

排痰护理结合细节护理对重症肺炎合并呼吸衰竭患者肺功能的影响

张洁 陶裕华*

苏州市立医院 江苏苏州 215000

摘要:目的:观察排痰护理结合细节护理对重症肺炎合并呼吸衰竭患者肺功能的影响。方法:我院2022年4月-2023年4月收治的88例重症肺炎合并呼吸衰竭患者为本次研究对象,按照是否开展排痰护理结合细节护理将患者均分为对照组(44例:常规排痰护理)与实验组(44例:排痰护理结合细节护理),比较两组患者治疗效果。结果:实验组患者护理7天后炎症因子、血气指标均优于对照组,此外,实验组并发症发生率(2.27%)低于对照组,数据差异明显($P < 0.05$)。结论:重症肺炎合并呼吸衰竭患者排痰护理结合细节护理有利于肺部炎症缓解,改善血气指标,降低并发症发生率。

关键词:排痰护理;细节护理;重症肺炎;呼吸衰竭

重症肺炎患者咳嗽、咯痰等典型呼吸系统症状加重,同时伴有呼吸困难、高热、胸闷、乏力等表现,若未及时进行有效治疗可危及个体生命健康^[1]。重症肺炎合并呼吸衰竭以控制感染、尽快恢复肺部通气功能、防止多器官功能衰竭为主要目的,常规排痰护理中护理人员观察患者呼吸机血气指标,谨遵无菌要求实施吸痰护理,忽视相关护理操作对患者造成的刺激,细节护理以患者为中心,针对常规护理中存在的不足,在患者诊疗期间对相关护理措施进行完善^[2]。本次研究回顾性分析我院2022年4月-2023年4月88例分别采取不同护理模式重症肺炎合并呼吸衰竭患者干预效果,具体情况如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

实验组44例患者行排痰护理结合细节护理,男女各24例、20例,年龄57岁~78岁、平均年龄(63.65 ± 1.41)岁。对照组44例患者常规排痰护理,男女各23例、21例,年龄55岁~80岁、平均年龄(63.73 ± 1.44)岁。两组重症肺炎合并呼吸衰竭患者一般资料对比无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)患者咳嗽、咯痰,肺部X线检查提示肺炎,辅以血气分析确诊重症肺炎合并呼吸衰竭。(2)患者均接受抗感染、呼吸机通气治疗,本次研究征得患者、患者家属以及医院伦理会同意。**排除标准:**(1)排除入院专科诊疗

前接受过其他治疗患者。(2)排除临床资料不全患者。(3)排除合并严重心、脑、肝、肾等脏器疾病患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组常规排痰护理:患者持续取平卧位,头偏向一侧,同时持续监测患者呼吸机血气分析各项指标,若患者痰鸣音明显或呼吸机压力增高报警时,护理人员基于无菌原则,选择粗细、长度合适的吸痰管,对患者实施吸痰操作,每次吸痰时间控制在15s左右,在吸痰过程中观察患者心率、血压以及血氧饱和度,吸痰动作轻柔。若患者痰液粘稠、难以顺利将痰液吸出,应先实施雾化吸入治疗,一般情况下,间隔1h至2h吸痰一次。

1.3.2 实验组在对照组常规排痰护理基础上联合细节护理:(1)健康指导与护理,对于神志清醒的患者,在实施排痰护理操作前向其解释吸痰操作的意义、操作流程以及注意事项,并请患者保持平卧位,深浅交替呼吸以全身放松。对于合并医师障碍患者,护理人员在落实吸痰操作前应主动与患者家属交流,使自身护理操作征得患者家属的理解与支持。(2)辅助排痰措施:护理人员在落实吸痰操作的过程中,结合患者个体情况以辅助其排痰,若患者咳嗽无力且难以有效咳嗽排痰,但是患者神志清醒,应指导患者反复深呼吸后,双手置于胸壁,加压促使痰液排出。此外,在确保患者各项生命指征平稳的情况下,协助患者俯卧位或侧卧位,使患侧肺处于高位,借助重力将痰液引出至气管排出,护理

人员在维持呼吸道畅通的情况下，握空拳叩击患者双肺肺底以振动粘附在气管上的痰液，促使痰液排出，一般情况下，每隔 1h 至 2h 协助患者翻身一次。

1.4 观察指标

比较两组患者护理前、护理 7 天后炎症因子、血气指标以及并发症发生情况。

1.5 统计学处理

SPSS21.0 版本软件处理结果中相关数据，“(x ± s)”用“t”检验，“(%)”用“χ²”检验，P < 0.05 表示数据有统计学意义。

2. 结果

2.1 炎症因子

实验组患者护理 7 天后相关炎症较于护理前均降低且低于对照组，见表 1。

表 1 两组患者护理前后炎症因子 (x ± s)

例别	例数	TNF-α (ng/L)		IL-6 (ng/L)		IL-8 (ng/L)	
		护理前	7 天后	护理前	7 天后	护理前	7 天后
实验组	44	72.47 ± 4.87	39.48 ± 3.56*	86.76 ± 5.46	47.54 ± 3.15*	80.54 ± 19.65	46.43 ± 3.42*
对照组	44	72.44 ± 4.83	48.35 ± 3.42*	86.72 ± 5.42	58.34 ± 3.13*	80.54 ± 19.61	60.14 ± 3.48*
t 值		1.743	15.127	1.281	15.435	1.815	14.634
P 值		>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05

注：“*”组内护理前后 P<0.05

2.2 血气指标

实验组患者护理 72h 血气指标较于护理前均改善且实验组改善效果优于对照组，见表 2。

表 2 两组患者护理前后血气指标 (x ± s)

例别	例数	动脉二氧化碳分压 (kPa)		动脉氧分压 (kPa)		动脉血氧饱和度 (%)	
		护理前	7 天后	护理前	7 天后	护理前	7 天后
实验组	44	4.76 ± 0.32	2.54 ± 0.14*	7.23 ± 0.15	10.54 ± 0.12*	90.15 ± 2.54	96.61 ± 1.54*
对照组	44	4.81 ± 0.29	3.56 ± 0.16*	7.26 ± 0.12	8.81 ± 0.09*	90.17 ± 2.51	94.02 ± 1.48*
t 值		1.849	16.431	1.279	15.109	0.972	11.981
P 值		>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05

注：“*”组内护理前后 P<0.05

2.3 并发症

实验组患者并发症发生率低于对照组，见表 1。

表 1 两组患者并发症发生情况 (%)

组别	例数	口腔溃疡	压力性损伤	痰液反流、误吸	并发症发生率
实验组	44	0	0	1	2.27% (1/44)
对照组	44	2	2	4	18.18% (8/44)
χ ² 值					5.812
P 值					< 0.05

3. 讨论

重症肺炎合并呼吸衰竭患者行常规排痰护理以促进患者呼吸道内痰液排出，从而改善患者血气指标，以尽快控制

气管炎症，期间护理人员在无菌原则指导下选择合适的吸痰管实施吸痰措施，常规排痰护理期间患者头偏向一侧、仰卧位，该护理模式实施期间，患者被动接受排痰护理[3,4]。重症肺炎合并呼吸衰竭患者排痰护理联合细节护理中，护理人员关注到患者不同神志状态，对排痰护理操作造成的影响，对于神志清醒的患者在落实各项护理措施前，对患者开展排痰护理健康宣教，扩展患者对排痰护理各项操作认知，对于神志模糊的患者，与其家属交流以征得患者家属的理解与支持^[5]。由于部分重症肺炎合并呼吸衰竭患者神志清醒，但是无法有效自行排痰，护理人员在吸痰时，应充分调动患者主观能动性，指导患者辅以咳嗽、双手胸壁加压以提升咳嗽排痰效果，同时改变患者体位，定期协助患者取侧卧位、俯卧

位, 以使肺脏居于高位, 使痰液借助重力以顺利留置气管排出, 为促进痰液排出, 防止痰液粘附在气管上, 护理人员空拳叩击患者双肺肺底^[6]。重症肺炎合并呼吸衰竭患者气管、口腔内痰液若未及时清除, 可引起反流、误吸, 并增加口腔溃疡发生风险, 因此, 实施口腔护理, 并在患者病情得到有效控制后行肺康复锻炼可巩固排痰护理效果^[7]。

叶志冲等^[8]研究与本次研究均证实, 排痰护理联合细节护理有利于患者血气分析指标的改善, 同时本次研究实验组护理1周后炎症因子各项数值与并发症发生率均低于对照组。

综上所述, 重症肺炎合并呼吸衰竭患者排痰护理联合细节护理有较高的临床推广价值。

参考文献

[1] 胡春艳. 体外振动排痰仪联合集束化护理在重症肺炎患者中的应用[J]. 医疗装备, 2022, 35(10): 130-131.

[2] Hui T, Yan-Ming J. Clinical effect of noninvasive ventilation in the treatment of severe pneumonia complicated with respiratory failure[J]. Clinical Research and Practice, 2019, 15(17): 20.

[3] 何珍珠, 孙小芳. 机械振动排痰仪联合优质护理在重症肺炎患儿气道护理中的应用效果[J]. 医疗装备, 2022, 35(6): 150-152.

[4] 代婷. 振动排痰仪联合综合性护理在老年重症肺炎患者中的应用效果[J]. 医疗装备, 2022, 35(15): 150-153.