

改良呼吸道护理方法对ICU特重型大面积烧伤患者肺部感染的影响分析

杨红英 张丽

(铜仁市人民医院 贵州铜仁 554300)

摘要:目的:分析改良呼吸道护理方法对ICU特重型大面积烧伤患者肺部感染产生的影响。方法:将50例ICU特重型大面积烧伤患者随机分为两组,其中一组给予常规的呼吸道护理(对照组,n=25),另外一组给予改良呼吸道护理(观察组,n=25),比较两组护理效果。结果:与对照组相比,观察组患者的PaCO₂(动脉血二氧化碳分压)较低,PaO₂(动脉血氧分压)较高(P<0.05),该组患者发生肺部感染的几率显著低于对照组,痰液性状以及堵管情况优于对照组(P<0.05),上述数据对比,差异均有统计学意义。与对照组数据结果相比,观察组治疗1w、2w、3w、4w时BSHS-A评分的结果数据更优(P<0.05)。结论:改良呼吸道护理方法可降低大面积烧伤患者的肺部感染率,保持呼吸道畅通,改善呼吸状况,提高患者生存质量及存活率。

关键词:改良呼吸道护理方法;ICU特重型大面积烧伤;肺部感染;影响

引言:

特重型大面积烧伤患者指的是烧伤情况极为严重,烧伤面积较大的患者,这部分患者的死亡率极高,由烧伤而引起的并发症较多,肺部感染就是常见的并发症之一。重度烧伤患者都会出现吸入性损伤,从而引发肺部感染,可致患者死亡,需采取呼吸道护理措施。为了提高呼吸道护理的效果,降低肺部感染的发生率,我院针对ICU特重型大面积烧伤患者的呼吸道护理方案进行了改良和优化,在临床中的应用效果总结报告如下。

1.资料与方法

1.1一般资料

从我院在2021年1月至2022年10月间治疗的ICU特重型大面积烧伤患者中选出符合纳入标准的病例50例,观察组和对照组各25例。观察组患者年龄26—59岁,平均(38.1±2.18)岁。对照组患者年龄19—52岁,平均(31.1±3.66)岁。两组患者的烧伤面积均大于体表皮肤的30%,为III度烧伤患者,入院前无呼吸系统疾病。比较两组患者的平均年龄、烧伤面积、血氧饱和度等信息,无统计学意义(P>0.05),具有对比价值。

1.2方法

患者入院后接受统一的救治,第一时间为患者建立静脉通道,给予静脉补液、吸氧,纠正低氧血症,对烧伤创面进行清理。部分出现严重呼吸困难的患者,行气管切开术。对照组患者经一般的呼吸道护理,为患者及时清理口内及呼吸道中出现的分泌物,保持口腔环境卫生。吸痰或引导患者自主排痰。通过在床旁放置吸引器、气管切开以及吸氧物,观察患者的病情,主要包含呼吸深浅度、观察患者的面色、血氧饱和度,并对患者的发音情况进行观察。如果患者出现窒息,应调整患者的体位。如果患者出现心脏骤停情况,需要立刻开展心肺复苏术。通过清除患者的气道的坏死组织,以此来保证安全。除此之外,要保证静脉通路的通畅性。对于患者的深度烧伤部分以及出现呼吸道梗阻的患者,应使用气管切管插管方式,以此来预防颈部水肿。在加强卧位护理的同时,注意避免窒息。

给予观察组患者改良呼吸道护理:(1)口腔护理。将患者口腔、鼻腔、气管中的分泌物吸净,使患者头部偏向一侧,利用开口器和压舌板将患者的口腔打开,用手电照射口腔内部,观察情况,用浸沾有复方氯己定溶液的棉球擦拭患者的牙齿、唇部、颊部、上颌以及舌苔。意识不清醒,舌后坠的患者,用拉舌钳调整舌头位置,充分擦拭和清洁舌苔。存在口腔溃疡的患者,使用1%的冰硼散在溃疡处涂抹^[1]。口腔护理每日两次。(2)排痰护理。根据患者烧伤的具体时间,在水肿的高发期(烧伤后6—10h内)做好排痰护理。保持气管吸痰管和口腔吸痰管分离,使用内径较小的吸痰管,防止气道阻塞。在吸痰操作时动作小心、轻柔,尽可能保护气道黏膜。如患者痰液粘稠度较高,行气道灌洗。每次吸痰的时间间隔为5min。吸痰操作前和操作后分别给予患者100%的氧气吸入,每次吸入3min左右。患者处于昏迷状态时,保持仰卧位,清醒后可适当翻身,通过改变体位促进排痰。(3)气道湿化。给予患者持续性的气道湿化,将湿化液的滴注速度控制在每分钟3—4滴,24h内的湿化液总量超过250ml,低于300ml^[2]。湿化期间密切观察患者的生命体征,保持吸氧。

1.3观察指标

比较两组患者的血气指标(包括PaCO₂和PaO₂)、痰液性状、

堵管率和肺部感染发生率。痰液性状按照评估标准可分为I度、II度、III度。肺部感染的标准参照《医院获得性肺部感染诊断和治疗指南》中给出的诊断标准。与对照组数据结果相比,观察组治疗1w、2w、3w、4w时BSHS-A评分。

1.4统计学方法

使用SPSS 19.0统计学软件对数据进行处理和分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2.结果

2.1两组患者的血气指标

两组患者接受治疗及护理干预前的血气指标无统计学意义(P>0.05),治疗及护理后数据指标相比,观察组数据优于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 两组患者的血气指标

组别(n)	PaCO ₂ (治疗前)	PaCO ₂ (治疗后)	PaO ₂ (治疗前)	PaO ₂ (治疗后)
观察组(25)	54.28±5.15	40.07±5.43	55.14±7.1	75.32±7.74
对照组(25)	55.24±6.01	47.25±4.36	55.28±6.90	66.92±8.48
t	0.61	6.24	0.80	8.37
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2两组患者痰液、堵管及肺部感染情况

观察组患者总体痰液性状优于对照组,堵管及肺部感染的发生率低于对照组,P<0.05。见表2。

表2 两组患者痰液、堵管及肺部感染情况

组别(n)	痰液性状(I度)	痰液性状(II度)	痰液性状(III度)	堵管(n%)	肺部感染(n%)
观察组(25)	15(60)	9(36)	1(4)	0(0)	1(4)
对照组(25)	6(24)	10(40)	9(36)	3(12)	2(8)

2.3两组患者BSHS-A指标

与对照组数据结果相比,观察组治疗1w、2w、3w、4w时BSHS-A评分的结果数据更优(P<0.05)。

表3 比较组间BSHS-A指标($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗1w	治疗2w	治疗3w	治疗4w
观察组	15	87.4±12.8	115.7±16.5	164.5±25.4	241.5±30.5
对照组	15	74.5±11.5	89.6±12.5	121.5±21.5	174.2±26.5
T值		9.6124	13.2011	22.6522	34.5177
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

3讨论

在临床上,重度烧伤较为常见,其指的是创面表皮层以及少数真皮层受到损伤,而创面上极易导致微生物入侵,从而引发全身或局部感染,这不仅会增加创面愈合难度,还会对患者的整体疗效造成严重影响。对于此类患者,临床治疗的关键在于加速修复细胞,促进其增生,以及积极控制感染等。

由于烧伤患者其发病突然同时受大面积烧伤严重的影响,一定

(下转第165页)

(上接第 151 页)

情况下会威胁患者的生命,同时导致烧伤后出现皮肤增生等症状^[2]。在影响患者美观的同时,也会使患者肢体功能造成障碍,在一定程度上对患者生活质量造成影响。在有沉重压力的同时,影响整体的工作和学习。因此在护理过程中,护理人员应进行健康教育,通过患者了解相关疾病知识,在配合治疗的情况下,促进患者的恢复,改善其不良心理^[3]。

重度烧伤患者烧伤面积大,同时伤后创面出现渗液,在此同时将会导致体内环境稳定性遭到破坏,并引发免疫紊乱。烧伤主要是指在热力影响下引起的组织损伤,其中包括火焰、蒸汽多种因素造成的组织损伤。烧伤一定程度上会造成皮肤增生,同时出现挛缩等后遗症,严重时将会造成肢体障碍,重症烧伤患者整体创面感染发生率较大,对于患者的身心健康来说具有一定的影响^[4]。

由于烧伤患者其发病突然同时受大面积烧伤严重的影响,一定程度上会威胁患者的生命,同时导致烧伤后出现皮肤增生等症状。在影响患者美观的同时,也会使患者肢体功能造成障碍,在一定程度上对患者生活质量造成影响。在有沉重压力的同时,影响整体的工作和学习^[5]。

对于重度烧伤患者来说,在护理中具有一定难度。在此期间应充分加强患者的监护力度,如果出现不良反应,应立刻采用紧急风险管理措施,从而保证风险能够得到及时解决和处理。在通过对禁忌患者进行处理,提升患者的满意度。对于烧伤患者来说,窒息发生率相对较高,病情发展较快,通过加强风险管理能够有效降低医疗事故。

特重型大面积受伤患者极容易发生肺部感染,这类患者往往伴有严重的吸入性损伤,呼吸道中的粘膜受损,呼吸道的湿化能力降低。同时,患者在烧伤情况下,机体的免疫力缺乏,加之急救过程中采取的气管切开、气管插入等操作,使得患者的防御屏障被破坏,肺部感染的风险进一步增加^[6]。而肺部感染对于重度烧伤患者来说无疑是致命的因素。为了降低肺部感染的发生率,做好呼吸道护理工作举足轻重。

通过做好烧伤病区的隔离,对于重病区的患者,应限制其陪同时间。通过对危重患者进行高压消毒,在出现耐药菌感染的同时,通过做好隔离标识,认真做好隔离工作。在观察敷料的情况,及时进行更换,避免感染。在严格遵循消毒隔离制度的同时,以提升个人卫生为主,主要以替身患者的自我保护力度为主。禁止对患者创面部位进行穿刺,控制患者的深静脉置管时间,并对患者的创面部分进行穿刺,控制患者的深静脉置管时间。如果出现输液不畅,应分析其中的病因,避免由于针头在静脉内反复移动。如果出现红肿应立即停止输液。密切观察患者的思想情况,如果患者出现精神障碍,应及时进行心理疏导。除此之外,要充分提升防护力度,避免出现其他情况。在静脉穿刺期间,应避免由于留置针造成的严重刺激。如果患者卧床时间过程,应在锻炼期间加强监护力度,避免由于体位较低产生低血压。

本院通过对呼吸道护理模式进行改良,进一步细化了口腔护理、排痰护理和湿化护理,有效降低了患者的肺部感染率、堵管率,改善了痰液粘稠度和血气指标,效果明显,应推广。

参考文献:

- [1]陈美琴.改良呼吸道护理方法对颅脑外伤手术患者肺部感染的影响[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(2):2.
- [2]章建莉.改良呼吸道护理方法对 ICU 特重型大面积烧伤患者肺部感染的影响研究[J].国际感染病学:电子版,2019,8(4):2.
- [3]罗薇,张新叶,陈丽丽,等.改良呼吸道护理方法对 ICU 特重型大面积烧伤患者肺部感染的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(10):3.
- [4] Xiao M J, Zou X F, Li B, et al. Simulated aeromedical evacuation exacerbates burn induced lung injury:targeting mitochondrial DNA for reversal[J]. 军事医学研究:英文版, 2022(001):009.
- [5]韩莉燕.特重度烧伤患者的护理风险评估与防范措施[J].按摩与康复医学,2015,6(22):102-103.

作者简介:姓名:杨红英,性别:女,出生年月:1991年09月,民族:苗族,籍贯:贵州松桃,学历:本科,现任职称:护师,主要从事:临床护士。