

过渡期护理模式联合呼吸训练在肺炎患儿中的应用观察

贺 莉

新疆医科大学第二附属医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘 要】：目的：探讨过渡期护理模式联合呼吸训练在肺炎患儿中的应用效果，为儿科肺炎患儿的连续护理和出院后康复管理提供参考。方法：选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月我院收治的肺炎患儿 110 例，按护理方案不同分为观察组与对照组，各 55 例。对照组给予常规护理，观察组在此基础上实施过渡期护理模式联合呼吸训练，比较两组症状缓解时间、住院时间、呼吸功能、家属依从性、护理满意度及不良结局发生情况。结果：观察组发热消退时间、咳嗽消失时间、肺部啰音消失时间、呼吸急促缓解时间及住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组呼吸频率、血气指标改善幅度及 SpO_2 水平均优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组家属护理知识评分、呼吸训练依从性评分和护理满意度均高于对照组，不良结局总发生率低于对照组（ $\chi^2=3.960$ ， $P<0.05$ ）。结论：过渡期护理模式联合呼吸训练可促进肺炎患儿症状恢复和呼吸功能改善，增强家属参与度并在一定程度上降低不良结局风险，适合在儿科护理中推广应用。

【关键词】：过渡期护理模式；呼吸训练；肺炎患儿；儿科护理；连续护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.023

肺炎患儿住院治疗的重点不只是控制急性炎症，更在于把呼吸训练、用药管理、饮食指导和家庭照护衔接成一条连续路径。对于低龄患儿而言，住院期间的配合度往往受年龄、恐惧感和照护者理解程度影响，若护理只停留在病房阶段，出院后的咳嗽管理、呼吸训练和复诊落实容易出现断点。过渡期护理模式强调从入院评估、住院宣教、出院准备到家庭随访的连续管理，能够把护理要求提前嵌入患儿与家属的日常照护流程^[1]。与此同时，呼吸训练通过改善肺通气、促进排痰和减少呼吸耗能，对肺炎患儿症状缓解具有直接作用，而将训练动作儿量化、游戏化后，更有利于提高患儿接受度和家属执行率^[2]。基于此，本研究将过渡期护理模式与呼吸训练联合应用于肺炎患儿护理中，观察其对临床恢复和家庭照护质量的影响。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月期间我院收治的肺炎患儿作为研究对象。

纳入标准：（1）符合儿童肺炎诊断标准；（2）入院前存在发热、咳嗽、呼吸急促等表现；（3）年龄 1~10 岁；（4）家属知情同意并可配合随访；（5）临床资料完整。

排除标准：（1）合并先天性心肺畸形、免疫缺陷或重症感染者；（2）需机械通气或转入 ICU 者；（3）合并严重营养不良或神经系统疾病者；（4）存在药物过敏史或中途退出者。

最终纳入研究的患儿共 110 例，按护理方案不同分为观察组与对照组，各 55 例。

1.2 方法

对照组给予常规护理，包括病情观察、吸氧配合、体温监测、抗感染用药指导、补液管理、饮食宣教及出院注意事项说明。护理过程中重点关注呼吸音变化、体温波动和痰液排出情

况，发现异常及时报告医生处理。

观察组在常规护理基础上实施过渡期护理模式联合呼吸训练。入院后由责任护士完成病情、呼吸状态、家庭照护能力和出院后支持条件评估，建立个体化护理档案；住院期间根据年龄分层实施呼吸训练，3~6 岁患儿以吹泡泡、吹纸片、吹蜡烛模拟呼气训练为主，6 岁以上患儿增加腹式呼吸、缩唇呼吸、深呼吸配合有效咳嗽训练，每次 10~15 min，每日 2 次，并结合奖赏性互动提高配合度；同时进行拍背排痰、体位管理和口腔清洁指导，降低分泌物潴留风险。

出院前再次完成家属培训，发放图文手册并演示呼吸训练动作、药物使用、饮水补液、活动限制和复诊要点；出院后通过电话或微信进行随访，分别在出院后 3 天、1 周和 2 周进行追踪，督促家属完成家庭呼吸训练打卡，记录体温、咳嗽、食欲和呼吸频率变化，并根据患儿恢复情况及时调整指导内容，使护理延伸至家庭阶段。

1.3 观察指标

比较两组发热消退时间、咳嗽消失时间、肺部啰音消失时间、呼吸急促缓解时间及住院时间；比较两组呼吸频率、 SpO_2 、 PaO_2 、 $PaCO_2$ 等呼吸功能相关指标；比较两组家属护理知识评分、呼吸训练依从性评分和护理满意度；记录两组不良结局发生情况，包括反复发热、肺部不张和再入院等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 软件进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，其组间比较根据资料正态性检验和方差齐性检验选择对应的检验方法，如两独立样本 t 检验、两独立样本 Wilcoxon 秩和检验；计数资料以 n （%）表示，组间比较根据总例数及理论频数等选择对应的检验方法进行检验，如采用 Pearson χ^2 检验、连续性校正 χ^2 检验、Fisher 确切概率法等。 $P<0.05$ 时视为差

异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿基线资料比较

两组患儿在性别、年龄、病程及病情分型上的差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1 两组基线资料比较

指标	观察组(n=55)	对照组(n=55)	t/x ² 值	P 值
男/女(例)	31/24	30/25	0.036	0.849
年龄(岁)	5.7±1.8	5.8±1.9	0.280	0.780
病程(天)	5.0±1.2	5.1±1.1	0.450	0.654
轻/中型(例)	31/24	32/23	0.036	0.849

2.2 两组患儿症状缓解时间及住院时间比较

两组患儿在发热消退、咳嗽消失、肺部啰音消失、呼吸急促缓解及住院时间上的差异存在统计学意义 ($P<0.05$)，观察组这些指标均短于对照组，见表 2。

表 2 两组症状缓解时间及住院时间比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n=55)	对照组(n=55)	t 值	P 值
发热消退时间	2.6±0.7	3.5±0.8	6.25	<0.001
咳嗽消失时间	4.1±0.9	5.3±1.1	6.20	<0.001
肺部啰音消失时间	4.8±1.0	6.1±1.2	6.09	<0.001
呼吸急促缓解时间	2.8±0.6	3.6±0.7	6.37	<0.001
住院时间	6.7±1.4	8.0±1.5	4.67	<0.001

2.3 两组患儿呼吸功能相关指标比较

两组患儿呼吸功能相关指标存在统计学差异 ($P<0.05$)，观察组治疗后呼吸频率较低，SpO₂ 和 PaO₂ 较高，PaCO₂ 较低，见表 3。

表 3 两组呼吸功能相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n=55)	对照组(n=55)	t 值	P 值
呼吸频率(次/min)	24.5±2.1	26.8±2.4	5.34	<0.001
SpO ₂ (%)	97.6±1.0	95.8±1.1	9.00	<0.001
PaO ₂ (mmHg)	85.1±6.9	79.0±6.5	4.76	<0.001
PaCO ₂ (mmHg)	38.8±3.6	41.9±3.9	4.32	<0.001

2.4 两组患儿家属的依从性及满意度比较

观察组患儿家属的护理知识评分、呼吸训练依从性评分及护理满意度评分均高于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组家属依从性及满意度比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n=55)	对照组(n=55)	t 值	P 值
护理知识评分	91.2±4.3	85.1±4.7	7.18	<0.001
呼吸训练依从性评分	93.5±3.8	87.0±4.5	8.27	<0.001
护理满意度	96.1±2.9	89.0±3.6	11.31	<0.001

2.5 两组患儿不良结局发生情况比较

两组患儿不良结局总发生率存在统计学差异 ($\chi^2=3.960$, $P<0.05$)，观察组患儿不良结局总发生率更低，但两组患儿反复发热、肺部不张及再入院等不良结局发生率并未见统计学差异 ($P>0.05$)，见表 5。

表 5 两组不良结局发生情况比较[n (%)]

指标	观察组(n=55)	对照组(n=55)	χ^2 值	P 值
反复发热	1(1.82)	4(7.27)	1.886	0.170
肺部不张	1(1.82)	3(5.45)	1.038	0.308
再入院	0(0.00)	1(1.82)	1.009	0.315
总发生率	2(3.64)	8(14.55)	3.960	0.047

3 讨论

过渡期护理模式的核心价值在于把住院期治疗和家庭期管理连接起来，避免儿童肺炎在病情缓解后因照护断层出现症状反复。本研究结果显示，观察组在发热消退、咳嗽消失、肺部啰音消失和住院时间方面均优于对照组，说明连续性护理能够推动症状更快进入稳定恢复阶段。对于肺炎患儿而言，护理重点并不只是短期退热和吸氧，而是把观察、宣教、训练和追踪整合为一条完整路径，使家属明确何时需要继续吸痰、何时需要观察呼吸频率、何时需要及时复诊，从而减少恢复过程中的波动^[3]。

呼吸训练是本研究中另一个直接起效的环节。儿童在肺炎恢复期常因疼痛、乏力、惧怕咳嗽而出现浅快呼吸和排痰不足，若不及时干预，肺通气效率容易下降。将吹泡泡、腹式呼吸、有效咳嗽和排痰指导转化为适合儿童理解的动作后，患儿更容易接受，也更容易坚持。研究中观察组 SpO₂、PaO₂ 较高，PaCO₂ 较低，提示训练能够改善通气和气体交换状态。这与呼吸训练促进肺扩张、减少分泌物潴留、降低呼吸肌负担的机制相一致，也与已有儿科呼吸护理研究的结论相符^[4]。

护理效果能否真正落地，关键还要看家庭端是否愿意执行。观察组家属护理知识评分、依从性评分和满意度均高于对照组，说明过渡期护理模式在提升照护者认知和执行力方面更有优势。肺炎患儿的家庭护理很容易受情绪焦虑、时间安排和方法不清晰影响，若护士在出院前完成示教、出院后持续回访，

并把呼吸训练任务拆解成简单、可打卡的步骤,家属更容易形成固定习惯。相关研究也提示,出院延续管理与规范健康教育结合后,呼吸道疾病患儿的康复过程更平稳,二次就诊和病情波动更少^[5]。

可能受总样本量的影响,本研究中两组患儿反复发热、肺部不张及再入院等不良结局发生率并未见统计学差异($P>$

0.05),但观察组患儿不良结局总发生率低于对照组($\chi^2=3.960$, $P<0.05$),说明家庭参与仍是护理安全性的重要保障^[6]。

综上所述,过渡期护理模式联合呼吸训练可在肺炎患儿住院及出院后恢复阶段形成连续管理闭环,促进症状缓解、改善呼吸功能、提高家属依从性,并减少不良结局发生,具有较高的儿科护理推广价值。

参考文献:

- [1] 程红丽,谭滢.过渡期护理模式联合呼吸训练在肺炎患儿中的应用[J].临床医学工程,2024,31(05):615-616.
- [2] 戴杨阳,叶燕萍.肺部理疗联合盐酸氨溴索雾化吸入治疗支气管肺炎患儿的效果探讨[J].中国现代药物应用,2026,20(10):75-78.
- [3] 施璐,李红叶,王艳.Th1/Th2 细胞及其相关因子 IFN- γ 、IL-4 在肺炎支原体肺炎患儿灌洗液中的表达及临床意义[J].医药论坛杂志,2026,47(08):817-820+826.
- [4] 李群,王琪,马统帅.重症肺炎支原体肺炎患儿接受多西环素治疗预后不良的危险因素及预测模型[J/OL].中国合理用药探索,1-6[2026-04-24].
- [5] 王玉娇,雷蕾,董旭,等.肺炎支原体肺炎患儿血清白细胞介素水平及与病情严重程度的关系[J].转化医学杂志,2026,15(04):561-566.
- [6] 李玉霞,张艳芳,张璐璐.不同年龄重症肺炎患儿纤维支气管镜气道改变与肺部超声评分的差异性分析[J].环境与健康杂志,2026,43(04):306-311+317.