

ICU 脑出血患者应用系统性护理对降低肺部感染率的效果评价

江光慧

(池州市第二人民医院 安徽池州 247000)

摘要:目的:探讨 ICU 脑出血患者应用系统性护理对降低肺部感染率的效果。方法:随机抽取我院 40 例(2019 年 1 月~2022 年 1 月期间)ICU 脑出血患者,并对其展开分析研究,依据随机数字表法,划分 A、B 两组,各 20 例,A 组:常规 ICU 护理,B 组:常规 ICU 护理+系统性护理。并比较肺部感染率、临床指标、生存质量、满意度。结果:B 组肺部感染率、临床指标较 A 组低,B 组生存质量、满意度较 A 组高, $P < 0.05$;结论:对 ICU 脑出血患者,应用系统性护理,可有效改善患者的临床指标,降低肺部感染率,提高生存质量,效果理想,可推广。

关键词:系统性护理;ICU;脑出血;肺部感染;护理效果

脑出血主要是指原发性、非外伤性的脑实质出血。主要临床表现为:语言功能障碍、四肢麻木、头痛、行走困难等,且病情严重时,常危及生命。故在患病后,及时予以有效的治疗措施为挽救患者生命的关键^[1]。但在 ICU 治疗期间,极易导致肺部感染等并发症发生,进而可加重病情,不利于患者的身体恢复,降低患者的生存质量。而研究表明^[2],对此类患者,实施系统性护理干预,可有效改善患者的神经功能缺损程度,降低肺部感染发生风险,效果显著。现将具体实施方法和结果汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

现抽取 2019 年 1 月~2022 年 1 月间,我院 40 例 ICU 脑出血患者展开研究。以随机数字表法将其分为 A 与 B 两组,A 组:患者 20 例,男性:10 例,女性:10 例,年龄 42~74 岁,平均 (62.57 ± 2.18) 岁;B 组:患者 20 例,男性:10 例,女性:10 例,年龄 43~75 岁,平均 (63.67 ± 2.57) 岁。经对比,无差异性($P > 0.05$)。

纳入标准:(1)经医学检查确诊为脑出血患者,符合 ICU 收治标准。(2)无严重认知障碍、精神病史的患者。(3)向患者和家属说明情况,均知情同意。

排除标准:(1)伴有内脏疾病的患者,例如:心、肝、肾等;(2)伴有血液系统疾病的患者。(3)伴有传染性疾病患者。(4)伴有恶性肿瘤的患者。(5)依从性差的患者。(6)不配合此次研究,中途退出者。

1.2 方法

A 组予以常规 ICU 护理,具体如下:首先应予以患者健康宣教,并密切监测患者的变化,以及同时予以饮食、用药指导等。

B 组在 A 组基础上予以系统性护理,具体如下:(1)加强病情监测:首先应密切监测患者的生命体征,例如:心率、血压、呼吸、脉搏等,其次还应注意观察患者表情、面色、瞳孔等,尤其是观察患者是否存在再次脑出血、脑疝等先兆症状等,以及在患者用药后,还应注意观察患者是否发生药物不良反应等,若在进行上述观察时,若发现异常,应及时告知医生,并采取相关处理措施。(2)心理护理:主要由于此种疾病较危及,且可对患者的身体造成极大的损伤,故极易导致患者出现焦虑、抑郁等负面情绪,进而不利于患者治疗及身体恢复。故待患者意识清醒后,应积极开展心理护理,保证患者在整个治疗期间保持的良好的心理状态,首先可通过向患者讲解疾病相关知识等,消除患者心中顾虑等,其次,还可在巡房时,多与患者沟通交流,善于倾听患者的心声,积极帮助患者解决困难等,以及还可予以患者正念减压疗法等,帮助患者树立正念及战胜疾病的信心。(3)生活护理:首先应为患者提供舒适、安静、干净的治疗环境,其次还应加强营养物质的摄入,根据患者的身体营养状态,为患者制定合适的饮食计划,保证正常的营养供应。

其中,对于不能经口进食的患者,应予以鼻饲等,且在进行鼻饲时,应尽量采用半卧位,避免食物反流及误吸等情况发生,进而加重肺部感染风险,不仅如此,还应严格控制鼻饲速度及鼻饲量等,且在进行鼻饲前,应先予以吸痰等处理,保证气道通畅,最后,在患者病情稳定,身体情况允许的情况下,应及时予以康复训练。例如:日常生活能力训练、语言功能训练、肢体运动功能训练等。(4)呼吸道护理:首先应保证口腔清洁,再进食前后及时漱口,并及时清理口腔及呼吸道分泌物等,并同时予以湿化呼吸道、排痰等措施,保证呼吸道畅通。其中,对于意识尚未恢复,不能自主排痰的患者,应及时予以吸痰处理,且在吸痰时应严格按照相关规定进行操作。并保证动作轻柔,避免损伤呼吸道,而对于意识清醒患者,可通过叩背排痰、指导其有效咳嗽等方式进行排痰,以及对于痰液粘稠或形成痰痂的患者,可及时予以雾化吸入,进而稀释痰液,有利于其排出。(5)感染护理:首先护理人员在实施护理操作时,应严格遵循无菌操作原理,其次应定期对病房内空气、物品、地面的进行消毒,除此之外,还应定时对患者所用的医疗器械等进行消毒,例如:呼吸机、吸痰机、超声雾化机等,进而可有效避免医源性感染的发生。其次,还应严格控制家属探视次数等。最后,对于存在炎症、感染,需使用抗生素治疗的患者,应保证抗生素使用的合理性。根据细菌培养、抗敏试验等,选择合适抗生素进行治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组肺部感染率

总感染率=(总感染例数/总例数) $\times 100\%$ ^[3]。

1.3.2 观察两组临床指标

主要包括:神经功能缺损程度(采用 NIHSS 神经功能评分表^[4],总分 42 分,分值越高,神经功能缺损程度越高)、心理状态(采用 SAS 焦虑自评量表,评判标准:50 分为评分临界值,超过 50 分则表示存在焦虑,且分值越高,焦虑情绪越严重,SDS 抑郁自评量表,评判标准:53 分为评分临界值,超过 53 分则表示存在抑郁,且分值越高,抑郁情绪越严重)对患者的心理状态进行评估)、日常生活能力(采用 Barthel 评定量表,总分 100 分,分值越高,患者日常生活能力越好)。

1.3.3 观察两组生存质量

采用 SF-36 健康测量表,主要包括:躯体功能、生理功能、心理健康、社会功能、情感职能等 5 项,每项 20 分,分值越高,患者生存质量越高。

1.3.4 观察两组满意度

采用问卷调查的方法,评定标准:总分:100 分,非常满意:90~100 分,基本满意:60~90 分,不满意:0~60 分,总满意率=[(非常满意+基本满意)/总例数] $\times 100\%$

1.4 统计学处理

选择软件 SPSS25.0 为工具, 计量资料行 t 验, ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料行 χ^2 检验, (n, %) 表示。 $P < 0.05$, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 肺部感染率比较

B 组总感染率 5.00% 明显低于 A 组总感染率 30.00%, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 临床指标比较

护理前, 两组患者的 NIHSS 评分、SAS 评分、SDS 评分、Barthel 评分均无明显差异, 不具有统计学意义, ($P > 0.05$), 护理后, B 组

表 2. 临床指标 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前				护理后			
	NIHSS 评分	SAS 评分	SDS 评分	Barthel 评分	NIHSS 评分	SAS 评分	SDS 评分	Barthel 评分
A 组 (n=20)	19.57 ± 1.67	48.42 ± 3.51	49.75 ± 3.39	41.68 ± 3.78	12.35 ± 1.18	38.52 ± 4.19	39.48 ± 4.21	71.81 ± 4.31
B 组 (n=20)	19.59 ± 1.74	48.44 ± 3.49	49.81 ± 3.67	41.69 ± 3.68	6.18 ± 1.01	30.58 ± 2.57	31.42 ± 2.57	85.49 ± 5.82
t 值	0.037	0.018	0.054	0.008	17.765	7.224	7.308	8.448
P 值	0.971	0.986	0.957	0.993	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 生存质量比较

B 组躯体功能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能等生活质量评分高于 A 组, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3. 生存质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能	生理功能	精神健康	社会功能	情感职能
A 组 (n=20)	15.42 ± 1.26	15.57 ± 1.31	15.42 ± 1.41	15.62 ± 1.42	15.54 ± 1.58
B 组 (n=20)	16.89 ± 1.07	16.86 ± 1.74	16.81 ± 1.74	16.82 ± 1.49	16.81 ± 1.57
t 值	3.977	2.649	2.776	2.607	2.550
P 值	0.000	0.012	0.009	0.013	0.015

2.4 满意度比较

B 组总满意率 95.00% 明显高于 A 组总满意率 70.00%, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4. 满意度 (n, %)

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意率
A 组 (n=20)	9 (45.00)	5 (25.00)	6 (30.00)	14 (70.00)
B 组 (n=20)	13 (65.00)	6 (30.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
χ^2 值	-	-	-	4.891
P 值	-	-	-	0.026

3 讨论

系统性护理是一种新型的护理模式, 其融合了现代化医疗护理技术, 具有细节化、整体性等特点, 从而可为患者提供更优质的护理服务, 有利于患者健康^[9]。而在本次研究中, 通过对患者应用系统性护理, 结果显示, 相较于 A 组, B 组肺部感染率较低, B 组 NIHSS 评分、SAS 评分、SDS 评分较低, 患者心理状态良好, 神经功能恢复较好。B 组患者的 Barthel 评分较高。患者的日常生活能力显著提升。B 组生存质量满意度较高, 应用效果理想。进一步分析其原因为: 系统性护理通过加强病情监测, 可及时了解患者身体各项指标的变化, 进而可有效避免患者病情进一步发展。心理护理, 可有效改善患者的心理状态, 消除负面情绪, 并可有利于建立良好的护患关系。生活护理, 可提高患者的治疗舒适度, 且通过营养支持及康复训练等, 可有效增加患者的身体素质, 进一步提高患者的

患者的 NIHSS 评分、SAS 评分、SDS 评分低于 A 组, B 组患者的 Barthel 评分高于 A 组, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1. 肺部感染率 (n, %)

组别	总感染率
A 组 (n=20)	6 (30.00)
B 组 (n=20)	1 (5.00)
χ^2 值	4.329
P 值	0.037

日常生活能力, 而呼吸道护理, 可有效保证呼吸道畅通, 且通过及时清除呼吸道分泌物等, 可有效避免细菌滋生, 进一步诱发肺部感染等, 而感染护理, 保证执行无菌操作原则, 可有效避免医源性感染、院内交叉感染等情况发生。故在常规护理的基础上应用系统性护理, 可令临床护理更全面、系统, 更具有针对性, 从而可令临床护理水平显著提升, 进一步提高患者满意度, 促进患者身体恢复, 提高生存质量。

综上所述: 系统性护理, 可有效降低 ICU 脑出血患者的肺部感染率, 并可有利于患者身体恢复, 护理效果理想, 临床应用价值较高, 可推广。

参考文献

[1] 钱晓青, 阴英. 护理干预在重症监护室(ICU)脑出血患者预防肺部感染中的应用效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(01): 141-143.
 [2] 贺红, 姜娜. 达标互动理论下的护理干预在脑出血康复期患者中的应用效果及对神经功能缺损程度的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(32): 186-188.
 [3] 代秋颖. 预见性护理干预对 ICU 脑出血患者肺部感染预防效果分析[J]. 中国医药指南, 2021, 19(23): 147-148+151.
 [4] 熊治萍. 系统性护理干预在重症监护室脑出血患者中的应用效果分析[J]. 四川解剖学杂志, 2021, 29(01): 75-76.
 [5] 孙新平. ICU 综合护理干预在高血压脑出血患者中的应用效果[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(15): 138-139.