

俯卧位通气在重症肺炎合并 ARDS 患者中的应用及护理体会

邱雯霞 汤春玉

(龙岩市第一医院 福建龙岩 364000)

摘要:目的:探讨俯卧位通气在重症肺炎合并 ARDS 患者中的应用效果及护理体会。方法:选取 2020 年 1 月–2022 年 12 月我院收治的重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 患者 16 例, 根据入院顺序分为两组, 两组患者均接受俯卧位通气治疗, 同时, 对照组接受常规护理, 研究组接受针对性护理。比较两组二氧化碳分压、氧分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值、护理质量。结果:研究组二氧化碳分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值小于对照组 ($P < 0.05$), 研究组氧分压大于对照组 ($P < 0.05$); 研究组护理舒适性、沟通技巧、服务态度评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:俯卧位通气在重症肺炎合并 ARDS 患者中的应用效果较好, 同时给予患者针对性护理更有利于提高治疗效果, 值得应用。

关键词:俯卧位通气; 重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征; 护理; 体会

急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 是临床常见呼吸系统疾病, 会对多个脏器造成累及。重症肺炎所致的 ARDS 在临床较为常见, 患者的症状主要为呼吸急促、呼吸窘迫, 对患者的生活质量、生命安全造成了严重的威胁^[1]。当前临床治疗重症肺炎合并 ARDS 患者的首选方法为机械通气, 通过俯卧位通气可以对患者的膈肌位置、运动方式进行转变, 进而可以促使分泌物排出, 同时可以对患者的肺部压迫进行缓解, 改善患者氧合状态^[2]。但是因为很多患者对疾病的认识度较差, 治疗配合度较低, 需要对其进行针对性护理, 以便保证临床治疗效果。本次研究探讨了俯卧位通气在重症肺炎合并 ARDS 患者中的应用效果及护理体会, 结果显示给予患者针对性护理后治疗效果更好, 研究如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月–2022 年 12 月我院收治的重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 患者 16 例, 根据入院顺序分为两组。对照组 8 例, 男 6 例, 女 2 例, 平均年龄 (66.4 ± 3.2) 岁, 平均急性生理学及慢性健康状况评分 (21.3 ± 3.0) 分。研究组 8 例, 男 7 例, 女 1 例, 平均年龄 (66.5 ± 3.3) 岁, 平均急性生理学及慢性健康状况评分 (22.0 ± 3.1) 分。

1.2 方法

两组患者均接受俯卧位通气治疗。

1.2.1 对照组: 对照组接受常规护理, 护理人员在患者治疗期间对呼吸道分泌物及时进行清理, 对患者各项生命体征进行密切观察, 有异常及时报告医生进行处理。

1.2.2 研究组: 研究组实施针对性护理。第一, 对患者的各方面情况给予全面评估。护理人员对患者的氧分压情况、血氧饱和度情况给予评估, 明确患者是否存在急性出血、颅内压增高、血流动力不稳定等俯卧位通气禁忌证。同时, 护理人员还需向意识清醒患者和患者家属介绍治疗相关情况, 包括可能会出现并发症、治疗的方法、治疗的作用等, 最大限度缓解患者及患者家属的不良心理情绪, 获得患者最高程度的配合。第二, 评估、处理各个管道。对患者的尿管、外周导管、中心静脉导管等导管给予仔细观察, 明确尿管的固定情况, 外周导管、中心静脉导管固定位置是否恰当, 固定是否稳妥。在为患者正式开始操作俯卧位通气前, 护理人员需要先对患者的胃管固定情况、胃潴留情况给予查看, 确保胃管夹闭, 患者达到 30min 胃肠营养液停止泵入, 最大限度保障患者安全性, 避免发生误吸不良事件。对患者口腔分泌物、人工气道分泌物给予清除, 对人工气道管理给予进一步增强, 如有需要, 可开展纤维

支气管镜吸痰操作。护理人员需要对人工气道进行固定, 固定时可借助衬带、胶布等工具, 对口腔护理工作给予做好, 尽可能保持人工气道气囊压力在 25–30cmH₂O, 在患者翻身方向的对侧放置呼吸机管道、气管插管管道。第三, 镇静护理。在患者应用镇静肌松药时, 护理人员一定要严格遵医嘱应用, 对各个管道给予妥善固定, 保证患者机体耗氧有效减少, 最大限度确保避免发生意外拔管事件, 安全顺利完成俯卧位通气操作。第四, 呼吸道护理。重症肺炎合并 ARDS 患者行俯卧位通气过程中, 会极大的影响到患者自身的咳嗽能力, 同时, 俯卧位通气时的人工气道开口端向下, 一定程度上也会影响咳嗽操作, 进而出现无法畅通顺利的引流痰液, 在此过程中, 若是护理人员未能给予患者合理、恰当、有效的呼吸道护理, 患者发生感染的风险会有所上升。所以, 需要对患者的呼吸道护理给予进一步增强, 尽可能使用密闭式吸痰管, 对气道给予适度湿化, 采取机械排痰或叩背护理干预, 一方面可以使操作的不得得到较大幅度降低, 痰液引流有所增强, 及时有效的吸痰、排痰。第五, 皮肤护理。重症肺炎合并 ARDS 患者在行俯卧位通气过程中, 患者的受压部位非常容易发生褥疮, 包括足尖、膝前部、胸前区、肋缘突出处、髂前上棘、肩峰、耳廓、面颊等, 这些部位发生褥疮的风险会有所增加。此外, 重症肺炎合并 ARDS 患者还存在皮肤潮湿伴高热情况, 很大程度上无法及时、容易的为患者的皮肤进行清洁, 皮肤护理难度有所提升, 在此背景下, 患者的长时间浸渍的皮肤处, 在叠加压力作用后, 压力性损伤将会极易发生, 不利于患者身体康复。鉴于此, 护理人员要做好预防褥疮发生的相关工作, 并且需要进一步提高患者的舒适度。护理人员可以将软枕放置在患者的腿部, 将枕头垫在患者的足部、膝关节、髋部、胸部、头部等位置。在患者俯卧位通气后, 为患者选取合适的体位, 保持肩关节功能位, 将患者头略偏向一侧, 这样做可以有效防止损伤到臂丛神经、避免眶上神经受到长时间的压迫。患者在俯卧位通气后, 为了能够保持适当位置, 给予患者一定程度的支撑, 护理人员需将软垫垫在患者面部位置。若是患者的颈部没有创新, 在将软垫垫于患者面部时, 一方面需要注意不要造成头颈过度牵拉, 另一方面需要尽可能的降低面部水肿、眼睛充血, 可以将患者的头部垫高 15–30°, 同时, 护理人员将患者下肢放置舒适体位, 头部两侧放置双臂, 在放置是需将患者双臂抬起、肘部弯曲。为了便于对患者的四肢给予被动活动, 将导线、心电图电极片放置在患者的背部, 将浴巾放置在患者身下, 每间隔 2 小时, 护理人员需要给予患者被动活动四肢, 抬起患者躯干, 这样做可以有效降低患者受压部位的压力作用, 减小发生压力性损伤。除此之外, 患者俯卧位通气时间也需要给予有效控

制,尽可能一次时间控制在24小时内,避免患者长时间处于俯卧位。护理人员在为患者进行翻身护理时,一定要对患者的皮肤给予全面清洁,在此过程中,需要将泡沫敷料贴于患者的足趾及两侧的膝盖、髌前上棘、肋骨、乳房、肩峰和前额处,给予患者一定程度的保护。

1.3观察指标

(1)比较两组二氧化碳分压、氧分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值。

(2)比较两组护理质量,主要从护理舒适性、沟通技巧、服务态度方面进行评估,每一项满分100分,分越高越好^[9]。

1.4统计学方法

使用SPSS20.0软件进行试验结果方差与正交试验表分析,计数进行 χ^2 (%)检验,计量进行t检测($\bar{x} \pm s$)检验, $P < 0.05$ 为有差异。

2结果

2.1两组二氧化碳分压、氧分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值对比

研究组二氧化碳分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值小于对照组($P < 0.05$),研究组氧分压大于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 二氧化碳分压、氧分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值对比(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	二氧化碳分压	氧分压	动脉血氧分压与吸入氧浓度比值
对照组	8	49.9 ± 5.9	77.8 ± 6.2	180.9 ± 9.9
研究组	8	40.5 ± 4.6	90.6 ± 7.3	130.3 ± 5.2
T	/	15.546	14.332	13.320
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2两组护理质量对比

研究组护理舒适性、沟通技巧、服务态度评分高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 护理质量对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理舒适性	沟通技巧	服务态度
对照组	8	70.7 ± 5.7	69.8 ± 8.2	65.8 ± 6.4
研究组	8	90.6 ± 6.1	90.5 ± 6.8	91.1 ± 5.6
T	/	14.410	13.620	13.239
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3讨论

重症肺炎合并ARDS患者病情发展速度较快,临床治疗难度比较大,患者死亡率较高,对其进行机械通气治疗是临床常用方法,该方法可以对患者的机体氧合状况进行调节,进而可以延长患者生存期限,提高机体舒适度^[4]。但是在进行机械通气治疗过程中,保持哪一种体位进行治疗一直是临床研究重点,保持仰卧位容易对血流产生影响,从而导致通气血流比例不平衡,这对提高患者氧合指标是不利的^[9]。俯卧位体位可以让血液向重力方向重新分布,可以让肺部通气与血流均匀分配,最终可以改善患者症状,提高机体舒适度。

在开展俯卧位通气的过程中,需要先对操作规程给予设计,确

保其全面性、规范性,在进行操作的时候,严格按照制定的规程操作。并且,在重症肺炎合并ARDS患者正式开始实施俯卧位机械通气前,护理人员的位置一定要事先安排好,并保证所站位置的合理性,充分准备好可能会用到的相关器械,对患者的病情身体状况给予充分评价,在各项相关护理工作准备好后,正式给予患者机械通气护理。在给予患者针对性护理干预期间,一方面需要对患者的氧合改善情况、生命体征给予密切观察,对患者的呼吸及参数给予及时调整,调整时以患者的身体病情状况为依据,另一方面,对患者的呼吸道管理给予进一步加强护理,为患者定期叩背,定时震动排痰。除此之外,护理人员还需针对性给予患者皮肤护理,定时被动活动患者四肢,将保护性减压措施应用在患者皮肤受压部位,重视对患者受压部位血液循环的改善,做到定时提起患者身下浴巾,尽可能避免患者发生皮肤压力性损伤,同时最大限度保障有效、安全开展俯卧位通气。

俯卧位通气在重症肺炎合并ARDS患者治疗期间,对患者进行针对性护理非常重要,可以有效降低相关危险因素,提高临床治疗效果,改善患者预后^[6]。结果显示,研究组二氧化碳分压、动脉血氧分压与吸入氧浓度比值小于对照组($P < 0.05$),研究组氧分压大于对照组($P < 0.05$),因此,俯卧位通气在重症肺炎合并ARDS患者治疗期间,对患者进行针对性护理可以进一步提高治疗效果。

结果显示,研究组护理舒适性、沟通技巧、服务态度评分高于对照组($P < 0.05$),因此,俯卧位通气在重症肺炎合并ARDS患者治疗期间,对患者进行针对性护理可以有效提高护理质量。通过对患者进行针对性护理,加强气道分泌物清除等,可以有效加快患者气道分泌物排出,最终治疗效果更好。

综上所述,俯卧位通气在重症肺炎合并ARDS患者中的应用效果较好,同时给予患者针对性护理更有利于提高治疗效果,值得应用。

参考文献:

- [1]胡昌妹,辜惠兰.俯卧位机械通气在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用效果及护理措施[J].中外医学研究,2020,18(26):96-98.
- [2]加那克斯·乌述尔,梁静.俯卧位机械通气在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用及护理措施[J].婚育与健康,2021(19):179-180.
- [3]Han J, Ma S, Sun B, et al. Continuous prone position ventilation in patients with severe acute respiratory distress syndrome at high altitude[J]. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 2021, 33(2):161-164.
- [4]张杨,田竟,胡明楠,等.集束化护理干预对重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者机械通气及预后的影响[J].临床研究,2020,28(12):171-173.
- [5]宋娟娟.基于护理程序的整体护理在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者护理中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(4):724-725.
- [6]Engerström L, Thermanius J, Mrtensson J, et al. Prevalence and impact of early prone position on 30-day mortality in mechanically ventilated patients with COVID-19: a nationwide cohort study[J]. Critical Care, 2022, 26(1):1-12.