

ICU重症患者护理工作中实施综合护理干预对降低呼吸机相关性肺炎发生率的效果探析

吕春雷 刘璐

郑州人民医院 河南 郑州 450000

摘要:目的:分析综合护理在ICU重症患者中的应用效果。方法:选取2023年3月-2024年3月本院78例ICU重症患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,行常规护理,观察组39例,行综合护理,比较两组护理效果。结果:观察组的SaO₂和PaO₂均明显高于对照组,SAS、SDS、PSQI评分、VAP发生率、PaCO₂、ICU住院时间、呼吸机治疗时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予ICU重症患者综合护理能改善血气分析,缓解负面情绪,预防VAP,具有推广价值。

关键词:ICU;综合护理;呼吸机相关性肺炎;睡眠质量

ICU重症患者病情危重,借助先进抢救设备、监护仪器以及现代化医疗技术,为患者提供医护工作,能提升生命质量,改善生存状态^[1]。呼吸机使用广泛,其属于常见辅助疗法,能够维持气道通畅,可提供呼吸支持,改善脑部供血,但采用呼吸机时,有可能导致VAP,会影响疗效。大部分ICU重症者出现意识障碍,缺乏自主能力,难以顺利排出呼吸道、口鼻存在的分泌物,VAP出现概率增加。一旦发生VAP,会产生明显痛苦,疗效受到干扰,程度严重者可能致死。采取针对性、预见性护理,可以防范VAP,改善预后^[2]。常规护理重视基础措施,遵医嘱开展各种行为,不全面,针对性差,引入综合护理,能消除VAP诱因,加强呼吸机疗效,提升预后。本次研究以ICU重症患者为对象,分析综合护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院78例ICU重症患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,男21例,女18例,年龄为39-78岁,平均年龄(57.86±6.63)岁;观察组39例,男22例,女17例,年龄为40-79岁,平均年龄(57.91±6.58)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:ICU收治;行呼吸机治疗,且时间不低于48h;资料完整;知情同意本次研究。

排除标准:伴有肺部感染;哮喘;存在低氧血症;口腔疾病;急性出血;凝血功能异常;精神疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理,观察生命体征,仔细检查病房,及时清洁卫生,进行基础干预,提供心电图监护,做好交接工作,检查引流管,保证其通畅。观察组以对

照组为基础,行综合护理:

1.2.1 秉持无菌理念

遵循无菌理念开展护理措施,进行操作前,遵循七步洗手法,完成护理后,注意更换手套,防止手部和设备互传病原菌,防范交叉感染。

1.2.2 环境干预

及时通风换气,提升空气质量,合理管控室温,处于18-22℃,调节湿度,处于50%-60%。对地面、床旁桌以及床档,定时用消毒液擦拭,2次/d,定时将紫外线打开,消毒空气,3次/d。严格管控院感,限制流动人员,按照要求换鞋、更衣等。采集空气细菌,进行培养,保证菌落数低于200cfu/m³。

1.2.3 气道干预

分析痰液黏稠度,根据分析结果,开展气道湿化干预,若为一般,应选择氯化钠溶液,浓度为10.45%,含量为10ml,滴入气道内,1次/h。较为黏稠者,取适量沐舒坦,混合适量氯化钠溶液,提供持续泵入,起到气道湿化作用。经由气道湿化,加快痰液排出。

1.2.4 吸痰/口腔干预

选择侧卧位,呈空拳状态,对背部进行拍打,推动痰液排出。对于痰液黏稠者,提供雾化吸入,促进痰液稀释,加快排出进程,若效果不明显,利用吸痰机进行吸痰干预。由于吸痰会损伤呼吸道,明确吸痰技巧、方式和最佳时间,掌握正确吸痰技巧。做好准备,每次吸痰前,先对负压进行调整,将生理盐水准备好,做好标记,一瓶为吸痰前,另一瓶为吸痰后,用来评价导管通畅性。适当调节氧流量,吸纯氧,维持3min。遵循无菌理念,一手将吸痰管末端反折,另一只手握住无菌镊子,将吸痰管前端夹住,慢慢放进内套管,保证由浅入

深, 抵达适宜位置后, 将导管末端放开, 轻轻旋转, 然后上提。控制吸痰时间, 保护每次 $\leq 15s$ 。如果气道与口鼻均需要吸痰, 需要先处理气道, 然后为口腔, 最后为鼻腔。掌握吸痰时机, 若床旁出现痰鸣音; 呼吸机出现压力报警; 患者咳痰; 血氧饱和度短时间内减少; 处于昏迷状态, 不存在咳嗽反应者, 定时吸痰, 1次/1-2h。定时清洁口腔, 采取洗必泰, 1次/6h, 采取坐姿, 防范胃反流, 防止口腔内滋长大量细菌, 导致感染。

1.2.5 体位干预

若病情许可, 适当抬高床头, 范围为 30° - 45° , 注意对头位姿势进行调整, 避免咽喉受损。

1.2.6 鼻饲干预

借助小孔胃管, 起到鼻饲作用, 先向气囊内部充气, 开展鼻饲时, 适当抬高, 令其处于约 30° 。开展鼻饲前, 对胃内容物进行回抽, 评估消化情况, 即使采取肠内营养液, 要开展回抽, 然后判断, 防范误吸, 以此为基础, 评估气囊压力。控制鼻饲量, 每次约为200ml, 频率为1次/4-6。进行鼻饲后, 适当抬高胃管, 持续2-3min。选择适当鼻饲营养液, 保证维生素丰富, 热量较高, 选择优质蛋白, 调节机体营养情况, 加强抗病力。鼻饲者, 采取胃肠减压管, 提供鼻空肠营养管, 避免反流, 防范误吸。

1.2.7 呼吸机干预

观察套管气囊参数, 确保其高于 $20\text{cmH}_2\text{O}$, 对呼吸道分泌物进行抽吸时, 不能频繁展开间接性操作, 对气道进行湿化时, 借助湿热交换器, 处于回路内, 加热处

理导丝, 避免湿化器中病原菌大量定植。

1.2.8 饮食指导

积极补足营养, 根据患者需求, 选取PN法或EN法, 按照其承受力、病情, 对营养液浓度和速度进行调节, 保证剂量适宜, 提升抵御力, 管控血糖含量, 纠正负氮平衡, 防范感染。

1.2.9 心理干预

提供心理干预, 帮助其加强信心, 护理人员应有较强技能水平, 沟通时保证言辞温和, 态度良好, 形成乐观、平稳的情绪, 降低心理压力。ICU患者程度严重, 常伴有恐惧、焦虑等情绪, 营造良好护患环境, 提升舒适度, 保证环境温馨, 进行护理时, 营造舒适、良好的环境, 给予全方位护理, 缓解焦虑、恐慌等情绪, 促进疾病好转。

1.3 观察项目和指标

评价心理状态/睡眠质量: SAS量表对应焦虑程度, SDS量表对应抑郁程度, PSQI量表对应睡眠质量^[3]。评价血气分析指标^[4]: 测量干预前后的 SaO_2 、 PaCO_2 和 PaO_2 。评价干预效果和VAP发生情况^[5]: 观察两组的ICU住院时间、呼吸机治疗时间、住院时间和VAP发生情况。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与($\%$)表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态/睡眠质量比较

干预后两组SAS、SDS和PSQI评分均明显低于干预前, 观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心理状态/睡眠质量比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)		PSQI (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	57.58 \pm 4.65	31.26 \pm 4.19 ^a	55.65 \pm 5.39	30.36 \pm 5.92 ^a	28.46 \pm 6.26	10.26 \pm 1.16 ^a
对照组	39	57.61 \pm 4.59	42.36 \pm 4.90 ^a	55.71 \pm 5.29	40.36 \pm 3.91 ^a	28.61 \pm 6.15	15.26 \pm 1.27 ^a
t	/	0.029	10.752	0.050	8.802	0.107	18.154
P	/	0.977	0.000	0.961	0.000	0.915	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组血气分析指标比较

干预后两组 SaO_2 和 PaO_2 均明显高于干预前, PaCO_2

明显低于干预前, 观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组血气分析指标比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	SaO_2 (%)		PaO_2 (mmHg)		PaCO_2 (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	73.49 \pm 4.52	98.22 \pm 6.25 ^a	57.77 \pm 5.22	91.26 \pm 5.85 ^a	84.54 \pm 8.56	34.25 \pm 5.54 ^a
对照组	39	73.61 \pm 4.48	88.51 \pm 5.97 ^a	57.64 \pm 5.19	82.24 \pm 4.73 ^a	84.61 \pm 8.49	49.56 \pm 6.18 ^a
t	/	0.118	7.016	0.110	7.488	0.036	11.520
P	/	0.907	0.000	0.912	0.000	0.971	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组干预效果和VAP发生情况比较
观察组的VAP发生率、ICU住院时间、呼吸机治疗时

间和住院时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组干预效果和VAP发生情况比较[n($\bar{x} \pm s$)](%)

组别	例数	VAP发生率 (%)	ICU住院时间 (d)	呼吸机治疗时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	39	1 (2.56)	4.15±1.07	102.05±9.83	8.43±1.11
对照组	39	8 (20.51)	7.99±1.16	166.35±9.57	13.68±1.25
t/χ^2	/	6.155	15.196	29.270	19.612
P	/	0.013	0.000	0.000	0.000

3 讨论

ICU重症者采用呼吸机时，易引发呼吸系统并发症，VAP即为其中之一，出现VAP后，会影响机械通气效果，引发死亡，选择适宜措施，防控VAP，是ICU探讨重点^[6]。分析ICU重症者出现VAP的因素，主要有：建立人工气道时，会影响上呼吸道屏障，干扰防御功能，损伤其屏障，细菌侵犯下呼吸道；受多次吸痰影响，可能引发感染；消化道以及咽部定植大量细菌等^[7]。

目前多采取常规护理，其多关注基础措施，包括物理因素、环境等，但不能全面兼顾VAP高危因素，难以防范VAP^[8]。采取综合护理，全面分析VAP影响因素，及时消除，营造适当环境，做好呼吸道湿化、吸痰干预等，注重其心理变化，改善患者预后。该模式全面且精细，具有差异化，整体效果理想。本次研究结果显示和对照组比，观察组的SaO₂和PaO₂均更高，PaCO₂更低 ($P < 0.05$)，代表综合护理可调节血气分析，改善病情状态。观察组的SAS、SDS和PSQI评分均更低 ($P < 0.05$)，表示该模式能缓解负面情绪，提高睡眠质量。ICU重症者常伴有负面心理，例如焦虑、不安等，部分可能抵触，该模式了解每位患者需求，通过适当干预，能改善精神状态，加快康复进程。采取该模式，尊重ICU特殊性，营造良好环境，能提高睡眠质量。观察组的VAP发生率、ICU住院时间、呼吸机治疗时间和住院时间均更低 ($P < 0.05$)，表明该模式能改善预后，有效防范VAP。说明应用综合护理可以提升ICU重症预后，能减少VAP发生率。

综上所述，给予ICU重症患者综合护理能改善血气分析，缓解负面情绪，预VAP，具有推广价值。

参考文献

[1]郭明,栾成艳,来海欧. 集束化预防策略联合改良浓度配比口腔护理液对重症脑卒中机械通气患者呼吸机相关性肺炎的预防作用[J]. 临床医学研究与实践,2024,9(9):157-160.

[2]宋楠. 重症监护室重症患者呼吸机相关性肺炎预防中整体护理作用分析[J]. 基层医学论坛,2024,28(8):32-34+37.

[3]周晓玲,邵小燕,丁菊红,龚亚驰,陆玉梅. 针对性气道护理对重症监护室患者舒适度与呼吸机相关性肺炎的影响[J]. 护理实践与研究,2024,21(1):106-111.

[4]洪婉霞. 综合护理对重症监护室呼吸机相关性肺炎的预防效果及睡眠质量的影响评价[J]. 世界睡眠医学杂志,2023,10(12):2944-2946+2950.

[5]曹云,王东丽,丁菊红. 中医适宜技术联合集束化护理在ICU呼吸机相关性肺炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(19):144-146.

[6]邵欣,王霞,刘晨霞,刘聚源,蔡虹,卜娜,旷璐. 194所三级医院ICU呼吸机相关性肺炎护理实践现状与对策[J]. 中华护理杂志,2023,58(21):2617-2623.

[7]陈琳. 规范化消毒护理结合集束护理干预重症监护病房患者预防呼吸机相关性肺炎感染的效果研究[J]. 婚育与健康,2023,29(19):157-159.

[8]邱楚杰,范文丽. 督导式预警性护理联合早期被动训练在ICU患者机械通气治疗期间的应用研究[J]. 中国医药指南,2023,21(30):149-152.