

老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果分析

郭荣霞

联勤保障部队第 940 医院呼吸与危重症医学科 730000

【摘要】目的 探讨老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果。**方法** 选取 2018 年 8 月-2020 年 2 月我院 58 例老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者为研究对象, 随机均分两组, 对照组常规干预, 观察组护理干预, 对比两组情况。**结果** 观察组治疗效果好于对照组。**结论** 老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果显著, 值得应用。

【关键词】 老年重症肺炎; 呼吸机相关性肺炎; 护理干预; 干预效果

【中图分类号】 R473.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 02-085-02

老年重症肺炎为常见老年性疾病, 导致该疾病形成的原因较复杂, 多为呼吸系统退行性病变及免疫能力降低等; 呼吸机相关性肺炎多为患者机械通气治疗救治 2d 后或停机拔管操作后 2h 内, 患者产生肺实质性感感染, 当老年患者患上重症肺炎后, 多行机械通气治疗, 极易形成呼吸机相关性肺炎, 合并病症后, 死亡率非常高, 应重点关注^[1]。本文为探讨老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取 2018 年 8 月-2020 年 2 月我院 58 例老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者为研究对象, 随机均分两组, 每组 29 例, 其中, 对照组 17 例男性, 12 例女性, 年龄 (61-79) 岁, 均值 (67.29±1.48) 岁; 观察组 18 例男性, 11 例女性, 年龄 (60-78) 岁, 均值 (67.31±1.51) 岁; 两组年龄及性别方面无比较意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组患者入院后, 医务人员在辅助患者及家属完成各诊断工作后, 拿到诊断结果, 交由主治医师, 主治医师结合实际情况, 为患者制定出个体化治疗方案并施行, 在施行治疗操作中, 还为学生提供护理服务;

对照组常规干预, 密切观察患者各体征变化, 掌握患者收缩压是否维持, 定期通风和消毒灭菌, 确保病房空气流通和新鲜。

观察组护理干预, 常规干预方案与对照组一致, 在此基础上为患者提供护理干预方案, 内容为^[2]: ①掌握患者体内痰液粘稠度, 往患者气管中滴生理盐水, 湿化处理, 为患者营造一个舒适呼吸环境。②引导患者保持仰卧体位, 避免胃部内容物形成反流, 为患者提供营养支持, 胃肠营养及时补充, 遵循多餐少食原则, 完成鼻饲后, 将胃管抬高 2-3min, 半小时内不能吸痰。③当患者血氧饱和度不超 90%, 痰鸣音或气道压力提升, 吸痰, 患者咳出痰液困难, 生理盐水滴入气管, 每周一次痰培养, 控制抗生素使用。④插管前, 往气管内滴入适量无菌石蜡和庆大霉素液, 加强对患者口腔保护。

1.3 观察指标

观察两组治疗效果、干预前后肺功能改善效果。治疗效果判定标准: 经治疗, 各项症状和体征完全恢复或明显好转, 生活质量恢复正常, 为显效; 经治疗, 各项症状和体征有所恢复, 生活质量恢复正常, 为有效; 经治疗, 各项症状和体征未见好转, 甚至恶化, 为无效; 有效率与显效率之和为总有效率。肺功能: 内源性呼吸末正压及最大呼气流量。

1.4 统计学处理

将数值输入 SPSS21.0 中, 均值 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 检验 t 、 χ^2 值表示, 百分比 % 表示, $P<0.05$, 比较有意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果

与对照组总有效率 75.86% 比较, 观察组总有效率 93.10% 更高, 有比较意义 ($P<0.05$); 见表 1。

表 1: 两组治疗效果 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	29	19 (65.52)	8 (27.59)	2 (6.90)	27 (93.10)
对照组	29	15 (51.72)	7 (24.14)	7 (24.14)	22 (75.86)
χ^2 值					5.4326
P 值					< 0.05

2.2 两组干预前后肺功能改善效果

表 2: 两组干预前后肺功能改善效果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	内源性呼吸末正压 (kPa)		最大呼气流量 (L/s)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=29)	0.97±0.22	0.34±0.12	80.54±10.62	162.38±12.02
对照组 (n=29)	0.96±0.23	0.55±0.14	80.48±10.59	133.25±11.46
t 值	0.748	6.245	0.695	6.423
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与干预前比较,干预后两组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,与对照组比较,观察组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,有比较意义($P < 0.05$);见表2。

3 讨论

老年重症肺炎患者多数存在呼吸功能障碍,针对病原菌侵入身体的抵抗能力低下,在医院进行救治的过程中,稍微不注意就会形成呼吸机相关性肺炎等院内感染,近年来,随着我国运用呼吸机的频率提升,产生呼吸机相关性肺炎的概率逐年升高,已成为了我国常见院内感染,造成老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎的原因较多,一旦形成合并病症,会大大提升患者死亡率,应重视^[3]。

临床上,针对合并病症,依据症状提供对症救治的同时,还应提供优质护理服务,针对合并病症特殊性,常规护理干预虽有一定效果,但是整体干预作用较小,不能满足患者需求;护理干预依据患者治疗过程中实际状况,为其提供插管护理、鼻饲护理及气道护理等操作,能促进患者肺部功能改善,加

快身体恢复,运用价值极高,值得选用^[4]。

综上所述,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果显著,与常规干预方案比较,肺部功能改善效果更佳,治疗效果更好,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者值得运用护理干预方案。

参考文献:

- [1] 覃菁华.护理干预对老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者预后的影响[J].按摩与康复医学,2019,10(8):75-77.
- [2] 钟小红.预见性护理干预在老年重症肺炎患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(11):91-91.
- [3] 张爱红.以人文关怀为主的优质护理干预在老年重症肺炎患者的应用效果及并发症发生率影响观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(12):93-94.
- [4] 王晓华,何秋敏.针对性护理对老年重症肺炎并呼吸机相关性肺炎患者康复进程及护理满意度的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(2):238-242.

(上接第83页)

减少疾病的复发率,提高患者的生存率^[3]。使用健康教育护理,护理人员在手术前,手术中,手术后进行健康教育护理,有利于安抚患者的情绪,提高患者对治疗的依从性^[4]。

经过本文研究发现,健康教育干预组中手术前准备时间小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的手术相关知识的情况小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的护理配合度高于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的护理满意率小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的手术中SAS评分的情况小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。陈群燕等^[5]研究健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果结果与本文相似。

综上,在实行根治性膀胱癌切除术的患者中使用健康教育干预,能够减少手术前准备时间,提高护理配合度,减少手术时间,手术中出血量,提高满意率,减少手术中SAS评分,

值得临床使用和推广。

参考文献:

- [1] 蔡曾琴,彭胤琮,黄秀娟,刘玲,谷波.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术围手术期的应用[J].西部医学,2016,28(08):1168-1171.
- [2] 樊静,张浩,何卫阳,肖明朝.快速康复在根治性膀胱切除术围手术期的应用及效果评价[J].重庆医科大学学报,2018,43(04):552-555.
- [3] 孙雅云.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术患者围手术期的应用效果[J].医疗装备,2019,32(10):167-168.
- [4] 常敏,张志云,刘庆军,张艳华,韩志兴,纪世琪,张海建.加速康复外科理念在膀胱癌患者围手术期中的应用价值[J].癌症进展,2019,17(19):2348-2351.
- [5] 陈群燕,诸靖宇.健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果[J].中国现代医生,2014,52(14):106-109.

(上接第84页)

养情况,促进手术伤口切口、吻合口愈合,进而对患者实施肠内营养方案,并加以护理。本组患者肠蠕动恢复后便加强鼻胃管肠内营养,予5% GNS 250ml经鼻胃管滴入2d无不适后予百普力500ml经鼻胃管滴入,滴入速度先慢后快,量逐渐增多。注射营养液前后需要用20ml左右温水对鼻胃管进行有效冲洗。为避免堵管,应每隔4h予温水冲洗鼻胃管。有效控制营养液温度,以38℃为具体标准,如果冬天输注,需适当予以加温,以免营养液温度太低,致使腹痛症状、腹胀症状以及腹泻症状等^[3]。拔除鼻胃管后鼓励患者进食高蛋白及高维生素等营养丰富,均衡的饮食,以提高抵抗力。

3 结果

本组患者在发生胰瘘并迟发性出血时均予生理盐水冲洗经胰肠引流管进行冲洗,7例患者均恢复良好,1例因出血严重再次手术,所有患者经精心治疗及护理均康复出院。

4 讨论

胰十二指肠切除术手术创伤大,术后病死率高,术后胰瘘及出血是一种凶险的并发症,时常危及患者生命。因此,在治疗过程中应加强病情观察,尤其对术后并发症的观察和护理。持续腹腔冲洗及有效的负压吸引是治疗胰瘘的基本措施。在积极控制出血的过程中,改善病人营养情况,增强患者机体抵抗力,促进吻合口愈合,促进患者早日康复。

参考文献:

- [1] 边颖,杜颖.一例胰十二指肠术后胰瘘并迟发性出血患者的护理[J].天津护理,2016,24(5):442-443.
- [2] 杨海燕,钟丽群,朱红艳,等.胰十二指肠切除术后迟发性胰瘘并出血的护理体会[J].中国医药指南,2015,13(26):275-276.
- [3] 毛伟成.胰十二指肠切除术后空肠营养管行肠内患者的护理研究[J].大家健康,2017,11(26):232.