

精细化护理在老年重症护理呼吸机相关性肺炎(VAP)患者中的应用效果

许梅连

(福建龙岩市第一医院重症医学科 福建龙岩 364000)

摘要:目的:探讨分析精细化护理在老年重症护理呼吸机相关性肺炎(VAP)患者中的应用效果。方法:2020年6月到2022年6月,选取120例高龄呼吸机相关性肺炎患者为研究对象,按照随机数字表法将患者分组,每组患者是60例。对照组采用常规护理服务,观察组采用精细化护理对策,比较两组患者的护理有效率、护理前后的负面情绪评分,同时比较两组VAP发生率。结果:观察组护理有效率是98.33%,对照组护理有效率是83.33%,观察组大于对照组($P < 0.05$)。护理7d后观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组($P < 0.05$),护理7d后两组的焦虑、抑郁评分均低于护理前($P < 0.05$)。通过积极的护理干预之后,观察组的VAP发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论:高龄呼吸机相关性肺炎患者实施精细化护理对策,效果理想。

关键词:呼吸机相关肺炎;常规护理;精细化护理;护理有效率;负面情绪评分

呼吸机相关肺炎属于常见并发症,应用呼吸机是导致该并发症发生的主要原因^[1]。该并发症发生后,会对患者呼吸功能、生活质量造成较大影响,尤其是高龄患者,危险性进一步提升^[2]。为加快高龄呼吸机相关性肺炎患者的康复速度,需做好患者的护理工作,积极提供科学有效的护理方案。精细化护理对策是现今比较推崇的新型护理方式,可针对性的帮助处理相关问题,改善患者的身心状态,促进患者康复。

1·资料与方法

1.1 临床资料

2020年6月到2022年6月,选取120例高龄呼吸机相关性肺炎患者为研究对象,按照随机数字表法将患者分组,每组患者是60例。对照组:男38例,女22例;年龄61~80岁,平均(70.75±5.29)岁;体重42~86kg,平均(64.37±6.29)kg;呼吸机治疗时间2~11d,平均(6.85±2.13)d。观察组:男35例,女25例;年龄61~79岁,平均(70.43±5.26)岁;体重42~87kg,平均(64.69±6.32)kg;呼吸机治疗时间2~12d,平均(7.03±2.16)d。

1.2 方法

对照组采用常规护理服务:遵医嘱治疗,密切监测病情等。

观察组采用精细化护理对策:(1)抬高床头:抬高床头是一项操作简单且成本低的干预措施,可有效预防胃内容物反流,减少误吸入的发生率,从而降低VAP的发生率。目前临床研究指出,抬高床头30~45°患者与平卧位患者相比,VAP发生率更低($P < 0.05$)。但是也有学者认为床头抬高可能会增加骶尾部压力性损伤的发生风险,因此需要定期更换体位。有研究通过观察发现,床头抬高30°组相比于床头抬高15°组、床头抬高45°组相比,预防VAP的效果好且患者的舒适度评分最高,是机械通气患者预防VAP的有效措施。但是抬高床头不适用于脊髓损伤患者,因此在实际操作中需要严格坚持适用证与禁忌症。(2)加强手卫生管理:引起VAP的病原菌中以革兰阴性菌的检出率较高,包括肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌等,其广泛存在于自然环境中,若接触患者前后没有做好手卫生管理,容易诱发VAP。因此在护理管理中,需要强化手卫生管理。有研究指出,手卫生依从性低与医护人员缺乏责任心、工作繁忙、手卫生设施不合理等因素有关。因此医院需要加强宣传教育措施,将手卫生管理纳入绩效考核范畴,从而提高医护人员的手卫生依从性,定期与不定期进行手卫生检查,从而减少管理不当引起的VAP发生率升高。(3)声门下吸引:机械通气患者上呼吸道

分泌物容易聚集在气囊上方,若不及时清除,可造成细菌大量繁殖,分泌物容易进入肺内引起VAP。声门下吸引可有效清除气囊上堆积的分泌物,但是操作不当容易造成粘膜损伤,因此在实际操作中,需要确保动作轻柔,合理控制吸引参数。有研究通过观察发现,使用生理盐水冲洗可保持声门通畅,降低VAP发生风险。《呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南》中也有推荐声门吸引联合生理盐水冲洗,尤其是对于气管插管患者,需要每日更换吸痰装置。(4)加强口腔护理:口腔中存在大量的致病微生物,机械通气会造成影响口腔自洁,导致细菌大量繁殖,加上人工气道建立,导致会厌保持半开放状态,而口腔致病菌进入肺部引发VAP;同时由于患者多为昏迷状态,无法及时排除口腔分泌物,容易出现误吸入的情况。因此机械通气患者需要加强口腔护理。可以使用生理盐水、氯己定漱口液冲洗。通过加强口腔护理,可以降低气管插管患者VAP发生率,改善患者的生活质量。可以根据口腔pH值选择合适的清洁液,对于pH>8的患者,可使用2~3%硼酸清洁口腔,对于pH<7的患者,则采用2%碳酸氢钠清洁口腔,对于pH7~8的患者,可使用1~3%过氧化氢溶液清洁口腔。(5)合理控制呼吸机管道更换频率:呼吸回路污染是引起机械通气患者发生VAP的常见原因之一。因此国内外研究指出,无需经常更换呼吸机管路,在管路污染或破损时更换即可。呼吸机管路更换时间为30天更换1次即可,而国内学者多认为7天更换1次是比较合适的频率。对于呼吸机管理更换频率的研究,目前仍旧缺乏大样本、多中心的随机对照观察,因此仍旧有待进一步的完善。(6)缩短机械通气时间:机械通气时间与VAP发生风险存在正相关性,随着机械通气时间的延长,VAP发生风险也越高。因此临床护理中需要每天进行拔管评估,包括患者的呼吸状况、意识状况,严格掌握拔管指征,尽早拔管,降低该病的发生风险。每天进行拔管评估可有效缩短患者的拔管时间,降低VAP的发生风险。(7)加强气道护理:对于建立人工气道患者,在呼吸机通气时需要合理控制气囊压力,预防气道粘膜损伤。采取少量多次充气的方式,直到气囊周围漏气位置,然后缓慢抽出0.2~0.3mL气体,确保气囊不会对周围组织造成压迫,又减轻护理人员的工作负荷。气道湿化具有重要意义,需要根据患者痰液粘稠度调整湿化方案,每天湿化量应该控制在200~250mL。在气道湿化中,目前多采取人工鼻、微量泵注等方法,具有较好的湿化效果。常用的湿化液主要为灭菌蒸馏水或生理盐水,使用量具体,需要结合患者的出入量、痰液量、室温、湿度等方面进行综合考虑。但是

过度湿化会引起呼吸阻力增加,甚至诱发水滞留,因此需要合理控制湿化量。以气体湿度 60~70%、气道温度控制在 32~36℃为宜,有助于维持气道纤毛运动,加速分泌物排出。机械通气患者需要及时咳嗽排痰,对于痰液粘稠的患者,可以给予雾化吸入+叩背排痰,尽可能减少吸痰次数。(8)鼻胃管护理:机械通气患者由于无法经口进食,因此多采取鼻饲的方式。但是鼻饲容易出现胃内容物反流的情况,且由于患者的消化功能下降,容易出现胃滞留的情况。因此在鼻饲过程中需要定期进行床旁超声检查,观察胃内容物残留量,预防胃滞留的发生。为了预防腹胀的发生,可以采取重力喂养的方式,可以有效减少胃滞留的发生率。

1.3 观察指标

(1) 护理效果,持续护理 7d 后评价,判定标准^[3]如下,显效:患者的肺炎症状及体征消失,肺功能显著改善。有效:患者的肺炎症状及体征缓解,肺功能有所改善。无效:患者的肺炎症状及体征、肺功能变化不明显,或疾病进一步发展。计算显效与有效例数,得出护理有效率。(2) 负面情绪,护理前及持续护理 7d 后评价,应用焦虑自评量表^[4]和抑郁自评量表判定患者的两项负面情绪,在 50 分以内、53 分以内则代表患者无焦虑、抑郁情绪,超出这一范围则代表存在相应负面情绪。(3) 比较两组 VAP 发生率。

1.4 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析。

2 · 结果

2.1 患者护理效果统计

见表一。

表 1 两组护理效果 (n=60 例, n/%)

组别	显效	有效	无效	护理有效率
观察组	43 (71.67%)	16 (26.67%)	1 (1.67%)	59 (98.33%)
对照组	24 (40.00%)	26 (43.33%)	10 (16.67%)	50 (83.33%)
X ² 值	-	-	-	5.387
P 值	-	-	-	0.001

2.2 患者负面情绪统计

见表二。

表 2 两组负面情绪 (n=60 例, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	焦虑评分		抑郁评分	
	护理前	护理 7d 后	护理前	护理 7d 后
观察组	56.47 ± 3.29	40.05 ± 2.86 [*]	58.59 ± 3.42	41.25 ± 3.10 [*]
对照组	56.03 ± 3.25	47.34 ± 3.01 [*]	58.11 ± 3.38	48.69 ± 3.17 [*]
t 值	0.845	4.873	0.827	4.889
P 值	0.234	0.001	0.240	0.001

注:与同组护理前比较,*P < 0.05。

2.3 两组 VAP 发生率比较

如下表 2 所示。

表 1 两组护理效果 (n=60 例, n/%)

组别	VAP 发生人数	VAP 发生率
观察组	3	5.00
对照组	11	18.33
X ² 值	-	-
P 值	-	-

3 · 讨论

目前临床预防 VAP 相关措施主要是参考各种医疗指南,从而为临床决策提供相应依据。例如美国医疗保健流行病学学会发布的《急诊医院呼吸机相关性肺炎防治策略》、中华医学会重症医学会发布的《呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南》等指南。临床指南主要是通过对临床文献的整理,并在众多文献中找出真实可靠的循证依据,从而形成系统化的诊疗指南。在构建 VAP 集束化护理策略中,需要依照临床指南中的相关证据,从而制定护理清单,优化护理流程。集束化护理通常包含 3~6 项循证依据,并要求各项措施简单明确、可操作性强,并且具有定量定性评价标准。在实际实施过程中,还需要考虑到医院的实际情况进行适当调整。

高龄患者多合并较多基础疾病,自身器官功能、免疫功能有明显下降现象,属于疾病高发群体^[5]。高龄患者住院治疗期间,不仅需要加强治疗操作,还需加强护理干预,帮助患者预防治疗期间存在的各项风险因素^[6]。呼吸机通气是高龄患者常用治疗方案,可帮助患者维持通气状态,改善患者的缺氧状态,促进患者原发病转归。高龄患者若同时存在呼吸机相关性肺炎,会加快原发性疾病的进展速度,延长治疗时间,不利于患者早期康复出院。对于这一类患者,需加强患者的护理干预,尤其是科学合理的护理干预。精细化护理对策是现今比较常用的护理方式,主张以患者为中心,重视患者心理及生理对疾病、肺炎的影响,要求针对性的展开护理干预,全面消除护理影响因素,提高护理效果。

综上所述,高龄呼吸机相关性肺炎患者应用精细化护理对策,护理效果显著。

参考文献:

- [1] MAHMOUD A. ALJA'AFREH, SULTAN M. MOSLEH, SAKHAA S. HABASHNEH. The Effects of Oral Care Protocol on the Incidence of Ventilation-Associated Pneumonia in Selected Intensive Care Units in Jordan[J]. Dimensions of critical care nursing: DCCN,2019,38(1):5-12.
- [2] 张丽凤,周春锋,李素兰, et al. 改良口腔护理方案对经口气管插管患者口腔溃疡及呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2021,7(8):79-81.
- [3] DUYGU KES, TUGBA AYDIN YILDIRIM, CUNEYT KURU, et al. Effect of 0.12% Chlorhexidine Use for Oral Care on Ventilator-Associated Respiratory Infections: A Randomized Controlled Trial[J]. Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses,2021,28(4):228-234.
- [4] 孔羽,张冉,杨利,等. ICU 人工气道干预病人呼吸机相关性肺炎发生危险因素调查及护理干预措施分析[J]. 全科护理,2020,18(28):3887-3889,3892.
- [5] 郁雅艳,吕静. 可吸痰式气管切开套管预防 ICU 病房高龄气管切开患者呼吸机相关性肺炎的临床观察[J]. 老年医学与保健,2018,24(5):544-545.
- [6] 刘晓玲,蔡丽碧,吴文娟,等. 集束化护理对 ICU 经口气管插管患者机械通气期间呼吸机相关性肺炎的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(5):61-63.