

俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征中的应用及护理干预

陈兆凤 张 倩^{通讯作者}

滨海县人民医院重症医学科 江苏盐城 224500

〔摘 要〕目的 俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征中的应用价值探究。方法 研究所纳入样本均为 2021.9-2022.9 期间在我院接受治疗的急性呼吸窘迫综合征患者，共计收录 60 例，样本入组行规范性分组，每组纳入样本 30 例，分别为对照组（仰卧位通气）、观察组（俯卧位通气）。统计不同的机械通气体位对患者各项血气指标和痰液引流量的影响。结果 机械通气后，除 PH 值之外，观察组患者的各项血气指标和痰液引流量参数值更优于对照组， $P < 0.05$ 。统计患者临床不良事件发生率，观察组统计值为 3.33%，明显低于对照组统计值 20.00%， $P < 0.05$ 。结论 急性呼吸窘迫综合征患者于其护理工作中，机械通气体位采用俯卧位通气对促进患者各项血气指标和痰液引流量的改善、提升患者临床安全性的价值显著。

〔关键词〕急性呼吸窘迫综合征；俯卧位通气；痰液引流量；安全性

〔中图分类号〕R473.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2023）03-135-02

罹患急性呼吸窘迫综合征患者，临床大多表现为进行性的呼吸窘迫、呼吸频率加快、气促、出汗等^[1]。患者由于通气血流比例失调、肺泡水肿和肺不张等病理和生理表现，应早期给予患者通气治疗来改善患者症状，延长患者生存期^[2]。相关研究表明，通气治疗的体位对于患者的治疗效果和安全性具有一定的影响^[3]。基于此，本文特收录 60 例患者作为样本，分组对照探究急性呼吸窘迫综合征患者于其护理工作中，机械通气体位采用俯卧位通气对促进患者各项血气指标和痰液引流量的改善、提升患者临床安全性的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究所纳入样本均为 2021.9-2022.9 期间在我院接受治疗的急性呼吸窘迫综合征患者，共计收录 60 例，样本入组后行规范性分组，分别为对照组、观察组。对照组中男 20 例，女 10 例；年龄 40-78 岁，均值（59.94±8.70）岁；观察组中男 18 例，女 12 例；年龄 40-80 岁，均值（60.02±9.13）岁。两组患者基线资料呈均衡分布， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组行仰卧位机械通气；观察组开展俯卧位通气，做好通气前准备工作，于通气前准备好软垫或枕头，将患者口鼻腔和气管内分泌物吸净，并于 5 分钟内完成通气前准备工作，定时更换患者俯卧位姿势以防止压疮^[4]。样本入组后均接受相应的护理干预方案，通气时间以患者的耐受度和生命体征、氧和指标为准，一般在 0.5-3.0h 之间。通气前 30min 停止鼻饲，夹闭胃管以防止患者发生误吸；将导管进行检查并固定，必要时更换患者胸腹部的伤口敷料，以及患者气管插管固定带或气管切开口敷料^[5]；针对患者的镇静指数进行评估，必要时遵医嘱给予患者适当肌松剂及镇静剂稳定 10min；分离心电图导线和电极，决定好翻身的方向，夹闭引流管，将所有的管道置于床的对侧避免呼吸机管路、深静脉置管、监护线、胃管、尿管脱落。

1.3 观察指标

统计两组患者各项血气指标和痰液引流量，血气指标包括血氧分压（ PaO_2 ）、血二氧化碳分压（ PaCO_2 ）、氧合指数（ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ）、血氧饱和度（ SpO_2 ）。

统计两组患者机械通气治疗期间肺不张、皮肤黏膜损伤、

气管插管脱出的发生率，并进行比较，发生率越低，患者安全性越高。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 SPSS23.0 进行实验数据处理。以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料，经 t 检验；以 % 表示计数资料，经 χ^2 检验。若 $P < 0.05$ ，表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者通气前后的血气指标和痰液引流量

于机械通气前后针对两组患者血气指标和痰液引流量展开评测，除 PH 值之外，通气后观察组患者的各项血气指标和痰液引流量参数值更优， $P < 0.05$ 。详见表 1

2.2 比较两组患者临床安全性

统计患者临床不良事件发生率，观察组统计值为 3.33%，明显低于对照组统计值 20.00%， $P < 0.05$ 。详见表 2

表 2 两组安全性对比（n，%）

组别	例数	肺不张	皮肤黏膜损伤	气管插管脱出	总发生率
对照组	30	1（3.33%）	4（13.33%）	1（3.33%）	6（20.00%）
观察组	30	0（0.00%）	1（3.33%）	0（0.00%）	1（3.33%）
χ^2	—	—	—	—	4.0431
P	—	—	—	—	0.0444

3 讨论

俯卧位行通气治疗过程中，患者有可能会发生脱管、暂时性的缺氧和低血压、前额、面部、双肘关节的压疮以及面部水肿等不良反应。因此，临床应配合更优质的护理服务，组建一支训练有素、有丰富临床经验且配合默契的护理团队，来给予患者临床护理干预措施，通过优化通气前准备工作，定期翻身、导管固定等措施，来降低患者意外脱管、压疮以及面部水肿等并发症的发生率，最大程度上保证患者的生存质量，促进患者治疗效果和康复进程，确保患者安全性。

本次研究各项数据比较结果显示，于机械通气前后针对两组患者血气指标和痰液引流量展开评测，除 PH 值之外，通气后观察组患者的各项血气指标和痰液引流量参数值更优。统计患者临床不良事件发生率，观察组统计值为 3.33%，明显低于对照组统计值 20.00%。

综上所述，急性呼吸窘迫综合征患者于其护理工作中，

机械通气体位采用俯卧位通气对促进患者各项血气指标和痰液引流量的改善、提升患者临床安全性的价值显著。

[参考文献]

[1] 韩秋惠, 杨钦磊. 不同翻身时间俯卧位通气对急性呼吸窘迫综合征患者的影响 [J]. 中外医学研究, 2022, 20(27):155-158.

[2] 殷文超, 刘荏欣. 俯卧位机械通气在重症肺炎伴急性呼吸窘迫综合征患者中的疗效分析 [J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50(09):1054-1056.

[3] 蒋燕, 陆叶, 蒋旭琴, 等. 成人急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气管理的最佳证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2022, 57(15):1878-1885.

[4] 梁欢, 王伏东, 蒋丽军, 等. 俯卧位通气在新生儿急性呼吸窘迫综合征治疗中的临床应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(14):114-118.

[5] 符跃强, 许峰. 俯卧位通气在儿童急性呼吸窘迫综合征的应用及注意事项 [J]. 中国小儿急救医学, 2022, 29(07):481-485.

表 1 两组患者通气前后的血气指标和痰液引流量对比 ($\bar{x} \pm s$)

血气指标		对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	t	p
PH 值	通气前	7.24±1.14	7.30±1.20	0.1985	0.8433
	通气后	7.35±0.63	7.38±0.60	0.1889	0.8509
PaO ₂ (mmHg)	通气前	75.04±14.20	74.84±13.75	0.0554	0.9560
	通气后	86.40±9.32	91.47±8.33	2.2216	0.0302
PaCO ₂ (mmHg)	通气前	45.37±8.13	45.62±8.85	0.1139	0.9097
	通气后	37.17±6.55	32.68±6.14	2.7393	0.0082
PaO ₂ /FiO ₂	通气前	170.57±23.42	168.43±25.10	0.3414	0.7340
	通气后	193.42±21.13	206.60±20.75	2.4376	0.0179
SpO ₂ (%)	通气前	95.02±3.40	94.74±3.33	0.3223	0.7484
	通气后	96.42±1.06	97.10±1.23	2.2938	0.0254
气道痰液引流量 (ml)	通气前	8.14±1.55	7.80±1.57	0.8441	0.4021
	通气后	10.24±2.60	13.17±2.74	4.2487	0.0001

(上接第 133 页)

性化护理将患儿作为护理中心, 通过密切关注患儿心理、社会、生理、精神等多角度、多方面, 并且最大限度提供针对性、优质化护理服务, 可以取得患儿及其家长的配合、理解、信任, 同时通过心理支持, 能够借助分散注意力法、家庭支持法等提高疼痛耐受性, 通过体位护理, 能够避免不当体位影响术后恢复及加重疼痛感, 通过药物护理, 可以保障药物镇痛效果, 通过认知护理, 能够帮助患儿及其家长正确看待止痛药、术后疼痛成因等, 因此, 人性化护理更有助于缓解术后疼痛感, 构建和谐护患关系, 加快康复进程。

综上所述, 由于在小儿疝气手术后疼痛护理中采用人性

化护理, 可以取得满意效果, 具有推广价值。

[参考文献]

[1] 高瑛, 梁丽云. 人性化护理在小儿疝气术后疼痛护理中的应用探讨 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(22):3198-3200.

[2] 张凯艳, 张淑琴, 林晶晶. 人性化护理在小儿疝气术后疼痛及睡眠护理中的应用 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(10):1762-1763.

[3] 周永娜. 人性化护理在小儿疝气术后疼痛康复护理中的应用 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(33):196-198.

[4] 那文亭. 人性化护理在小儿疝气术后疼痛护理中的应用效果 [J]. 中国医药指南, 2021, 19(30):10-12.

(上接第 134 页)

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

在具体的护理操作注意事项方面, 确保手术器械的清洁和消毒, 避免感染和交叉感染。术前评估需要全面、细致, 确定手术适应症和手术方案, 避免手术风险。术后护理需要进行规范化, 遵循相关的护理标准和流程, 及时发现和处理术后并发症。术后需要密切监测老年冠心病患者的病情变化, 及时调整护理方案和治疗措施。术后康复期间需要进行相关的健康教育, 帮助患者了解冠心病的预防和治疗方法, 避免疾病复发。防控术后并发症需要医护人员密切监测患者的生命体征数据, 及时发现并处理潜在的并发症。同时, 医护人员需要加强术后护理的规范化和标准化, 提高护理质量和效果。无缝隙护理针对老年冠心病患者, 旨在减少或避免因医疗护理导致的并发症, 需要在专业医生的指导下进行, 医

人员需要具备相关的专业技能和经验。在实践中, 医护人员需要根据患者的实际情况, 对上述指标进行量化, 以便更好地评估无缝隙护理的效果并进行进一步的改进。

总而言之, 老年冠心病心绞痛患者中运用无缝隙护理后, 可以有效的提升患者心理状况, 减少护理不良事件发生, 整体状况更好。

[参考文献]

[1] 张宇. 无缝隙护理对老年冠心病患者心绞痛控制及预后的效果 [J]. 婚育与健康, 2022, 28(17):161-163.

[2] 幸裕玲, 徐瑶. 无缝隙护理改善老年冠心病患者心绞痛及预后影响分析 [J]. 母婴世界, 2021(13):229.

[3] 冯芳, 李芸. 无缝隙护理对老年冠心病住院患者心绞痛控制与护理不良事件的影响 [J]. 新疆医学, 2022, 53(6):719-722.

[4] 宋姗姗. 无缝隙护理对老年冠心病患者心绞痛控制及对预后的改善效果评价 [J]. 养生大世界, 2021(12):220-221.