

护理风险管理在呼吸危重症护理中的作用研究

周 颖

河北中石油中心医院, 呼吸与危重症医学科 河北廊坊 065000

【摘要】目的: 探究在呼吸危重症护理中实施护理风险管理的作用和效果。方法: 使用电脑随机分组原则对本院呼吸危重症 2022 年 9 月-2023 年 7 月期间收治的 61 例患者分成两组, 其中参照组 30 例患者、试验组 31 例患者分别使用常规护理管理、护理风险管理, 比较两组呼吸危重症患者的护理效果。结果: 两组呼吸危重症患者护理后的护理风险事件发生率、护理满意度评分、SAS 评分、PSQI 评分之间的差异十分显著 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义。结论: 护理风险管理用在呼吸危重症患者护理中能起到十分明显的护理效果, 不仅能稳定患者病情, 还能预防和减少一系列风险事件的发生, 改善患者身心状态。

【关键词】呼吸危重症; 护理风险管理; 风险事件发生率; 护理满意度

呼吸危重症医学科属于各大医院较为重要的科室之一, 这一科室中收治的患者往往都是年龄大、病情危重、病情变化快的群体, 具有较大的治疗难度^[1]。且这类患者大多数需要接受机械通气治疗, 在接受治疗期间由于各种因素的影响极易导致一系列风险事件的发生, 影响患者安全和病情恢复^[2]。因此, 在这一过程中结合患者实际情况和护理需求开展相应的护理管理显得尤为重要, 是稳定患者病情、预防风险事件发生、改善患者预后的基础和保障^[3]。本院呼吸危重症科针对收治的 61 例呼吸危重症患者展开了护理对比, 分别使用了常规护理管理、护理风险管理, 旨在探究护理风险管理用在呼吸危重症患者中的疗效和价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对本院呼吸危重症同一时间段内收治的患者 61 例实施电脑随机分组法处理, 其中参照组 30 例患者中男性 18 例, 女性 12 例, 年龄分布在 43-85 岁, 均值 (62.32 ± 3.56) 岁, 入院时间 1-15 天, 平均 (6.96 ± 2.33) 天; 试验组 31 例患者中男性 18 例, 女性 13 例, 年龄分布在 44-86 岁, 均值 (62.33 ± 3.59) 岁, 入院时间 1-13 天, 平均 (6.92 ± 2.30) 天。

统计学处理两组呼吸危重症患者的一般资料, 结果显示差异不大 ($P > 0.05$), 差异无统计学意义; 具有较高的可比性。

1.2 方法

对参照组患者实施常规护理管理, 主要是监测患者呼吸功能、肺功能、血压、血氧饱和度、呼吸频率等变化并第一时间处理患者出现的症状和意外、为患者提供基础的生活方面和病情方面的护理干预。

为试验组患者使用护理风险管理: (1) 风险评估: 对于呼吸危重症患者入院后第一时间展开风险的评估, 综合患者年龄、疾病类型、病情严重程度、基础病史、并发症、治疗方案等评估风险事件发生的可能, 将患者划分为低风险、中风险、高风险等类型。结合患者评估风险和结

果制定个性化的护理管理计划。(2) 护理风险管理措施的落实: 首先对于低风险患者除了定期监测其生命体征指标的变化外, 还应维持患者呼吸道的通畅程度, 为患者定期翻身和按摩, 减少深静脉血栓和肺炎等的发生。护士还应维持患者水电解质平衡状态, 结合临床需要展开液体管理, 避免过度液体负荷对患者病情产生的不利影响。责任护士应做好导管插入部位的清洁工作, 一切护理操作应严格在无菌操作原则下实施, 鼓励患者早期床上活动, 包括腹式呼吸、缩唇呼吸、吸痰、拍背咳嗽、俯卧位通气等等。对于中风险患者应每天评估患者的病情, 包括患者的临床指标的波动和体征、实验室检查结果、影像学检查结果等等; 保证充足的氧气供应, 结合氧饱和度变化调整吸氧流量和浓度。对液体平衡进行严密监测, 结合患者实际情况管理液体, 减少一系列并发症的发生。对于留置导管的患者应预防导管相关性感染的发生, 定期更换导管, 监测导管插入部位情况、定期清洁和消毒。指导患者早期通过呼吸锻炼、肢体被动运动、肌力锻炼等方式改善患者身体素质和肺功能。评估患者疼痛程度后给予患者自控镇痛泵、转移注意力疗法等方式减轻患者疼痛感。对于高风险患者, 除了监测患者生命体征指标的变化外, 还应该为患者实施个体化的治疗和护理, 包括呼吸机治疗、气管插管、机械通气、重视患者营养状态的评估, 每天展开营养状态的评估, 结合患者每天评估结果调整营养液的输注量, 保证患者机体营养状态。另外, 护士还应重视患者心理的疏导, 评估患者心理状态后结合患者性格和性别特点展开一对一的语言安慰、眼神肯定与支持、正性暗示、鼓励和理解、家属视频鼓励等等方式, 更好的减轻患者心理压力, 保证治疗和护理能顺利开展, 稳定患者情绪。维持好科室内环境和安静, 睡眠时间适当调整仪器设备的报警时间、尽可能减少一些不必要操作对患者睡眠质量产生的影响。

1.3 观察指标

比较两组患者护理后的护理风险事件发生率、护理满意度评分、SAS 评分、PSQI 评分。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件进行处理, 当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的护理风险事件发生率

两组护理后, 试验组的护理风险事件发生率低于参照组 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 1。

2.2 两组的护理满意度评分、SAS 评分、PSQI 评分

两组干预前各项指标无显著差异 ($P > 0.05$); 护理后, 试验组的护理满意度评分高于参照组, 而 SAS 评分、PSQI 评分低于参照组 ($P < 0.05$); 见表 2。

表 1 参照组、试验组患者的护理风险事件发生率 (n%)

组别	压疮 (n)	坠床 (n)	非计划性拔管 (n)	血栓栓塞 (n)	风险事件发生率
参照组 (30)	3 (10.00)	2 (6.67)	2 (6.67)	1 (3.33)	8 (26.67)
试验组 (31)	1 (3.23)	1 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (6.45)
χ^2 值	-	-	-	-	4.546
P 值	-	-	-	-	0.033

表 2 两组实施前后的 SAS 评分、PSQI 评分、护理满意度评分 (分)

组别	护理满意度评分	SAS 评分		PSQI 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组 (30)	86.35 ± 3.69	53.35 ± 3.46	50.12 ± 2.69	14.32 ± 2.12	11.32 ± 1.89
试验组 (31)	92.03 ± 3.35	53.45 ± 3.50	44.17 ± 2.22	14.30 ± 2.17	8.78 ± 1.63
t 值	6.298	0.112	9.435	0.036	5.267
P 值	< 0.001	0.911	< 0.001	0.971	< 0.001

3 讨论

临床研究显示, 随着生活习惯和生活环境的变化, 当前临床中呼吸危重症疾病的发生率越来越高, 主要以上呼吸道疾病、肺部疾病、支气管疾病、胸部疾病、心血管系统疾病等等, 对患者的身体健康和生命安全均会产生十分严重的影响^[4]。临床中一般对呼吸危重症患者实施药物治疗、机械通气和气管插管等干预, 但由于患者病情危重、住院时间长、各项侵入性操作等因素的影响极易引发一系列风险事件的发生, 影响呼吸危重症患者治疗效果的提升和预后的保障。因此, 在这一过程中配合相应的护理措施显得尤为重要, 以往常规护理管理措施虽能起到一定的护理效果, 但对于预防风险事件发生的效果并不十分显著, 具有一定的局限性。而护理风险管理主要是指在护理过程中, 通过识别、评估和处理护理风险, 以保障患者的安全和健康^[5]。护理风险管理是护理质量管理的重要组成部分, 它能够有效地减少患者的意外事件和不良后果, 提高护理质量和患者满意度。通过护理风险评估、护理风险预防对策落实等护理管理措施更好的预防和减少呼吸危重症科室中一系列风险事件的发生, 稳定患者病情, 缓解患者的心理压力, 改善患者的睡眠质量水平, 增进护理人员和患者之间的沟通互动, 提高患者对护理工作的满意度, 加速患者康复进程^[6]。

综上所述, 护理风险管理在呼吸危重症患者护理中的效果十分显著, 建议推广实施。

参考文献:

- [1] 杨萍丽, 陈慧莉, 陈桂贞. 护理风险管理对呼吸与危重症学科护理质量的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14 (16): 164-168.
- [2] 夏小哲, 李圆圆, 蒋娟等. 呼吸危重症精准诊疗体系在抗菌药物应用管理中的价值探索[J]. 中国感染控制杂志, 2023, 22 (06): 695-700.
- [3] 许世宏, 沈爱武. 护理风险管理对呼吸科危重症患者非计划性拔管、不良事件以及护患沟通不良现象的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (08): 168-169.
- [4] 谢旭萍. 护理风险管理在呼吸科危重症患者护理中的应用效果及对患者睡眠质量的影响研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9 (11): 2145-2147+2150.
- [5] 钟瑞涵, 江婷婷, 舒燕. 常规护理与护理风险管理用于呼吸与危重症学科患者的临床效果[J]. 智慧健康, 2022, 8 (03): 130-132.
- [6] 顾瑾, 孙晓萍. 呼吸科危重症院内转运患者实施分级转运模式的效果及对不良事件概率的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (13): 2430-2433.