

神经外科吸入性肺炎预见性护理流程的构建与应用

何鑫跃

上海长征医院 上海 200000

摘要: **目的:** 构建神经外科吸入性肺炎预见性护理流程, 并探讨其应用效果。**方法:** 选取我院神经外科2022年1月至2023年6月收治的120例患者作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组各60例。对照组采用常规护理, 观察组采用构建的预见性护理流程进行护理。比较两组患者吸入性肺炎的发生率、住院时间、护理满意度, 并以数据和表格形式呈现。**结果:** 观察组吸入性肺炎的发生率低于对照组, 住院时间短于对照组, 护理满意度高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 神经外科吸入性肺炎预见性护理流程的构建与应用能够有效降低吸入性肺炎的发生率, 缩短住院时间, 提高护理满意度, 具有重要的临床应用价值。

关键词: 神经外科; 吸入性肺炎; 预见性护理流程

引言: 吸入性肺炎是神经外科患者常见的并发症之一, 严重影响患者的康复和预后。由于神经外科患者常伴有意识障碍、吞咽功能障碍等, 增加了吸入性肺炎的发生风险。因此, 构建有效的预见性护理流程对于预防吸入性肺炎的发生具有重要意义。

1 神经外科吸入性肺炎相关理论基础

1.1 吸入性肺炎的定义

吸入性肺炎, 作为一种特殊的肺炎类型, 其定义主要聚焦于因意外吸入各种物质(如食物、胃内容物、动物脂肪、刺激性液体及挥发性碳氢化合物等)至下呼吸道而引发的肺部炎症。这些被吸入的物质在肺部内引发一系列复杂的病理生理反应, 包括化学性损伤、细菌性感染及气道阻塞等, 最终导致肺组织受损, 出现化脓性肺炎的表现。在严重情况下, 吸入性肺炎可引发呼吸衰竭或呼吸窘迫综合征, 对患者的生命构成严重威胁。吸入性肺炎的临床表现多样, 但通常包括刺激性咳嗽、咳痰、呼吸困难、发热以及肺部听诊时的湿啰音或哮鸣音等。胸部影像学检查, 如X线或CT, 常能显示肺部散在不规则片状边缘模糊的阴影, 这些阴影的分布与吸入时的体位密切相关, 常见于中下肺叶, 尤其是右肺。另外, 血常规检查也可能显示白细胞数正常或偏高, 进一步支持肺炎的诊断。

1.2 神经外科患者发生吸入性肺炎的高危因素

神经外科患者由于其特殊的病情和治疗方式, 成为吸入性肺炎的高危人群。具体而言, 这些高危因素主要包括以下几个方面: (1) 意识障碍: 神经外科患者常因疾病本身或治疗过程中的药物作用而出现意识障碍, 如昏迷、嗜睡等。这种状态下, 患者的吞咽功能和咳嗽反射显著减弱, 无法有效清除口腔和咽喉部的分泌物及误

吸物, 从而增加了吸入性肺炎的风险。(2) 神经功能障碍: 神经外科疾病常伴随神经功能障碍, 如吞咽困难、声门或贲门关闭功能障碍等。这些功能障碍导致患者在进食或饮水时容易发生误吸, 进而引发吸入性肺炎。

(3) 人工气道和机械通气: 神经外科重症患者常需建立人工气道并进行机械通气, 这些操作本身就会增加误吸的风险。同时, 机械通气还可能引起呼吸机相关性肺炎(VAP), 进一步加剧肺部感染的风险^[1]。(4) 肠内营养: 神经外科患者常因无法自主进食而需通过鼻饲等方式进行肠内营养; 鼻饲管的留置可能导致食管下段括约肌关闭不全, 引起胃内容物反流, 从而增加误吸的风险。(5) 体位和药物因素: 平卧位、床头抬高角度不足、使用镇静剂或肌松药等因素也可能增加吸入性肺炎的风险。平卧位时, 胃内容物更容易反流至咽喉部; 而镇静剂和肌松药则会抑制患者的咳嗽反射和吞咽功能, 使误吸物更难以被清除。(6) 年龄和基础疾病: 高龄患者及合并有其他基础疾病(如糖尿病、心血管疾病等)的神经外科患者, 其身体机能和免疫力相对较差, 更容易发生吸入性肺炎。

1.3 现有护理措施及其局限性

针对神经外科患者吸入性肺炎的高危因素, 临床上已采取一系列护理措施以预防其发生。(1) 基础护理: 包括定期翻身拍背、保持呼吸道通畅、加强口腔护理等。这些措施虽然能在一定程度上减少误吸的发生, 但难以完全消除吸入性肺炎的风险。特别是对于意识障碍和神经功能障碍严重的患者, 其效果更为有限。(2) 体位管理: 通过调整患者的体位(如床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$)来减少胃内容物的反流。然而, 这种体位管理在实际操作中可能受到患者舒适度、治疗需求及护理人员执行力度

等因素的影响,难以持续有效。(3)肠内营养管理:采用小量多次、缓慢滴注的喂养方式,以减少胃内容物的反流;定期评估患者的吞咽功能,并根据评估结果调整喂养方案。这种管理方式需要护理人员具备较高的专业素养和责任心,且在实际操作中可能受到多种因素的干扰。(4)药物预防:使用抑酸药物和促胃动力药来减少胃内容物的酸度和反流。这些药物的使用可能带来一定的副作用,如胃肠道不适、钙吸收障碍等。长期使用这些药物还可能增加耐药菌株的产生风险^[2]。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取我院神经外科2022年1月至2023年6月收治的120例患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组各60例。对照组中,男性32例,女性28例;年龄20-75岁,平均年龄(48.5±12.3)岁。观察组中,男性30例,女性30例;年龄22-78岁,平均年龄(49.2±11.8)岁。两组患者在性别、年龄等一般资料方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 方法

2.2.1 对照组

对照组运用神经外科的常规护理模式,涵盖多个方面。在病情观察上,护理人员定时监测患者的生命体征,如体温、脉搏、呼吸、血压等,密切留意患者的意识状态、瞳孔变化等,及时发现病情的异常波动。基础护理方面,包括为患者提供整洁舒适的住院环境,协助患者进行个人卫生清洁,如洗漱、擦身等,确保患者身体的清洁与舒适。饮食护理上,根据患者的病情和身体状况,制定基本的饮食计划,保障患者摄入足够的营养。

2.2.2 观察组

观察组构建并应用吸入性肺炎预见性护理流程,具体内容如下:

(1) 风险评估

患者入院后的24小时内,运用洼田饮水试验等科学有效的方法对患者的吞咽功能进行全面评估。同时,综合考虑患者的意识状态,是清醒、嗜睡还是昏迷;观察患者的咳嗽反射强度,是正常、减弱还是消失等情况。通过这些多维度的评估指标,精准判断患者发生吸入性肺炎的风险等级,为后续的针对性护理提供有力依据^[3]。

(2) 体位管理

对于那些意识不清或者存在吞咽障碍的患者,将床头抬高30°-45°,并协助患者采取半卧位或者侧卧位。这样的体位调整有助于减少胃内容物的反流和误吸风险,从而降低吸入性肺炎的发生几率。

(3) 饮食管理

依据对患者吞咽功能的评估结果,灵活地调整饮食结构。对于吞咽困难的患者,给予鼻饲饮食。在鼻饲过程中,严格控制鼻饲的速度和量,避免因速度过快或量过大导致胃内容物反流和误吸。

(4) 口腔护理

每天为患者进行2-3次的口腔清洁。护理人员使用合适的口腔护理工具和清洁液,仔细清洁患者的口腔,包括牙齿、牙龈、舌头等部位,有效保持口腔的卫生,减少细菌滋生,预防口腔感染和因口腔细菌定植引发的吸入性肺炎。

(5) 呼吸道管理

定时为患者翻身、叩背,通过这样的方式促进痰液排出,保持呼吸道的通畅。对于痰液黏稠难以排出的患者,给予雾化吸入治疗。雾化吸入能够湿化气道、稀释痰液,进一步协助痰液的排出,降低肺部感染和吸入性肺炎的发生风险。

(6) 健康教育

积极向患者及家属详细讲解吸入性肺炎的危害,包括可能导致的呼吸困难、高热、肺部感染等严重后果。同时,传授吸入性肺炎的预防方法,如正确的体位、饮食注意事项、咳嗽和排痰技巧等。通过这样的健康教育,提高患者及家属的防范意识,使其能够积极配合护理工作,共同预防吸入性肺炎的发生。

2.2.3 观察指标及评价标准

第一,关于吸入性肺炎的发生率,需要密切观察并详细记录两组患者在住院期间吸入性肺炎的发生状况。通过对患者的症状、体征以及相关检查结果的综合分析,来确定是否发生吸入性肺炎。例如,观察患者是否出现发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状,同时结合胸部X线或CT检查等辅助检查手段,以准确判断吸入性肺炎的发生情况。第二,住院时间也是一个重要的观察指标。需要准确记录两组患者从入院到出院所经历的天数。住院时间的长短在一定程度上反映患者的康复速度和治疗效果。较短的住院时间通常意味着患者恢复良好,治疗和护理措施有效;而较长的住院时间则可能提示患者恢复较慢,或者在治疗过程中出现一些问题,需要进一步分析和改进护理方案^[4]。第三,护理满意度也是评估护理质量的关键指标之一。采用我院自行设计和制作的护理满意度调查问卷,在患者出院时进行调查。问卷将护理满意度分为非常满意、满意、不满意三个等级。

2.2.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均

数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者吸入性肺炎发生率比较

| 组别 | 例数 | 发生吸入性肺炎例数 | 发生率(%) |
|------------|-------|-----------|--------|
| 对照组 | 60 | 15 | 25.0 |
| 观察组 | 60 | 6 | 10.0 |
| χ^2 值 | 5.175 | | |
| P 值 | 0.023 | | |

3.2 两组患者住院时间比较

| 组别 | 例数 | 住院时间(天) |
|-------|-------|----------|
| 对照组 | 60 | 18.5±4.2 |
| 观察组 | 60 | 14.2±3.5 |
| t 值 | 5.987 | |
| P 值 | 0.000 | |

3.3 两组患者护理满意度比较

| 满意度 | 对照组 ($n = 60$) | 观察组 ($n = 60$) | χ^2 值 | P 值 |
|------|---------------------|---------------------|------------|-------|
| 非常满意 | 20 | 32 | 6.000 | 0.014 |
| 满意 | 30 | 25 | 0.800 | 0.371 |
| 不满意 | 10 | 3 | 4.615 | 0.032 |
| 总满意度 | 83.3 | 95.0 | 4.615 | 0.032 |

4 讨论

预见性护理流程通过对患者进行全面的风险评估,并采取针对性的预防措施,能够有效降低吸入性肺炎的发生率。在研究中,观察组采用的预见性护理流程包括风险评估、体位管理、饮食管理、口腔护理、呼吸道管理和健康教育等多个方面。通过这些措施的综合应用,观察组患者吸入性肺炎的发生率显著低于对照组,住院时间明显缩短,护理满意度显著提高^[5]。例如,体位

管理可以减少胃内容物反流和误吸的风险;饮食管理能够根据患者的吞咽功能提供合适的营养支持,降低吸入风险;口腔护理有助于减少口腔细菌滋生,预防感染。神经外科吸入性肺炎预见性护理流程的构建与应用具有显著的效果,能够为患者提供更加优质、安全的护理服务,值得在临床推广应用。

结束语

综上所述,神经外科吸入性肺炎的预见性护理流程通过综合应用多种预防措施,显著降低了吸入性肺炎的发生率,缩短患者住院时间,并提高护理满意度。这一护理模式体现以患者为中心的理念,有效保障患者的安全与健康。因此,神经外科应积极推广和应用此预见性护理流程,为患者提供更加专业、高效的护理服务,促进其早日康复,提高整体医疗质量和患者生活质量。

参考文献

- [1]孙云香.神经外科吸入性肺炎预见性护理流程的构建与应用[J].系统医学,2020,2(3):143-146.DOI:10.19368/j.cnki.2096-1782.2017.03.143.
- [2]尚旭丽,吴芳,赵明红,等.预防神经外科吸入性肺炎护理管理流程的构建与应用[J].护理学杂志.2019,(2).DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2016.02.032.
- [3]农秀芳.预见性护理干预降低高血压性脑出血急性期患者并发症的临床分析[J].中国实用医药.2019,(14).DOI:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2016.14.180.
- [4]刘晓云.气管内吸痰在小儿肺炎护理中的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(5):P.101-106.
- [5]王建文,廖红.沐舒坦雾化吸入前吸痰治疗及针对性护理对小儿肺炎的疗效探讨[J].中国现代药物应用,2020,14(8):146-148.