

家庭协作模式及舒适护理应用对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气 综合征肥胖患儿多导睡眠监测效果的分析

文玉敏,李江丽,黄彩芬

(右江民族医学院附属医院耳鼻喉科,广西 百色 533000 E-mail:2793358175@qq.com)

摘要: **目的** 探讨家庭协作模式和舒适护理干预用于阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)肥胖患儿行多导睡眠监测图(PSG)监测的效果。**方法** 选取 2011 年 1 月~2015 年 6 月在我院行多导睡眠监测的肥胖儿童 82 例,随机分为对照组和干预组,每组 41 例,对照组实行常规对症护理,干预组于监测前、监测中及监测后行家庭协作模式和舒适护理干预,比较两组的监测成功率及护理工作满意度。**结果** 经综合干预后,干预组监测成功率为 97.56%,高于对照组的 80.49% ($P < 0.05$);干预组护理满意度为 97.56%,高于对照组的 75.61% ($P < 0.05$)。**结论** 在 OSAHS 肥胖患儿行 PSG 监测过程中实施家庭协作模式和舒适护理干预,可以增强患儿的安全感和心理/生理满足,能提高监测成功率及护理满意度。

关键词: 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征;多导睡眠监测;护理干预;护理满意度

中图分类号: R563.8;R473.5

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2016)03-0353-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.03.040

睡眠呼吸暂停综合征是一种常见的睡眠呼吸调节障碍性疾病,表现为睡眠中的鼾声、睡眠呼吸暂停、呼吸表浅、夜间低氧血症、日间嗜睡等^[1],其中阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS)最为常见。有研究认为 OSAHS 与肥胖密切相关,BMI 每升高一个标准差,OSAHS 的危险率会升高 4 倍^[2]。OSAHS 在儿童中并不少见,流行病学调查显示,OSAHS 在儿童中的发病率为 1%~5%,及时对肥胖儿童进行 OSAHS 的筛查并对确诊病例给予相应的干预和治疗很有必要。目前整夜多导睡眠监测图(polysomnography, PSG)监测是诊断 OSAHS 的金标准,而消除就诊患儿对监测环境的孤独感和恐惧及提高护理的舒适度对确保监测成功具有重要意义。本文旨在观察 OSAHS 肥胖患儿在监测前后实行家庭协作模式和舒适护理干预的应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月~2015 年 6 月在我院行 PSG 的 OSAHS 肥胖患儿 82 例,其临床表现主要为睡眠打鼾、张口呼吸、睡眠中憋醒等,肥胖筛查界值点采用中国肥胖问题工作组制定的诊断标准, $BMI = \text{体重}/\text{身高}^2 (\text{kg}/\text{m}^2)$,OSASH 多导睡眠监测诊断依据符合我国《儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊疗指南草案》^[3]。将符合标准的患儿 82 例分为对照组和干预组,每组 41 例。对照组中男 32 例,女 9 例;年龄为 5~12 岁,干预组中男 31 例,女 10 例,年龄 6~13 岁。对照组与干预组在性别、年龄等方面,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 PSG 监测 应用凯迪泰医学科技有限公司生产的 SW-SM2000C 多导睡眠诊断分析系统接受记录

传感器的信号,监测 PSG。

1.2.2 家庭协作模式及护理干预方法 采用传统护理模式对对照组行 PSG 监测,干预组则采用家庭协作模式,并分别在监测前、监测中和监测后行舒适护理。

1.2.2.1 监测前干预 ①创造良好的监测环境:对需要行多导睡眠监测的患儿安排预约,带领患儿和家长一起参观监测睡眠室,让患儿和家长初步了解即将进行的多导睡眠监测环境,以消除患儿的陌生感。为方便家属陪同,同时应设置陪护床。②营造家庭氛围:向家长了解患儿的睡眠和生活习惯,PSG 监测晚指导家长安排平时和患儿关系最亲密的家属陪同,遵照患儿的平时睡眠习惯,让其携带平时睡眠时喜欢的枕头、玩具和图书等,尽量满足患儿的心理、生理需求,解除患儿的孤独、恐惧感。

1.2.2.2 监测过程干预 ①加强家属配合和疏导。为避免连线给儿童带来负面情绪,做好解释和沟通,指导家长自身要消除紧张情绪,并配合护士一起鼓励监测儿童。连接成功后将各导联线整理好,用纱布条系于床头,以免导线过多、过乱影响患儿的睡眠质量。②电极连线操作要快、熟、准。操作人员平常要勤加练习并必须牢记接线的部位,快、熟、准的接线技术可以减少患儿的紧张情绪。③严密观察护理。护士应定时巡视,严密观察各导联线有无异常,及时处理患儿及仪器出现的问题。巡视过程中开、关门时动作宜轻柔,说话、走路的声音要轻,不要打扰小儿睡眠。

1.2.2.3 监测后干预 ①采取家庭协作增加舒适感。监测结束后,用湿毛巾擦净导电膏,轻轻摘除患儿身上的电极。随后可由家属配合协助撕除胶布,边撕胶布边鼓励患儿的勇敢,为了减轻撕胶布时的疼痛,用温水浸湿的湿棉球或温水毛巾一边擦拭一边撕脱,去除胶布时手法要轻柔和快,避免损伤患儿皮肤。②满意度

调查。就本次监测环境、过程、结果,以及医护人员服务态度、技术征求家属的意见,同时开展满意度问卷调查,以便为今后改进服务质量提供依据。

1.2.3 评价指标

1.2.3.1 PSG 监测成功率 以口鼻气流、鼾声、经皮动脉血氧饱和度、脑/眼电图、心率、胸腹部呼吸运动以及体位等 7 项作为监测患儿睡眠中的指标。PSG 各项监测参数全部采集完整为监测成功,有 1 项或多项参数缺失为失败^[4]。

1.2.3.2 护理满意度评价 采用本科自行设计的调查表对整夜陪同患儿监测的家属进行问卷调查,问卷内容包括对患儿睡眠监测环境是否舒适、用物设施是否齐全,对医护人员护理操作、服务态度、语言仪表的满意度及对本科的 PSG 监测护理有无其他意见或建议等 6 项。问卷评价总分为 100 分,90~100 分为非常满意,75~89 分为满意,60~74 分为基本满意,<60 分为不满意。总体满意为非常满意+满意+基本满意。满意度为总体满意人数/各组人数。

1.2.4 统计学方法 数据统计采用 SPSS 13.0 软件进行分析,计数资料用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组监测成功率及监测失败原因比较 在干预组患儿进行家庭协作模式和舒适护理干预后,监测成功 40 例,失败 1 例,干预组成功率为 97.56%(40/41);对照组监测成功 33 例,失败 8 例,对照组成功率为 80.49%(33/41)。两组监测成功率比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.49, P=0.034$)。两组监测失败的原因:干预组的 1 例为 SpO₂ 信号丢失;对照组的 8 例中 3 例为环境因素的改变,2 例为 SpO₂ 信号丢失,1 例为口鼻气流管脱落,2 例为睡眠时间短。

2.2 护理满意度比较 干预组家属对多导睡眠监测护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患儿家属对多导睡眠监测满意度比较

组别	<i>n</i>	非常满意 (<i>n</i>)	满意 (<i>n</i>)	基本满意 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	满意度 (%)
干预组	41	35	4	1	1	97.56
对照组	41	21	6	4	10	75.61

注: $\chi^2=8.50, P=0.004$

3 讨论

儿童 OSAHS 自 20 世纪 70 年代被提出以来,其发病率逐年增高,目前已证实肥胖是与儿童 OSAHS 有关的风险因素。临床上 OSAHS 主要依靠 PSG 确诊^[5],PSG 是一种可以在整夜睡眠过程中,连续并同步监测和记录多项生理指标的检查方法。导致儿童多导睡眠监测失败的原因有患儿年龄小不能很好配合、家长缺乏相关知识、导联线脱落、医务人员缺乏责任心

等^[6]。另外,患儿在 PSG 监测过程对环境和设备产生多种不适,也会影响监测结果。

我科予干预组 PSG 监测时,要求由与患儿有亲密关系的家属整夜全程陪同,这样就能有效地缓解患儿的孤独感和陌生感。通过监测前询问家长了解患儿的生活习惯,在监测室布置和家庭类似的睡眠环境及延续患儿的睡眠习惯,很大程度上避免患儿发生首夜不适反应,从而最大限度降低了监测的失败。同时,无微不至的舒适护理也是提高 PSG 监测成功率的关键措施。PSG 监测过程是一项细致的护理工作,医护人员除要有高度的责任心和爱心之外,还需要具备熟练的技能,通过提高护理操作技术,能有效避免和减少夜间导联线的滑落,避免反复粘贴导联线而干扰患儿的睡眠。在 PSG 监测过程中联合采用家庭协作模式和舒适护理干预,有助于患儿在生理上和心理上都获得安全感和满足感,使患儿获得舒适的护理和感受到家庭式、亲人般的温暖,极大提高了其监测配合度。本研究结果显示,干预组监测成功率达 97.56%,明显高于对照组的 80.49%,与相关报道的结果一致^[7]。对两组的护理满意度进行调查分析,干预组的护理满意度达 97.56%,显著高于对照组的 75.61%。

综上所述,通过对 OSAHS 肥胖患儿行多导睡眠监测的家庭协作模式和舒适护理干预,从护理人员的服务态度、监测技术、监测环境等方面进行持续质量改进,将心理护理、舒适护理及家庭协作融入患儿行 PSG 检查过程的各个环节,缓解了患儿的焦虑不安情绪,提高了监测的成功率及患儿家属对护理的满意度,为评估和治疗肥胖儿童 OSAHS 提供了重要依据。

参考文献:

[1] 何明光,蓝冰,黄东,等. 老年阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者经持续气道正压通气治疗前后血糖和血脂的变化研究[J]. 右江民族医学院学报,2013,35(2):143—144.

[2] Cuccia A M,Campisi G,Cannavale R,et al. Obesity and craniofacial variables in subjects with obstructive sleep apnea syndrome: comparisons of cephalometric values [J]. Head Face Med,2007,3:41.

[3] 殷松,陈正荣. 儿童单纯性肥胖体质指数与阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的相关性[J]. 中国社区医师,2013,15(22):78—79.

[4] 王志飞,周晶晶,管叶明,等. 多导睡眠呼吸检测仪在睡眠呼吸暂停综合征中的应用研究[J]. 中国医学装备,2015,12(4):86—88.

[5] 王淑芬. 影响儿童多导睡眠监测结果的原因分析[J]. 华中医学杂志,2007,31(6):485—486.

[6] 支秀琴. 影响儿童多导睡眠监测的相关因素分析及护理对策[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(14):53—54.

[7] 钦玲玲,陆华东. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征行多导睡眠检测仪监测的舒适护理干预效果观察[J]. 中国现代医生,2015,53(26):147—150.

收稿日期:2015—12—19;修回日期:2016—03—17