一般资料,未见显著差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组肺炎患儿在入院后均接受常规治疗护理干预,包括有降温处理、祛痰治疗以及抗感染治疗等对症治疗措施。

对照组肺炎患儿接受常规体位护理干预,具体内容为:患儿仰卧,采取自由体位或者将床头太高30度左右,患儿的头部偏向其中一侧^[2]。

观察组肺炎患儿在上述护理干预的基础上实施变换体位干预措施,具体方式为:患儿变换体位所涉及到的体位包括有头高脚低斜坡卧位、头低脚高的左侧卧位、头低脚高的右侧卧位等;患儿首先采取头高脚低斜坡卧位,高度为30度,患儿的头部偏向一侧,上肢高举到头部并微屈,下肢向外展并微屈,保持该体位30

分钟后换成仰卧位;2个小时之后,为患儿采取头低脚高的左侧卧位,高度同为30度,患儿的四肢呈屈曲状态,并在患儿的头部、背部、臀部等部位放置软垫;后隔2个小时,为患儿采取头低脚高的右侧卧位;随后,每隔2个小时为患儿变换体位,包括头低脚高的左侧卧位、头低脚高的右侧卧位和仰卧位等;在变换体位之前,护理人员需要为患儿进行叩背,时间为5分钟。

1.3 观测指标

观察两组肺炎患儿的临床护理情况,比较两组肺炎患儿的肺功能水平以及家长对疾病知识的掌握情况。对比两组肺炎患儿的心率、呼吸频率和血氧饱和度。

两组肺炎患儿的肺功能水平主要包括有第一秒用力呼出气体容量(FEV1)、用力肺活量(FVC)、最大呼气中断流速(FEF25%-75%)以及最高呼气流速(PEF)。

两组肺炎患儿的家长疾病知识掌握情况采用自制的知识调查表进行判断,满分为100分,分数高于85分为优,分数在60分到85分之间为良,分数低于60分为差。

1.4 统计方法

本研究数据均采用SPSS 22.0版本的统计学软件进行分析检验,其中计数资料(患儿家长对疾病知识的掌握情况)采用“%”的形式表示,卡方进行检验;而计量资料(患儿的肺功能指标以及心率、呼吸频率和血氧饱和度)则采用“均数 ± 平均值”的形式表示,T值进行检验。 $P < 0.05$,则可说明数据差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组肺炎患儿对比肺功能水平

观察组肺炎患儿的FEV1、FVC、FEF25%-75%和PEF水平分别为 (3.94 ± 0.44) 、 (3.94 ± 0.47) 、 (3.69 ± 0.64) 、 (5.69 ± 1.14) ;对照组肺炎患儿的FEV1、FVC、FEF25%-75%和PEF水平分别为 (2.05 ± 0.48) 、 (1.64 ± 0.36) 、 (2.01 ± 0.39) 、 (3.21 ± 0.54) ;观察组显著高于对照组, $P < 0.05$ 。如图表1所示:

表1: 对比两组肺炎患儿的肺功能水平

组别	例数	FEV1 (L)	FVC (L)	FEF25%-75% (L·s ⁻¹)	PEF (L·s ⁻¹)
观察组	50	$3.94 \pm 0.44^*$	$3.94 \pm 0.47^*$	$3.69 \pm 0.64^*$	$5.69 \pm 1.14^*$
对照组	50	2.05 ± 0.48	1.64 ± 0.36	2.01 ± 0.39	3.21 ± 0.54

注: * 与对照组相比, $P < 0.05$ 。

2.2 比较2组肺炎患儿的家长疾病知识掌握情况

观察组肺炎患儿的家长疾病知识掌握优良率为98.00%,对照

组肺炎患儿的家长疾病知识掌握优良率为76.00%,观察组高于对照组, $P < 0.05$ 。如表2:

表2: 对比两组肺炎患儿的家长疾病知识掌握情况

组别	例数	优	良	差	优良率
观察组	50	31 (62.00%)	18 (36.00%)	1 (2.00%)	49 (98.00%) *
对照组	50	23 (46.00%)	15 (30.00%)	12 (24.00%)	38 (76.00%)

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 比较两组肺炎患儿的心率、呼吸频率以及血氧饱和度

观察组肺炎患儿的心率为 (128.64 ± 3.69) , 呼吸频率为 (41.29 ± 1.52) , 血氧饱和度为 (0.98 ± 0.05) ; 对照组肺炎患

儿的心率为(142.82±4.62),呼吸频率为(49.82±3.24),血氧饱和度为(0.81±0.03);两组肺炎患儿相比,P<0.05。

表3:对比两组肺炎患儿的心率、呼吸频率和血氧饱和度

组别	例数	心率 (次/min)	呼吸频率 (次/min)	血氧饱和度 (%)
观察组	50	128.64±3.69*	41.29±1.52*	0.98±0.05*
对照组	50	142.82±4.62	49.82±3.24	0.81±0.03

注:*与对照组相比,P<0.05。

3 讨论

小儿肺炎是临床中常见的一种疾病,多发生在婴幼儿时期,也是导致婴幼儿死亡的一个常见病因。目前对于小儿肺炎的致病因素,主要为细菌感染(细菌性肺炎)、病毒感染(病毒性肺炎)、支原体感染(支原体肺炎)、衣原体感染(衣原体肺炎)以及真菌感染(真菌性肺炎)等。其中细菌感染多为肺炎链球菌、葡萄球菌、流感嗜血杆菌以及绿脓杆菌感染,而病毒感染则多为腺病毒、麻疹病毒、流感病毒以及呼吸道合胞病毒感染等。目前针对小儿肺炎的治疗,常见的治疗方式为综合治疗,治疗目的在于改善患儿的通气功能,缓解并控制患儿的炎症症状,预防或避免并发症发生等。

在小儿肺炎的临床治疗或者临床护理中,患儿的体位有着相当重要的作用;为患儿采用科学合理的体位,可缓解患儿的临床症状,降低患儿的临床并发症的发生概率,促进患儿的康复。在常规护理干预中,仰卧位是常见的一种护理体位,虽然该体位有助于管理患儿的呼吸道、观察患儿的病情等,但是容易引发并发症,影响患儿的康复。而为患儿采取头高脚低斜坡卧位、头低脚高左侧卧位、头低脚高右侧卧位、头低脚高俯卧位等体位,一定程度上可降低呕吐、吸入性肺炎等并发症的发生率;其中头低脚高俯卧位和头低脚高侧卧位,均能够促使患儿的下呼吸道分泌物由下而上排出,改善患儿受压部位的血液循环情况,增加患儿的肺活量等^[4]。

(上接第149页)

感染将大大降低骨科无菌手术的治疗效果,所以采取一定的措施避免切口感染的发生十分重要^[4]。手术室护理干预是一种科学有效的护理模式,其通过在术前、术中、术后进行整体全面的护理,能够显著减少骨科无菌手术切口感染的发生。本次研究进行对照试验,其中进行常规手术护理的为A组,进行手术室护理干预的为B组,统计两组患者的护理满意度,A组患者为82.47%、B组患者为98.97%。B组患者的护理满意度明显高于A组患者(P<0.05);比较两组患者的切口感染发生率,A组患者为13.40%(13/97)、B组患者为2.06%(2/97),B组患者的切口感染发生率明显小于A组患者(P<0.05);在平均手术时间和平均住院时间方面的比较,B组患者也都明显优于A组患者(P<0.05),与大多数学者的研究结果相符^[6]。于是可以得出结论,在骨科无菌手术中进行手术室护理干预能够较好地预防切口感染的发生,显著

(上接第150页)

均是造成慢性阻塞性肺气肿的因素^[6]。中老年患者是肺部疾病的高发人群,慢性阻塞性肺气肿的主要临床表现为咳嗽、咳血、呼吸困难等,严重时甚至会导致呼吸衰竭^[7]。

综上所述,对老年慢性阻塞性肺气肿患者实施舒适护理能够提高患者的护理满意度,改善患者痰液消失的时间,值得临床进行进一步推广应用。

参考文献

- [1] 胡其秀,朱晓玲.舒适护理在老年慢性阻塞性肺气肿护理中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,17(22):21-23.
- [2] 王莲英.慢性阻塞性肺病体位与排痰护理[J].护士进修杂志,

在本文中研究中,实施变换体位干预的患儿,FEV1、FVC、FEF25%-75%和PEF水平分别为(3.94±0.44)、(3.94±0.47)、(3.69±0.64)、(5.69±1.14);而常规护理下的患儿,FEV1、FVC、FEF25%-75%和PEF水平分别为(2.05±0.48)、(1.64±0.36)、(2.01±0.39)、(3.21±0.54);两者相比存在显著差异,P<0.05。同时,实施变换体位干预的患儿,家长疾病知识掌握优良率为98%,显著高于常规护理下的肺炎患儿的76%,P<0.05。实施变换体位干预的肺炎患儿,心率为(128.64±3.69),呼吸频率为(41.29±1.52),血氧饱和度为(0.98±0.05);而常规护理下的肺炎患儿,心率为(142.82±4.62),呼吸频率为(49.82±3.24),血氧饱和度为(0.81±0.03);两者相比存在显著差异(P<0.05)。由此可见,在临床中为肺炎患儿实施变换体位干预措施,可以有效增加患儿的肺活量,改善患儿的心率、呼吸频率和血氧饱和度,从而促进患儿的肺功能的改善和恢复;同时,在一定程度上能够提高患儿家长对肺炎知识的掌握了解程度。

综上所述,变换体位干预可改善患儿的肺功能,提高家长对疾病知识的掌握程度。

参考文献

- [1] 高英,刘春晓,蔡永萍.变换体位干预对肺炎患儿肺功能水平及家长疾病知识掌握情况的影响[J].现代医学,2018,46(10):1196-1199.
- [2] Johkoh,T.,Sumikawa,H.,Fukuoka,J.et al.Do you really know precise radiologic-pathologic correlation of usual interstitial pneumonia?[J].European Journal of Radiology,2014,83(1):20-26.
- [3] 曾繁霞,王玉兰.综合护理对小儿肺炎临床依从性及肺功能的影响效果观察[J].甘肃科学学报,2018,30(3):70-73.
- [4] Targeting the nucleolus for cancer intervention[J]. Biochimica et biophysica acta.Molecular basis of disease:B BA,2014,1842(6):802-816.

缩短患者的手术时间和住院时间,大大提高了患者的护理满意度,所以值得进一步推广于临床。

参考文献

- [1] 陆芳芹.骨科手术室护理干预效果与无菌手术切口感染的相关因素探析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(31):114.
- [2] 王鑫.研究手术室优质护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(07):209-210.
- [3] 李林.手术室护理干预骨科无菌手术切口感染的效果分析[J].中外女性健康研究,2019(01):126+135.
- [4] 赵英玲.手术室护理干预对骨科无菌手术切口感染的效果分析[J].首都食品与医药,2018,25(24):165.
- [5] 刘萍.手术室护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的效果分析[J].中国继续医学教育,2018,10(29):177-178.

志,2016,17(8):634-635.

- [3] 张淑华.老年慢性阻塞性肺气肿并发自发性气胸的护理探讨[J].西部医学,2017,24(3):594-595.
- [4] 陈燕.慢性阻塞性肺气肿的临床护理分析[J].实用心脑血管病杂志,2017,19(12):2176-2176.
- [5] 谷美群.慢性阻塞性肺气肿患者的临床护理分析[J].中国医药导报,2016,08(20):164-165.
- [6] 三主体双轨道交互式护理干预模式在空巢老年慢性阻塞性肺气肿病人中的应用效果评价[J].护理研究,2016,30(10):3479-3482.
- [7] 董淑秀,宋彦美.54例慢性阻塞性肺病体位排痰的临床护理[J].河北医学,2016,12(4):364-365.