

# 基于症状管理理论的强化护理服务在重症肺炎患者中的应用

易彩英

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

**摘要:** 目的: 探讨症状管理理论在重症肺炎患者中的护理效果。方法: 采用前瞻性随机对照方法, 纳入 2021 年 7 月至 2023 年 2 月在本院重症医学科住院治疗的重症肺炎患者 120 例, 按照随机数字法分为对照组及研究组, 各 60 例; 对照组实施常规的康复护理, 研究组将症状管理理论运用到患者的护理服务中。比较两组患者机械通气总时间、ICU 住院时间、住院总时间、住院总费用、并发症发生情况; 采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评估患者的负面情绪; 分析患者及其家属对护理工作满意度的评价。结果: 干预后, 研究组患者的机械通气总时间、ICU 住院时间、住院总时间、住院总费用、并发症发生情况等评分均优于对照 ( $P < 0.05$ ); SAS 及 SDS 评分均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 护理满意度优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 基于症状管理理论的护理服务能有效改善重症肺炎患者的临床症状及心理状态, 减少并发症的发生, 提高护理工作满意度。

**关键词:** 症状管理理论; 重症肺炎; 护理

重症肺炎是 ICU 患者死亡病例中最常见的病种之一。由于病情发展迅速, 易导致感染性休克和多器官衰竭<sup>[1]</sup>。如未采取及时、有效的救治措施, 会危及患者生命。有研究表明, 症状管理理论能改善重症肺炎患者的临床疗效, 减少并发症发生<sup>[2]</sup>。症状管理理论是根据对患者的症状体验, 制定症状管理策略, 最终评估症状管理效果, 达到维持患者健康状态的目的<sup>[3]</sup>。目前, 有关症状管理理论的护理服务模式应用于重症肺炎患者的应用研究比较少。本研究探讨症状管理理论的护理服务模式对重症肺炎患者的临床疗效、心理状态评分及不良并发症的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 7 月至 2023 年 2 月在本院重症医学科住院治疗的重症肺炎患者 120 例作为研究, 随机分为两组各 60 例。对照组: 男 35 例, 女 25 例; 年龄 18-58 ( $33.32 \pm 2.18$ ) 岁; 研究组: 男 36 例, 女 24 例, 年龄 19-57 ( $32.24 \pm 3.62$ ) 岁; 两组患者基线经对比后无明显差异 ( $P > 0.05$ )。经本院医学伦理委员会批准后开展研究。

### 1.2 纳入标准及排除标准

**纳入标准:** 符合重症肺炎的临床诊断标准<sup>[4]</sup>; 参照美国胸科协会 (ATS) 及美国感染学会制定的重症肺炎的诊断标准; 病历资料完整; 认知功能正常; 知情同意。

**排除标准:** 合并严重心、脑、肾等器质性疾病患者; 伴有恶性肿瘤患者或有严重自身免疫病患者; 不同意参加本研究者, 中途失联的患者; 病历资料不全患者。

### 1.3 实施方法

#### 1.3.1 对照组

采用常规的护理方法: ①基础护理: 遵医嘱予抗感染、祛痰, 同时加强气道管理。②病情监测: 护全程监测患者的血氧饱和度和血压等生命体征变化情况, 加强巡视, 预防并发症发生。③饮食护理: 加强饮食管理, 防止误吸。④进行心理疏导, 防止焦虑和抑郁情况发生。

#### 1.3.2 观察组

在对照组基础上, 实施症状管理理论为基础的护理服务, 具体做法: (1) 成立基于“症状管理理论”的护理服务小组: 小组成员由研究者本人、科护士长、高年资护士共 6 名、心理治疗师 1 名、康复治疗师 1 名, 共 10 名组成, 由主管医师制定治疗方案、解答疾病问题, 护士长负责制定、审核护理干预方案, 康复治疗师为患者制定康复方案, 心理治疗师负责对患者进行心理辅导, 专科护士对患者进行具体护理方案的实施。(2) 建立症状管理成员微信群: 研究者成立微信群, 每天按时发送一些关于重症肺炎及其并发症的预防及康复护理方法, 主动邀请患者及家属入群, 鼓励其在群内进行交流; 患者或家属根据自身的情况, 提出问题或不解之处, 由科室有权威的医生或护士进行解答。通过相关的问题进行针对性引

导, 让患者表达自身真实的症状体验, 了解患者在治疗中的需求。

(3) 症状管理理论实施的具体方案: ①评估: 评估内容包括患者的精神状态、生命体征及并发症发生风险等。所用工具包括简易精神状态量表、生命体征评价表、日常生活能力评价量表、并发症发生风险评估表等, 每天早晚各评价 1 次。②计划与实施: 根据护理人员评估结果, 制定强化护理服务计划。根据最新的重症肺炎护理操作指南, 结合患者病情、治疗及护理等诸多方面, 制订标准的护理方案。③针对重症肺炎及可能出现的并发症采取的护理措施: I 加强气道管理, 借助机械辅助排痰装置, 在心理疏导、病情观察基础上加强气道湿化、雾化吸入、叩背等, 提高肺部感染的控制效果。II 氧疗及用药管理: 对于氧疗患者, 由护理人员辅助患者每天上午 9:00 及下午 3:00 床边站立、行走 15min; 对于气管插管患者, 每天晨起停镇静药物, 并唤醒 1 h, 嘱手脚主动活动 5-10min, 生命体征趋于平稳后, 加强主动训练, 根据患者病情, 采取床尾拉力带训练, 鼓励其尽早下床活动, 预防潜在的并发症的发生。

### 1.4 观察指标

(1) 观察两组患者的治疗效果: 包括机械通气总时间、ICU 住院时间、住院总时间、住院总费用; (2) 观察两组并发症发生情况: 包括感染性休克、胸膜炎、心包膜炎、心功能不全及衰神经系统症状 (嗜睡、烦躁、抽搐等); (3) 观察两组患者的心理状态: 参照陈浩岩<sup>[5]</sup>的焦虑自评量表 (SAS) 及抑郁自评量表 (SDS) 进行评分; 该量表有四个条目, 每条目 25 分, 范围 25-100 分, 分数越高说明患者抑郁或焦虑症状越严重。(4) 观察两组患者家属对护理工作的满意度: 包括非常满意、基本满意、一般、不满意。满意率 = 非常满意 + 基本满意 + 一般 / 总例数  $\times 100\%$ 。问卷由病人或家属自行填写, 当场收回, 回收率为 100%。

### 1.5 统计学方法

所有数据均用 SPSS26.0 软件计算。计数资料用  $n(\%)$  表示, 行  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 行 t 检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床指标比较

见表 1。

表 1 两组患者临床指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	机械通气总时间 (d)	ICU 住院时间 (d)	住院总时间 (d)	住院总费用 (元)
对照组	60	10.76 $\pm$ 2.15	19.16 $\pm$ 1.14	28.05 $\pm$ 2.18	52571.27 $\pm$ 8247.17
研究组	60	5.45 $\pm$ 2.15	11.30 $\pm$ 2.11	16.30 $\pm$ 2.07	22571.20 $\pm$ 1247.12

t	24.164	28.235	28.125	29.245
P	0.004	0.001	0.002	0.021

2.2 两组患者并发症发生率比较

见表2。

表2 两组患者并发症发生率比较[n (%) ]

组别	例数	感染性休克	胸膜炎	心包膜炎	心功能不全	神经系统症状	总发生率
对照组	60	2 (3.33)	5 (8.33)	4 (6.67)	5 (8.33)	6 (10.00)	22 (36.67)
研究组	60	0 (0.00)	2 (3.33)	1 (1.67)	2 (3.33)	2 (3.33)	7 (11.67)
$\chi^2$							9.245
P							0.015

2.3 两组患者干预前后抑郁、焦虑评分比较

见表3。

表3 两组患者干预前后抑郁、焦虑评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	62.55 ± 8.24	42.47 ± 5.24	64.14 ± 6.23	43.78 ± 4.11
		研究组	60	62.17 ± 7.19	24.21 ± 2.26
t	1.812			12.341	0.998
P		0.451	0.012	0.425	0.015

2.4 两组患者及家属护理满意度比较

见表4。

表4 两组患者及家属护理满意度比较[n (%) ]

组别	例数	非基一不总				总满意度
		常满意	本满意	般	满意	
对照组	60	22 (36.67)	14 (23.33)	14 (23.33)	10 (16.67)	50 (83.33)
		研究组	60	40 (66.67)	16 (26.67)	2 (3.33)
$\chi^2$						
P						0.032

3 讨论

在越来越关注生存质量的今天,疾病的“治愈”已非医疗护理的最终目标<sup>[6]</sup>。就重症肺炎患者而言,随着治疗水平的提高,患者的生存率已得到显著提升。然而,治疗后或康复过程中发生的并发症也给患者及其家人带来很大的困扰。而症状管理理论有以下优势:①不仅能指导单一症状,也能指导症状群的研究;②更加具体、全面地呈现了有效的症状管理所需要囊括的各个要素及相互间的联系;③该理论是一个多维度的过程,包括症状评估、计划、落实等过程;④症状管理策略的几大要素的描述可帮助医护人员发展和评价干预措施;⑤“依从性”为评价干预措施的影响提供解释;⑥各概念间的关系明确,且可测量;⑦体现了症状管理是一个动态的过程。

重症肺炎患者的康复护理一直是医护人员关注的重点,如何提高护理服务质量,加快患者康复也是护理人员关注的问题。常规康复护理在虽有一定的作用,但对各项症状及并发症的控制力度仍有待加强。患者恢复过程中各项症状的控制效果直接关系到其康复成效,一旦出现并发症不仅增加患者痛苦,也增加其经济负担,影响预后。因此,医护人员应针对重症肺炎患者的身体状况,积极探讨理想的康复护理服务,保障患者快速康复,减少并发症发生,弥补常规康复护理的不足。

本研究结果显示,研究组干预后机械通气总时间、ICU住院时间、住院总时间均更短,住院总费用更少,且均明显优于对照组,说明以症状管理理论为基础的强化护理服务应用在重症肺炎患者,可以促使患者快速康复。另外,本研究中,研究组住院期间并发症发生率低于对照组,可知相较于常规的康复护理,以症状管理理论为基础的强化护理服务应用在重症肺炎患者的治疗过程中,可更为有效地控制并发症发生的风险。

本研究结果显示,研究组干预后患者家属满意度明显提升,究其原因:医护人员在管理过程中,不断提高自身专业知识和技能水平,让患者需求得到满足;长期的照护以及通过面对面交流或微信交流,增加医患之间的信任,促进情感的提升;同时研究者对患者进行健康指导及疼痛护理指导,一定程度上促进了患者治疗依从性及对知识的掌握度;护理人员和蔼的态度及换位思考,都能够与之建立信任感,从而满意度提高。

有研究<sup>[7]</sup>,对患者进行基于症状管理理论的姑息性护理,可以明显缓解患者的负性情绪。护士通过对患者进行心理疏导,使其了解更多的疾病相关知识以及负性情绪对疾病的不良影响,纠正患者的错误认知,使其主动配合治疗以及相关的护理操作,减轻患者的抵触情绪;减少患者因为长期治疗而导致的肌肉萎缩以及关节功能障碍,并且可以减少人机抵抗的现象,提高其对疾病认知度,缓解心理压力,提高其治疗信心,进而可减轻负性情绪。本研究结果显示,研究组干预后的SAS及SDS评分均低于对照组(P>0.05),与如上研究结果相似,说明该护理方法可缓解患者焦虑程度,改善患者的焦虑、抑郁情绪。

综上所述,应用基于症状管理理论的护理服务对重症肺炎患者进行干预,能提高治疗效果,减少并发症。但本研究样本量较少,研究时间过短,且未对患者家庭生活环境及教育背景等进行调查,可能会对研究结果造成误差,故如需进一步研究该护理方法,后期应加大样本量并延长观察时间进行更深入地探讨。

参考文献:

[1]中国医师协会急诊医师分会.中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J].中国急救医学杂志, 2016, 36 (2): 97-107.  
 [2]徐文君,涂惠.症状管理理论在心衰衰竭病人中的应用研究进展[J].全科护理, 2022, 20 (25): 3491-3495.  
 [3]左玲,陈文凤.基于症状管理理论的癌症疼痛管理策略在喉癌放疗病人中的应用[J].循证护理,2020,6(6):577-581.  
 [4]曹彬,蔡柏菁.美国胸科协会和美国感染病协会对医院内获得性肺炎诊治指南的修订[J].中华内科杂志,2005, 44 (12): 945-948.  
 [5]陈浩岩.重症肺炎机械通气早期康复护理对脱机成功率的影响[J].中国实用医药, 2020,15(35):190-192.  
 [6]韩琳.基于症状管理理论的姑息性护理对癌症晚期患者癌因性乏力的影响[D].郑州大学, 2018.  
 [7]朱慧秀.以症状管理理论为基础的强化护理服务对结肠癌患者根治术后的康复效果研究[J].沈阳医学院学报, 2021,23(01): 57-60.