

综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果和肺部感染的影响

何芳¹ 黄英²

(新疆喀什地区第二人民医院心胸外科 844000)

摘要:目的:分析综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果及肺部感染的影响。方法:研究开展时间节点为2021.07月,截止时间节点为2022.07月,研究样本为我院此阶段收治的心胸外科手术患者,样本数量共有100例,随机分为2组,分别接受常规护理和综合护理,对比分析两组护理模式应用后排痰效果、肺部感染情况以及肺康复效果。结果:两组护理模式应用后,研究组日排痰量高于对照组,且研究组痰液粘稠度显著低于对照组($P < 0.05$);观察两组肺部感染情况,研究组肺部感染发生率低、带管时间短、呼吸困难程度评分低,肺部感染发生率低($P < 0.05$);两组肺康复效果包括呼吸频率、氧饱和度、用力肺活量指标均有得到显著改善,干预前后及组间对比存在统计学意义($P < 0.05$)。结论:将综合护理干预模式应用到心胸外科手术术后,能有效预防肺部感染,利于促进患者康复,具有较高的临床应用价值,值得推广。

关键词:心胸外科;综合护理;排痰效果;肺部感染

心胸外科是当下治疗心肺与食道类疾病常用的手术方式,能消除病灶,控制病情进展,但在手术开展过程中围术期存在较多的手术风险,再加上手术操作难度大,精细化要求程度高,术后存在的并发症发生率大,会影响整体手术效果^[1-2]。因手术持续时间长,再加上术中肺叶萎缩,会对患者循环及呼吸功能产生严重影响,患者术后会有呼吸窘迫、胸闷气促等表现症状,易影响术后康复速度^[3]。因此需要开展有效的护理干预措施帮助缓解患者术后不适。综合护理从患者自身特点出发,综合考虑患者各方面需求,根据患者病情变化开展一系列综合护理模式,并合理分配护理时间,能有效节省护理资源,提高护理效果,进而能够提高整体护理效果^[4-5]。本次研究分析综合护理模式在心胸外科手术后的应用效果,具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将2021.07月至2022.07月我院接收的100例心胸外科手术患者作为研究对象,以随机数字表法进行分组,将其分为对照组与研究组。对照组中男性27例,女性23例;年龄29~64岁,平均年龄为 (48.16 ± 3.48) 岁;文化程度:小学/初中/高中/大专及以上各有患者12例/10例/15例/13例;体质量指数 $18 \sim 25 \text{ kg/m}^2$,平均体质量指数 $(21.36 \pm 0.42) \text{ kg/m}^2$ 。研究组中男性29例,女性21例;年龄32~65岁,平均年龄为 (48.13 ± 3.49) 岁;文化程度:小学/初中/高中/大专及以上各有患者11例/11例/14例/14例;体质量指数 $18 \sim 25 \text{ kg/m}^2$,平均体质量指数 $(21.35 \pm 0.48) \text{ kg/m}^2$ 。全部病人一般病例信息比较无明显差异($P > 0.05$),可进行对比。

1.2 方法

1.2.1 对照组

接受常规护理,护理内容包括遵医嘱予以患者抗感染药物、镇痛药物,并指导患者正确呼吸,同时根据患者呼吸状况及时进行吸痰处理。

1.2.2 研究组

接受综合护理干预方法,护理内容有:①多维度镇痛:多模式镇痛:手术结束后为患者安装自控镇痛泵,使用时间为48h;待观察到患者意识清醒后,主动关怀、安抚患者,消除患者紧张、焦虑情绪,且帮助患者选择合适的卧位,增加舒适感;护理人员需要使用VAS疼痛量表对患者主诉疼痛症状进行评估,对于轻度疼痛患者,指导患者通过播放舒缓音乐、做手工等方式转移疼痛注意力;

若评分为4~6分,需要护理人员观察伤口位置以及阴道流血情况,遵医嘱予以患者镇痛药物或通过按压镇痛泵方式缓解疼痛,并在30min或半小时后再次评估,观察患者疼痛症状有无改善;若疼痛评分 > 7 分,需要查找原因,小组临床医生及麻醉师进行整治,并安排心理咨询师进行心理干预,帮助缓解患者术后疼痛症状。②心理护理:胸外科患者面临复杂手术操作,心理负担较重,再加上对疾病的恐惧感,会有不同程度负面情绪,为此需要护理人员注重加强与患者之间的沟通与交流,耐心倾听患者内心主诉,尽可能满足患者的合理需求,增强患者康复信心,帮助患者放松。③呼吸与咳痰护理:术后保持呼吸道道通畅,床头抬高,密切关注患者的生命体征,针对有自主排痰能以及粘液稀薄患者鼓励直接排痰,若无自主排痰能力者需要给予密闭式吸痰操作,指导患者正确咳痰;加强气道湿化管理,呼吸机辅助呼吸,控制湿化器,并注意维持患者口腔清洁,降低感染风险;此外还要指导患者进行缩唇呼吸训练,保持自然放松状态,闭口经鼻腔吸气,然后缩拢嘴唇吹气缓慢呼气,同时收缩腹部,每日重复上述训练过程2~3次,每次7~8分钟;腹式呼吸:仰卧体位,闭口经鼻腔缓慢深吸气至最大肺容量屏气后3~5s见腹部隆起时缓慢经口呼气,腹部内收,重复上述训练过程每日2次,每次15~20min。④健康宣教:加强同患者的健康宣教,让患者了解术后肺部感染的危害性,并能主动配合护理干预,护理人员耐心解答患者疑惑,提升患者对疾病的认知,有助于提高整体术后恢复效果。

1.3 观察指标

(1)排痰效果:记录护理干预前后7d通过使用一次性集痰器收集每日护理后患者的痰液,观察每日痰液量;对患者痰液粘稠度进行观察,I~III度,I度表示痰液呈白色泡沫样,吸痰后吸引器接头内壁无痰液滞留;III度表示痰液粘稠明显,呈淡黄色且痰痂,且不易被冲洗干净。

(2)肺部感染:观察两组带管留置时间、住院时间、呼吸困难程度评分(参考Borg评分量表对患者呼吸困难程度进行评估,总分为10分,0分表示无呼吸困难或疲劳,10分表示达到极限)以及肺部感染发生率数据变化差异。

(3)肺康复效果:观察两组护理模式应用后呼吸频率、氧饱和度和用力肺活量指标变化差异。

1.4 统计学方法

数据资料全部以SPSS29.0软件进行处理,计量资料采用均数 \pm

标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采取 t 检验方式; 计数资料采用 [例(%)] 表示, 采用 χ^2 检验, 结果以 $P < 0.05$ 表示本次研究具有统计学意义。

2. 结果

2.1 排痰效果差异比较

由表 1 数据可知, 研究组术后日排痰量显著高于对照组, 且痰液粘稠度 III 度低于对照组, 组间对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。

表 1 护理干预模式对排痰效果的影响 [$\bar{x} \pm s$] / n(%)

组别	例数	日排痰量 (ml)	痰液粘稠度		
			I 度	II 度	III 度
研究组	50	28.34 ± 3.46	36 (72.00)	10 (20.00)	4 (8.00)
对照组	50	21.19 ± 3.17	23 (46.00)	15 (30.00)	12 (24.00)
t/χ^2		10.774	6.986	1.333	4.762
P		0.000	0.008	0.248	0.030

2.2 比较观察两组肺部感染具体情况

由表 2 数据可知, 研究组带管留置时间短、住院时间短、呼吸困难程度评分低、肺部感染发生率低, 与对照组相比, 肺部感染风险小 ($P < 0.05$)。

表 2 肺部感染具体情况差异分析 [$\bar{x} \pm s$] / n(%)

组别	例数	带管留置时间 (d)	住院时间 (d)	呼吸困难程度评分		肺部感染 (分)
				程度评分	肺部感染	
研究组	50	4.18 ± 0.49	12.39 ± 2.41	2.17 ± 0.26	3 (6.00)	
对照组	50	5.45 ± 0.68	15.17 ± 3.15	2.93 ± 0.61	11 (22.00)	
t/χ^2		10.714	4.956	8.104	5.316	
P		0.000	0.000	0.000	0.021	

2.3 两组康复效果差异比较

由 3 数据可知, 两组肺康复效果包括呼吸频率、氧饱和度、用力肺活量指标均有得到显著改善, 干预前后及组间对比存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 护理干预模式对患者肺康复效果的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	呼吸频率 (次/min)		氧饱和度 (%)		用力肺活量 (L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
		研究组	50	16.35 ± 1.47	12.89 ± 1.25	93.46 ± 0.76	98.93 ± 0.74
对照组	50	16.33 ± 1.45	14.38 ± 1.31	93.44 ± 0.77	96.48 ± 0.63	2.13 ± 0.31	2.91 ± 0.19
t		0.068	5.819	0.131	17.826	0.302	3.135
P		0.946	0.000	0.896	0.000	0.763	0.002

3. 讨论

心胸外科就诊患者临床治疗主要为外科手术方式, 该手术治疗方法涉及多个胸腔部位, 且在手术过程性需要一侧肺叶萎缩来提高视野清晰度, 促进手术顺利进行, 但肺叶萎缩会对患者术后肺部及呼吸功能造成影响, 进而会导致术后并发症发生风险高^[6-7]。特别是肺部感染问题, 因手术创伤大, 对肺门及支气管刺激可反射性引起呼吸道分泌物增多, 而术后呼吸功能下降、患者会因疼痛不敢咳嗽, 会导致呼吸并发症出现, 影响患者康复进程^[8]。因此需要在心胸外科手术及时开展针对性护理提高整体治疗效果。

本次研究结果表明, 两组护理模式应用后, 研究组患者日排痰量显著高于对照组, 且痰液粘稠度 III 度低于对照组, 术后住院时间短、肺部感染风险低, 且肺部功能有得到显著改善 ($P < 0.05$), 提示综合护理应用有助于促进患者康复。开展多维度镇痛模式, 避

免以往遵医嘱使用镇痛药进行干预, 让疼痛护理干预措施应用更加具有科学性和针对性, 同时也能提高患者痛阈, 利于病情康复, 避免对镇痛药物形成依赖性, 更合理缓解患者术后疼痛症状, 进而能让患者配合用力咳嗽, 致使呼吸道分泌物排出, 避免积聚于呼吸道引起肺部感染疾病, 利于改善患者预后^[9-10]。患者面临手术治疗以及术后各种管道通路所带来的不适, 会存在不同程度焦虑、抑郁情绪, 会影响术后康复护理实施依从性, 进而会直接影响护理效果, 护理人员加强与患者的沟通交流, 并积极开展相关健康宣教活动, 让患者进行系统性的知识学习, 患者重视肺部功能恢复以及正确排痰的重要性, 进而能在采取有效、科学的康复措施时保持积极的康复心态, 利于术后康复进展, 护理人员耐心满足患者的心理需求及知识需求, 利于提高患者治疗依从性, 能有效缩短患者入院治疗病程; 开展呼吸道管理以及呼吸训练, 保持呼吸道通畅, 避免因分泌物堵塞影响肺的通气功能, 且多种呼吸训练模式的应用能够增加膈肌活动度, 能够在减少呼吸机能量消耗的同时提高肺泡换气量, 进而有助于促进患者肺功能恢复, 同时也有助于获得良好的排痰效果, 规范呼吸道管理行为, 帮助患者有效排痰, 能够降低肺部感染风险, 改善呼吸水平, 进而有助于促进患者术后恢复, 同时对改善患者术后生存质量也具有积极意义^[11-12]。

综上所述, 将综合护理干预模式应用到心胸外科手术后, 能有效预防肺部感染, 利于促进患者康复, 具有较高的临床应用价值, 值得推广。

参考文献:

- [1]孙晨旭. Teach-back 健康教育宣教对胸外科患者术后生活质量及康复效果的影响研究[J]. 中国医学创新, 2021, 18(11):101-104.
- [2]胡婷, 夏慧华, 朱先花. 外科术后肺部感染生理学和手术严重性评分系统风险评估及护理对策[J]. 中国当代医药, 2021, 28(3):228-231.
- [3]刘东东, 沈剑, 黄思远, 等. 肺癌根治术后肺部感染的相关因素分析[J]. 中华全科医学, 2021, 19(4):550-553.
- [4]魏志杰, 张靖华, 孟利芳. 呼吸道管理及呼吸训练对肺癌术后患者肺功能指标、排痰效果、肺部感染及康复情况的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(13):1386-1389, 1402.
- [5]杨君一. 综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果、肺部感染防治效果的评估[J]. 中国医药指南, 2021, 19(30):150-151.
- [6]郑江涛, 杨琼. 手术室护理对胸外科手术后肺部感染发生的影响分析[J]. 中华养生保健, 2021, 39(15):132-133.
- [7]赵艳辉. 医用振动排痰机对开胸术后患者血气分析指标及安全性的影响[J]. 医疗装备, 2022, 35(2):154-156.
- [8]张红. 以循证基础行集束化护理对心胸外科术后无创正压通气患者并发症、心理状态及自护能力的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(16):2937-2942.
- [9]蔡丹玲. 集束化气道护理联合气道廓清技术对肺部感染患者排痰情况及症状恢复情况的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2(023):166-169.
- [10]李乔, 闫双双, 田野. 胸外科患者术后医院感染的危险因素及预防措施分析[J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29(7):36-38.
- [11]傅娆, 陆真. 机械振动排痰与腹式呼吸训练在心脏大血管术后患者排痰效果中的观察[J]. 湖南师范大学学报:医学版, 2021, 18(5):165-168.
- [12]徐焕香, 宋雪楠, 宫立莹, 等. 综合护理干预在胸外科术后患者中的应用效果[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(24):47-49.