

高流量湿化氧疗对老年脑梗死卧床患者肺部感染的临床观察

张艳秋

江苏省老年病医院 江苏省南京市 210000

【摘要】目的: 探究并分析对于老年脑梗死卧床患者出现肺部感染中, 目前临床应用高流量湿化氧疗的应用效果。方法: 选取我院 2021 年 7 月到 2023 年 2 月期间的 60 例老年脑梗死卧床合并肺部感染患者为本次研究对象。通过计算机表法对组别进行相应的划分, 主要包括 30 例研究组患者以及 30 例对照组患者, 对照组采用传统给氧治疗, 研究组采取高流量湿化给氧治疗方式。结果: 研究组老年脑梗死卧床合并肺部感染患者的氧合指数 (P/F) 指标水平显著优于对照组患者; 呼吸频率、心率的改善情况显著优于对照组; 痰液粘稠度的分级情况优于对照组患者; 抗生素使用时间短于对照组患者, 差异显著。结论: 将高流量湿化氧疗用于老年脑梗死卧床患者肺部感染的治疗中, 能够有效改善患者的血气指标水平、心肺功能以及痰液粘稠度的分级情况, 并且缩短患者的抗生素的治疗时间, 值得在目前临床中推广应用。

【关键词】高流量湿化给氧治疗方式; 老年脑梗死患者; 长期卧床; 肺部感染

脑梗死属于目前临床中常见的脑血管疾病, 近年来, 其发病率处于较高水平, 同时具有发病急、病情进展快、致残率和死亡率高等特点^[1]。对于老年脑梗死患者而言, 由于需要处于长期卧床状态, 很容易造成肺部并发症的出现^[2]。所以, 目前临床中对于老年脑梗死卧床患者合并肺部感染除了给予常规药物治疗外, 还可用氧疗的方式改善患者情况。传统的氧疗中, 患者一般采用传统吸氧面罩以及鼻导管方式进行吸氧, 极易导致患者出现鼻咽部不适情况, 整体效果并不理想^[3]。近年来, 高流量湿化氧疗方式在目前临床中广泛应用, 能够有效保证患者气道的通畅性和舒适性, 应用效果显著^[4]。因此, 本文就对我院收治的 60 例老年脑梗死卧床患者进行研究, 内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 7 月到 2023 年 2 月期间的 60 例老年脑梗死卧床合并肺部感染患者为本次研究对象。并采取计算机表法对其进行研究, 分为研究组和对照组, 每组 30 例患者, 研究组患者的男女比例为 20/10, 患者的年龄范围为 75-95 岁, 平均年龄为 (90.32 ± 2.24) 岁; 对照组患者中, 男性和女性的分别为 18、12, 并且年龄为 75-95 岁之间, 其中位年龄为 (90.64 ± 2.56) 岁, 将上述患者的相关资料进行差异性的对比及分析, 结果均表明组间不存在明显差异 (P > 0.05), 因此可以作为本次研究对象, 进行组间的分析比较。

1.2 方法

对照组患者采用传统给氧治疗: 主要对患者给予面罩以及鼻导管, 通过此种方式对患者实施给氧治疗。

研究组采取高流量湿化给氧治疗方式。具体方法为: 选取高流量湿化氧疗系统, 通过专用呼吸回路以及鼻导管对患者进行高流鼻插管治疗, 将吸入氧气浓度设置为 30%-50%。

1.3 评价指标及判定标准

组间氧合指数 (P/F) 指标水平分析对比。

组间呼吸频率以及心率的改善情况分析对比。

组间痰液粘稠度分级分析对比: 将其分为 0 度、I 度、II 度、III 度。0 度: 代表痰液为稀痰, 颜色为米汤或者白色泡沫状, 患者容易咳出, 在进行吸痰后无滞留情况出现; I 度: 代表痰液为中度粘稠, 颜色为白色或者黄白色, 患者需要用力才能将其咳出, 在进行吸痰后会残留一定痰液, 但是易被冲洗; II 度: 代表痰液为重度粘稠, 颜色为血痰或者黄色伴有血丝, 患者不易咳出, 在进行吸痰后存在严重滞留情况, 不易冲洗。

组间抗生素使用时间分析对比。

1.4 统计学处理

用统计学软件 SPSS19.0 处理研究数据, 组间数据资料分别选用卡方以及 t 检验, 同时用率 (n%) 以及 ($\bar{x} \pm s$) 两种形式进行表达, 将 P < 0.05 作为组间差异存在的相关鉴别标准。

2 结果

2.1 氧合指数指标水平比较

治疗后, 研究组氧合指数 (P/F) 指标水平优于对照组, 差异呈 P < 0.05。见表 1。

表 1 两组患者的氧合指数指标水平比较 [($\bar{x} \pm s$)]

组别	P/F (mmHg)
对照组(n=30)	200.81 ± 30.92
研究组(n=30)	260.76 ± 42.15
t	6.2813
P	0.0000

2.2 两组患者心肺功能情况分析比较

治疗后, 研究组心肺功能优于对照组, P < 0.05。详见表 2。

表 2 两组患者心肺功能情况分析比较 [($\bar{x} \pm s$)]

组别	呼吸频率(次/min)		心率(次/min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=30)	29.67 ± 2.85	26.26 ± 2.57	110.21 ± 5.83	96.23 ± 6.23
研究组(n=30)	29.65 ± 2.87	21.11 ± 2.73	110.06 ± 5.79	84.56 ± 5.47

t	0.0270	7.5233	0.0999	7.7098
P	0.9785	0.0000	0.9207	0.0000

2.3 两组患者的痰液粘稠度分级比较

治疗后, 研究组老年脑梗死卧床合并肺部感染患者的痰液粘稠度分级情况显著优于对照组患者, 差异较大, 存在统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者的痰液粘稠度分级比较 [(%)]

组别	I度	II度	III度
对照组 (n=30)	8 (26.67)	16 (53.33)	6 (20.00)
研究组 (n=30)	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.33)
X^2	8.1481	2.4434	4.0431
P	0.0043	0.1180	0.0443

2.4 抗生素应用时间分析对比

研究组老年脑梗死卧床合并肺部感染患者的抗生素使用时间显著短于对照组患者, 差异较大, 存在统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 抗生素应用时间分析对比 [($\bar{x} \pm s, d$)]

组别	抗生素使用时间
对照组(n=30)	14.37 \pm 2.58
研究组(n=30)	11.49 \pm 2.15
t	4.6969
P	0.0000

3 讨论

对于老年脑梗死患者而言, 由于患者年龄较大, 身体机能存在明显衰退, 并且机体的免疫能力和抵抗能力较差, 并且由于疾病的原因需要处于长期卧床状态, 极易导致患者出现肺部感染, 导致患者预后较差。肺部感染是常见并发症之一, 严重威胁患者的生命安全^[5]。传统氧疗方式通常会选择经过灭菌消毒的蒸馏水, 作为相应的湿化液进行使用, 并且给予患者的氧气的温度与人体正常体温进行相应的比较, 温度较低, 患者在吸入后极易出现鼻部和咽部不适等情况, 并且传统氧疗中提供的氧气湿度不够, 导致患者的呼吸道出现干燥, 而痰液也会变得更为粘稠, 甚至会引发患者出现呼吸困难等情况^[6]。而高流量湿化氧疗对于目前临床医疗而言, 属于一种新型的给氧治疗手段, 在治疗过程中能够为患者提供适宜温度以及湿度的氧气, 从而提高患者吸氧过程中的舒适度, 有效保证患者气道的通

畅性和舒适性, 并且降低不良情况的发生率, 保证患者氧疗过程中的安全性^[7]。

对照组采用传统给氧治疗, 研究组采取高流量湿化给氧治疗方式, 两组患者通过组间分析对比发现, 研究组患者的氧合指数 (P/F) 水平与对照组患者相比较, 水平较优; 呼吸频率、心率的改善情况显著优于对照组; 痰液粘稠度的分级情况优于对照组患者; 抗生素使用时间短于对照组患者, 差异显著。因此, 将高流量湿化氧疗对于老年脑梗死卧床合并肺部感染患者而言, 能够有效改善患者的肺部通气功能, 保证患者治疗中的安全性和舒适性, 具有重要的应用价值。

总而言之, 对于老年脑梗死卧床患者, 在治疗中出现肺部感染情况后, 应用流量湿化给氧治疗方式, 能够有效改善患者的血气指标水平、心肺功能以及痰液粘稠度的分级情况, 并且减少患者的抗生素的使用时间, 对于目前临床推广应用具有积极作用。

参考文献

- [1] 盛菊萍, 逢慧君, 钟林. 高流量湿化氧疗在高龄卒中相关性肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用 [J]. 中外医学研究, 2022, 20(33): 138-141.
- [2] 陈张洁, 沈琪, 徐婉. 高流量湿化氧疗治疗卒中相关性肺炎的效果及对住院时间的影响 [J]. 中国医学创新, 2022, 19(24): 148-152.
- [3] 邹暄, 李淑燕, 陈娟红, 姚惠萍. 经鼻高流量湿化氧疗在脑梗死介入术后患者中的应用及护理措施分析 [J]. 中国医刊, 2022, 57(04): 421-425.
- [4] 陈占伟. 经鼻高流量湿化氧疗与无创正压通气治疗急性呼吸衰竭患者的效果比较 [J]. 中国民康医学, 2021, 33(12): 124-125.
- [5] 王永瑞, 张晶晶, 王佳, 张振香, 翟清华. 加温加湿经鼻高流量氧疗对老年脑梗死合并肺部感染患者的效果研究 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2021, 24(06): 542-547.
- [6] 郭银华, 韩雅男, 王晶. 经鼻高流量鼻导管加温湿化氧疗对老年重症脑梗死合并中枢性呼吸衰竭患者拔除气管插管后再插管率的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11): 1243-1246.
- [7] 廖小敏, 杨华涛, 吴敏. 高流量湿化氧疗对老年脑梗死卧床患者肺部感染的临床疗效 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(09): 27-29.