

家庭干预模式在学龄期儿童哮喘控制中的作用

宋 霞

(南华大学附属第一医院急诊儿科,湖南 衡阳 421001)

摘 要: **目的** 探讨家庭干预模式在学龄期儿童哮喘控制中的应用效果。 **方法** 回顾性分析已确诊并在家进行治疗的学龄期哮喘患儿 96 例,其中常规组和干预组各 48 例,常规组实施常规护理,干预组在此基础上采取家庭干预,干预时间为半年,比较两组控制率、发作次数、住院次数、住院天数、失学天数,并分析干预前、后呼气高峰流量占预计值的百分比(PEF%)和第 1 秒用力呼气量占预计值的百分比(FEV₁%)。 **结果** 干预组控制率明显高于常规组($P < 0.05$),而发作次数、住院次数、住院天数、失学天数低于常规组($P < 0.05$)。两组干预前 PEF%、FEV₁% 比较,差异无显著性($P > 0.05$),干预组干预后 PEF%、FEV₁% 较常规组升高($P < 0.05$)。 **结论** 家庭干预可明显改善学龄期哮喘患儿的哮喘控制水平,减少急性发作,并增强肺功能。

关键词: 哮喘; 家庭干预; 肺功能; 儿童

中图分类号: R725.6 **文献标识码:** B

哮喘属于呼吸系统最常见病,尽管全球哮喘防治倡议(GINA)方案的制定和执行使哮喘的诊治水平大为改善,但仍不能彻底消除引起哮喘发作的致病因素,哮喘反复发作不仅严重影响患儿的生活质量,而且给家庭和社会带来沉重负担^[1]。哮喘急性发作期,患儿往往在医院进行治疗,出院后进入缓解期,家庭则成为治疗的主要场所,但很多患儿和家长对于家庭治疗的重要性认识不够。为了探讨家庭在哮喘长期控制中的作用,本研究以学龄期哮喘患儿为研究对象,观察家庭干预对哮喘控制率、疗效和肺功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集 2010 年 1 月~2013 年 6 月在本院确诊并在家进行治疗的学龄期哮喘患儿 96 例,均符合 2008 年儿童支气管哮喘诊断与防治指南中哮喘的诊断标准^[2],并排除其它呼吸道疾病以及肝、肾功能不全者。96 例哮喘患儿分为干预组和常规组,每组 48 例。干预组男 27 例,女 21 例;年龄 5~12 岁,平均年龄为 9.45 ± 3.74 岁;病程 0.5~8.0 年,平均 4.73 ± 1.64 年;轻度 19 例,中度 29 例。常规组男 25 例,女

23 例;年龄 6~13 岁;平均年龄为 9.84 ± 4.02 岁;病程 0.6~9.0 年,平均 4.79 ± 2.01 年;轻度 21 例,中度 27 例。干预组与常规组在性别、年龄、病程及病情等方面比较,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 干预方法

两组患儿均按 2008 年儿童支气管哮喘诊断与防治指南制订治疗措施,吸入不同剂量的糖皮质激素,轻度持续吸入丙酸氟替卡松气雾剂(辅舒酮),中度持续吸入沙美特罗氟替卡松粉吸入剂(舒利迭),在急性发作时使用短效 β_2 激动剂(沙丁胺醇),两组辅舒酮及舒利迭治疗例数无差异($P > 0.05$)。常规组患儿进行常规护理及健康教育,发送并细致讲解《儿童哮喘防治知识》,介绍药物的使用方法、注意事项、不良反应等。干预组患儿在此基础上由经过统一培训的专科护士进行以家庭为中心的综合护理干预,干预时间为半年,每月干预 1 次,每月第 1 个周末在患儿家中进行干预,每次 30 min,总共 6 次,每次干预后进行电话回访 1 次,并随时保持电话、短信、QQ、微信或 E-mail 联系,以监督患儿的治疗情况,具体如下:(1)指导家长为患儿布置一个温馨的居住房间,保持清洁,开窗通风,避免接触过敏源,不用皮毛、羽绒、地毯、丝绵用物,不摆放花草,不养宠物,特别在花粉飞扬的季节应尽量减少户外活动,以免造成哮喘复发;(2)努力查找引起哮喘发作的诱因,解决哮喘患儿危险因素识别和处理行为方面的问题,制订减少或避免诱因的计划;(3)学习哮喘的相关知识,了解哮喘发作

前的先兆和发作时的症状、体征及其处理措施,并指导患儿在突发哮喘或者病情加重时采取积极有效的自救措施;(4)指导患儿正确使用药物,每月现场示范药品仿真模型,监督患儿服药以检查其吸入方法是否正确,确保有效吸入足量的药液,特别强调吸入激素无成瘾性、毒性以及不影响生长发育,但每次吸入激活后应漱口,以避免激素副作用,从而解除患儿及其家长对用药安全方面的顾虑,更加配合治疗;(5)掌握峰流速仪的使用方法,要求患儿每天使用简易峰流速仪测定峰流速值,并填入记录表格,学会自己判断病情是否稳定或阶段性用药的效果;(6)要求患儿每天坚持写哮喘日记,详细记录天气(温度和湿度)、特殊饮食、病情(咳嗽时间、频率等)、峰流速测定值;(7)教会患儿使用儿童哮喘控制测试,自我判断哮喘的控制水平;(8)根据患儿自身情况制订运动计划,每周不少于3天,每天不少于30 min的有氧运动,如步行、慢跑、骑自行车、健身操等;(9)做好患儿心理咨询,发现心理问题及时及时进行疏导。

1.3 观察指标

(1)哮喘控制水平:利用 C-ACT 调查问卷评价哮喘控制水平,该问卷具备很好的信度和效度,适用于4~11岁哮喘患儿,包括活动受限、喘息症状、夜间症状、急救药物的使用频次和患儿对哮喘控制的自我评估5项内容,每项满分为5分,总分为25分,如果评分为25分则为完全控制,评分为20~24分为部分控制,评分低于20分为未控制^[3]。控制率=(完全控制例数+部分控制例数)/总例数。(2)疗效:干预期间,记录两组患儿发作次数、住院次数、住院天数及失学天数。(3)肺功能:干预前及干预结

束时(干预后)采用 PFT2 型肺功能测试仪(意大利 COSMED 公司)测量患儿肺功能,包括呼气高峰流量占预计值的百分比(PEF%)和第1秒用力呼气量占预计值的百分比(FEV₁%)。

1.4 统计学处理

全部数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,以 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿哮喘控制情况

通过 C-ACT 调查问卷评价哮喘控制水平,结果发现,常规组哮喘控制率为60.42%,干预组哮喘控制率为87.50%,两组比较,差异有显著性($\chi^2 = 11.14, P < 0.05$)(表1),提示家庭干预可提高哮喘控制水平。

表1 两组患儿哮喘控制率的比较(例)

组 别	<i>n</i>	完全控制	部分控制	未控制	控制率
常规组	48	18	11	19	60.42%
干预组	48	27	15	6	87.50%

两组间比较, $\chi^2 = 11.14, P < 0.05$

2.2 两组患儿治疗效果比较

由表2可知,与常规组比较,干预组发作次数、住院次数、住院天数和失学天数明显降低($P < 0.05$),表明家庭干预能够减少哮喘急性发作次数及失学时间。

表2 两组患儿发作次数、住院次数、住院天数和失学天数的比较

组 别	<i>n</i>	发作次数(次)	住院次数(次)	住院天数(天)	失学天数(天)
常规组	48	4.69 ± 0.83	3.23 ± 0.51	16.39 ± 3.86	24.36 ± 4.89
干预组	48	2.81 ± 0.47	1.75 ± 0.36	10.13 ± 2.75	17.35 ± 4.12
<i>t</i>		4.28	5.15	4.78	4.53
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患儿肺功能变化的比较

采用 PFT2 型肺功能测试仪测量患儿干预前、后肺功能,干预前两组 PEF%、FEV₁% 比较,差异无显著性($P > 0.05$),干预后,两组 PEF%、FEV₁% 均较干预前增加($P < 0.05, P < 0.01$),而且干预组高于常规组($P < 0.05$)(表3),提示家庭干预可改善哮喘患儿肺功能。

3 讨 论

家庭干预是指以家庭为中心进行的干预治疗,通过规范患者行为方式,并营造一个和谐的家庭氛围,提高其家庭功能,从而改善患者的症状体征^[4]。国际儿童哮喘与过敏研究中心2002~2003年对全球哮喘患病率的调查显示,13~14岁儿童于过去一

表 3 两组患儿干预前、干预后 PEF%和 FEV₁% 的比较

组 别	n	PEF%		FEV ₁ %	
		干预前	干预后	干预前	干预后
常规组	70	68.13 ± 7.14	74.25 ± 8.39 ^a	72.45 ± 8.26	77.51 ± 8.82 ^a
干预组	70	69.38 ± 7.56	83.62 ± 9.47 ^{bc}	74.13 ± 8.42	86.94 ± 9.53 ^{bc}

与本组干预前比较,a: $P < 0.05$,b: $P < 0.01$;与常规组比较,c: $P < 0.05$

年内曾发生哮喘症状的比列为 13.70%,6~7 岁则为 11.60%,与 1995 年比较分别升高 0.28%、0.18%^[5]。吸入维持量糖皮质激素是哮喘缓解期治疗的主要药物,吸入治疗场所主要为家庭或学校,学龄期哮喘患儿由于自控能力较差,不能按照医嘱服药,或者吸入方法不正确,致使哮喘复发。郭建华等^[6]报道,激素吸入技术正确率与哮喘控制率呈正相关。本研究发现,干预组患儿哮喘控制率显著高于常规组,与文献^[7]报道相符,提示通过积极的家庭干预,教会患儿正确使用吸入装置,并严格要求患儿家长及其老师督促患儿服药,避免接触过敏源,并在家庭随访时予以证实,从而达到提高哮喘控制率的目的。

家庭干预在临床上越来越受到重视,已成为一种重要的辅助治疗手段^[8]。本研究通过对居家进行治疗的学龄期哮喘患儿及其家长进行干预,并随时保持联系,根据患儿具体情况制定个性化的护理方案,指导患儿及家长学习哮喘的相关知识,使他们认识到养成良好的行为和生活方式在哮喘防治中的重要作用,掌握相关药物特别是糖皮质激素的正确使用方法,特别强调吸入激素无成瘾性、毒性以及不影响生长发育等,并要求患儿在家长指导下每天使用简易峰流速仪测定峰流速值,学会自我判断病情是否稳定,结果显示,干预半年内,与常规组比较,干预组发作次数、急诊次数、住院天数及失学天数降低,且 PEF%、FEV₁% 增加,表明家庭干预能够增强哮喘患儿的治疗效果,减少发作次数及改善肺功能,从而有助于患儿病情控制。此外,本研究发现,常规组干预后 PEF%、FEV₁% 增加不如干预组显著,其

原因可能为常规组哮喘控制率较低,不能坚持遵医嘱长期、规律服药,甚至药物吸入方法不正确。

总之,家庭干预模式在学龄期儿童哮喘的长期控制中起重要作用,有效保证了临床治疗向家庭治疗的延续,而且不需要特殊的设备,简单、实用、经济、操作性强、效果较好,作为药物治疗的辅助措施,具有推广价值。

参考文献:

[1] Kim TH. Respiratory reviews in asthma 2013[J]. Tuberc Respir Dis (Seoul), 2014, 76(3): 105-113.

[2] 中华医学会儿科学分会呼吸组. 儿童支气管哮喘防治常规指南[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(10): 745-753.

[3] 马春艳, 王鑫, 张亚京, 等. 儿童哮喘控制测试及哮喘患儿生命质量量表在支气管哮喘规范化管理中的应用[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(16): 1233-1235.

[4] 梁金梅. 家庭干预综合护理措施对康复期精神分裂症患者作用的研究[J]. 中国民康医学, 2012, 24(7): 863-865.

[5] 顾希茜, 段红梅. 儿童哮喘教育管理研究进展[J]. 中国护理管理, 2013, 13(11): 78-80.

[6] 郭建华, 满金新, 甘晓红, 等. 儿童哮喘系统管理 68 例报告[J]. 中国全科医学, 2005, 8(19): 1600-1601.

[7] 周莉, 韩春晖, 马鸿雁, 等. 居家自我护理行为干预模式在学龄期儿童哮喘管理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(1): 70-72.

[8] 李春玲. 社区精神卫生服务与家庭干预对慢性精神分裂症患者康复的作用[J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(8): 79-81.

(此文编辑:朱雯霞)