

综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果、肺部感染的影响评估

热伊莱·图尔荪¹ 迪丽努尔·依力哈尔²

(新疆喀什地区第二人民医院心胸外科 844000)

摘要: 目的: 探讨综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果、肺部感染的影响。方法: 我院于 2021 年 4 月至 2022 年 5 月收治 158 例心胸外科术后患者, 随机将其分为两组, 即常规组和研究组, 分别施行常规护理与综合护理干预, 比较两组患者的护理效果。结果: 研究组的术后恢复指标和血气指标明显优于常规组 ($P < 0.05$); 研究组的排痰总有效率为 97.46%, 其显著高于常规组的 79.74% ($P < 0.05$); 研究组的肺部感染发生率为 2.53%, 其显著低于常规组的 22.78% ($P < 0.05$); 研究组的生活质量评分显著高于常规组 ($P < 0.05$)。结论: 在心胸外科术后患者中实行综合护理干预既缩短了患者术后引流管拔管、重症观察以及住院时长, 提高了排痰效果, 又减少了肺部感染的发生情况, 同时还改善了患者的血气分析指标和生活质量, 保证了术后治疗的安全性。

关键词: 综合护理干预; 心胸外科术; 排痰效果; 肺部感染

心胸外科手术侵入性非常强, 且多在肺部、心脏、食管等部位进行手术操作, 手术后患者的切口会在一定程度上产生疼痛感, 同时还有引发一系列并发症的风险, 比如肺部感染等。除此之外, 手术后由于长时间卧床等影响, 患者可能无法顺利排出痰液, 不仅会导致其支气管受到阻碍, 而且还有可能出现其他不良事件, 对其术后恢复极为不利, 因而临床要加强术后的护理配合工作, 帮助患者顺利排出痰液, 确保术后恢复更加安全^[1-3]。常规护理所提供的服务不够全面, 仅局限于疾病本身, 忽视了患者自身的情况, 而综合护理干预相比之下更为细致, 所顾及的地方也比较全面, 在临床上受到的认可度更高。为此, 本文将深入分析综合护理干预的效果, 具体报告如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 4 月至 2022 年 5 月收治的 158 例心胸外科术后患者, 随机将其分为常规组和研究组。常规组 79 例, 年龄 32-78 岁, 平均为 (55.37 ± 0.80) 岁, 45 例男性、34 例女性, 手术时间 46-91 分钟, 平均为 (65.69 ± 12.56) 分钟, 体重 49-66 千克, 平均为 (55.81 ± 3.76) 千克。研究组 79 例, 年龄 33-79 岁, 平均为 (56.48 ± 0.87) 岁, 46 例男性、33 例女性, 手术时间 47-92 分钟, 平均为 (66.78 ± 12.68) 分钟, 体重 50-67 千克, 平均为 (56.76 ± 3.58) 千克。对比两组患者的资料和信息, 组间差异均具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

常规组行常规护理如下: 指导并协助患者进行术前的相应检查, 对患者进行常规宣教和疏导, 并于术中积极配合麻醉和主刀医师, 对患者的体征变化进行密切监测和记录, 指导患者进行排痰, 如有必要采用吸痰处理, 针对出现的并发症予以对症处理, 以及进行饮食、运动指导等。

研究组行综合护理干预如下: 1) 心理干预和健康教育: 责任护士需对患者的疾病变化、心理特点进行评估, 然后根据评估结果展开护患沟通, 一对一引导患者主动述说自己的焦虑和疑惑, 并安排治疗成功患者与其进行交谈, 缓解其内心的压力, 让其更加冷静自信地应对一切困难。同时医生还要指导患者观看院内提供的宣传视频或者图像, 从中了解更多与疾病有关的知识和事项, 比如治疗作用、并发症、呼吸训练等等, 增加其对疾病的重视程度和认知度。2) 呼吸功能训练: ①腹式呼吸: 指导患者进行吸气时, 其膈肌会降低, 同时向下挤压腹腔脏器, 因而使腹腔内部压力增高继而使腹部隆起; 呼气时, 由于膈肌收缩, 会使膈顶向上抬升, 此时腹腔内部的压力下降就表现为腹部凹陷。手术前两周指导患者训练呼吸功能, 每次训练 20 分钟左右, 每日训练 3 次, 如果患者呼吸功能比较差且需要大范围手术时, 可提前进行训练^[4]。②咳嗽: 指导患者先慢慢深呼吸, 屏气数秒之后张口咳嗽三声, 此时患者腹肌要进入收缩状态, 如此可促使手对上腹部进行按压, 进而就能正确咳嗽。咳嗽之后指导患者缩唇呼出余下的气体, 每日重复以上动作 3 次左右, 必要情况下可刺激患者排出痰液。③吹气球: 准备 1000 毫升容量的气球, 先指导患者深吸一口气, 然后缓慢吹出气体, 待气球达到最大容量就可停止吹气。每次训练 5 分钟左右, 3 次/天^[5]。3) 排痰干预: 在患者转入重症监护病房之后, 责任护士要对患者的呼吸道、生命体征指标等予以严密监测, 并帮助患者定时翻身, 并对

其背部进行轻轻拍击。为了让患者顺利排痰, 可用相关药物予以祛痰; 若患者的痰量过多, 又或是痰液过于黏稠时, 可行雾化吸入操作, 用抗菌药物帮助患者排出痰液^[6]。4) 病房干预: 时刻关注患者的病情变化, 实时调控病房内的温度和湿度, 确保其符合患者病情发展和承受能力; 保持病房内干燥通风, 光线充足, 尽量减少病房内探视人员的数量, 以免过大的人流量影响患者病症的康复; 主动给患者讲述病房内的设施和物品, 了解为自己治疗的医护人员, 让其熟悉病房环境和陌生的人群, 逐步消除其心理的压力和负担。5) 饮食干预: 责任护士要从患者的病症表现出发, 主动制定一些适合的饮食方案, 叮嘱多摄入维生素、纤维、蛋白质含量较高的食物, 食物多偏向于清淡易消化, 在进食过程中须少食多餐, 切勿摄入过于辛辣刺激的食物; 同时还要嘱咐患者平常注意保暖, 禁烟酒, 养成良好的生活习惯; 另外还要指导患者在进食之后用温开水清洁口腔, 保持口腔干净卫生。

1.3 观察指标

①术后恢复指标。②排痰效果。③肺部感染发生率。④血气指标。⑤生活质量。

1.4 统计学分析

在 spss20.0 软件内分析处理实验数据, 计量资料采用标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 进行检验; 以百分比的形式表示计数资料, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 术后恢复指标对比

经护理后, 研究组的引流管拔管时间为 (6.99 ± 2.78) d, 重症观察时间为 (7.92 ± 1.75) d, 住院时长为 (15.78 ± 4.34) d, 而常规组的引流管拔管时间、重症观察时间和住院时长分别为 (4.68 ± 2.78) d、(5.68 ± 1.47) d 和 (12.46 ± 4.37) d, 研究组明显短于常规组 ($P < 0.05$)。

2.2 排痰效果和肺部感染对比

护理后, 研究组发生的肺部感染相比常规组更少, 同时其排痰效果也更高 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 比较两组患者的排痰效果和肺部感染发生率[n (%)]

组别	例数	肺部感染	排痰效果			总有效率
			自主排痰	协助排痰	吸痰	
常规组	79	18 (22.78)	36 (45.56)	27 (34.17)	16 (20.25)	63 (79.74)
研究组	79	2 (2.53)	42 (53.16)	35 (44.30)	2 (2.53)	77 (97.46)
χ^2 值	-	11.213	-	-	-	10.002
P 值	-	0.022	-	-	-	0.012

2.3 血气指标对比

在护理之后, 研究组的血氧分压为 (88.63 ± 8.64) mmHg, 血氧饱和度为 (1.02 ± 0.31)%, 二氧化碳分压为 (39.43 ± 3.63) mmHg, 而常规组的血样分压、血样饱和度和二氧化碳分压分别为 (80.34 ± 8.16) mmHg、(0.71 ± 0.28)% 和 (46.47 ± 4.71) mmHg, 研究组优于对照组 ($P < 0.05$); 而护理之前, 研究组和常规组的血样分压分别为 (61.11 ± 6.12) mmHg 和 (60.34 ± 6.46) mmHg, 血氧饱和度分别为 (0.65 ± 0.27)% 和 (0.64 ± 0.04)%, 二氧化碳分压分别为 (51.13 ± 0.28) mmHg 和 (51.44 ± 5.33) mmHg, 两组间差异并

不显著 ($P>0.05$)。

2.4 生活质量对比

护理后, 研究组的躯体健康评分为 (89.58 ± 8.78) 分, 生理表现评分为 (96.74 ± 0.49) 分, 心理健康评分为 (95.35 ± 1.29) 分, 物质生活评分为 (88.27 ± 9.35) 分, 社会功能评分为 (93.36 ± 3.42) 分, 其显著高于常规组的 (72.84 ± 7.53) 分、(85.58 ± 3.38) 分、(83.47 ± 3.76) 分、(71.19 ± 8.32) 分和 (80.57 ± 5.49) 分 ($P<0.05$), 而治疗前两组间数据差异并不显著 ($P>0.05$)。详见表 2。

表 2 比较两组患者的生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

指标	常规组 (n=79)	研究组 (n=79)	t 值	P 值
躯体健康	65.91 ± 5.21	66.23 ± 5.45	1.720	0.102
生理表现	72.84 ± 7.53	89.58 ± 8.78	10.323	0.000
心理健康	71.36 ± 5.73	71.65 ± 5.76	0.310	0.093
物质生活	85.58 ± 3.38	96.74 ± 0.49	11.732	0.000
社会功能	73.63 ± 6.36	73.59 ± 6.45	0.165	0.089
躯体健康	83.47 ± 3.76	95.35 ± 1.29	12.743	0.000
生理表现	67.28 ± 5.93	68.98 ± 5.29	1.702	0.111
心理健康	71.19 ± 8.32	88.27 ± 9.35	14.842	0.000
物质生活	76.66 ± 6.39	76.46 ± 6.38	0.203	0.079
社会功能	80.57 ± 5.49	93.36 ± 3.42	13.742	0.000

3. 讨论

近几年, 心胸外科患者的发病率不断上升, 给人们的生活和工作带来了极大的影响, 比如食管病、肺部病变等等, 这些部分都有着比较复杂的解剖结构, 而手术又具有侵入性, 比如气管插管等操作, 可能会在一定程度上损伤患者的呼吸道黏膜, 增加其呼吸道分泌物, 而且手术后患者的痰液可能会因过于黏稠而导致无法排出, 如此就可能会导致其气道受阻, 进而引发各类并发症, 比如肺部感染等, 不利于其手术后的康复, 因而积极改进护理措施, 做好排痰工作, 预防术后肺部感染至关重要^[6-7]。随着现代化护理理念的发展, 常规护理逐渐被其它新型的护理模式所代替, 其改变了以往护理的局限性, 护理过程更加全面和灵活, 其根据术后潜在的风险因素为患者提供服务, 避免了风险的发生, 能让患者术后获得更好的恢复^[8]。本研究在实施综合护理干预之后, 研究组患者术后引流管留置时间明显有所缩短, 其病情得到了较好的控制, 同时相比常规组而

言, 研究组患者术后很少出现肺部感染这一并发症, 排痰功能也逐渐恢复了正常, 血氧分压、血氧饱和度等相比之下均有所改善, 这是因为综合护理给患者提供了良好的治疗环境, 稳定了患者的心理状态, 增加了其对疾病的认知度等等, 同时还专门指导患者训练呼吸功能, 这些无疑完善了以往护理过程, 促使患者享受到了较好的服务, 所以其肺部功能、呼吸功能等均得到改善^[9]。与此同时, 综合护理这种融合现代化护理理念的护理模式加快了患者术后恢复的同时, 其生活质量也有了更好的提升, 因而在临床心胸外科治疗上广受认可^[10]。

综上所述, 综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果显著, 可有效减少术后肺部感染, 值得采纳。

参考文献:

- [1]陈青青.综合护理干预对胸外科术后患者排痰效果和肺部感染的影响[J].中国医药指南,2023,21(3):33-36.
- [2]江雪梅.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分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022,26(8):0032-0035.
- [3]马静,宗卫华,周利荣.综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果、肺部感染的影响价值评估[J].中国实用医药,2017,12(32):151-153.
- [4]王琼.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[J].中国社区医师,2021,37(36):154-155.
- [5]苗景剑.综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果、肺部感染的影响价值评估[J].系统医学,2020,5(4):149-151.
- [6]薛瑞娜,武延龙,刘惠玉.综合护理干预对胸外科术后患者排痰效果、肺部感染率、血气指标及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(14):162-164.
- [7]薛颖.综合护理干预对心胸外科术后患者排痰效果的影响[J].内蒙古医学杂志,2019,51(6):740-741.
- [8]刘红红.综合护理干预在提高心胸外科术后患者排痰效率及降低术后肺部感染中的作用[J].医学理论与实践,2018,31(19):2979-2980.
- [9]郭园.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分析[J].健康之路,2018,11(11):225-226.
- [10]马军华.综合护理在降低心胸外科术后患者肺部感染的作用[J].首都食品与医药,2019,25(6):122-122.