

ICU 气管切开肺部感染患者采用综合护理干预的效果分析

刘靖凤

青海红十字会医院 810000

【摘要】目的 探讨 ICU 气管切开肺部感染患者采用综合护理干预的效果。**方法** 采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 4 月期间接收的 94 例 ICU 气管切开肺部感染患者, 随机分为对照组与观察组各 47 例, 对照组运用常规护理, 观察组运用综合护理干预, 分析不同护理处理后患者并发症发生率、疾病恢复情况。**结果** 在患者 ICU 治疗时间、症状消除时间、GCS 评分、CPIS 评分上, 观察组各指标与对照组有明显的差异, 有对比统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者并发症发生率上, 观察组 6.38%, 对照组 29.79%, 有对比统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** ICU 气管切开肺部感染患者采用综合护理干预可以有助于加快患者恢复速度, 并发症相对更低, 整体恢复状况更好。

【关键词】 ICU; 气管切开; 肺部感染; 综合护理干预; 效果

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-4083 (2022) 05-119-02

ICU 患者病情严重, 病情发展快速, 需要及时治疗干预来减少不可逆转风险的发生。患者中进行气管切开属于常见的改善呼吸道梗阻的有效手段, 属于有创性操作, 进而容易导致患者机体多样化的应激反应, 甚至导致机体免疫力下滑, 病菌因为通过有关切口到呼吸道内, 有创导致肺部感染。如果不能及时有效地控制, 容易导致呼吸衰竭以及病情恶化。本文采集 94 例 ICU 气管切开肺部感染患者, 分析运用综合护理干预后患者并发症发生率、疾病恢复情况, 具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 4 月期间接收的 94 例 ICU 气管切开肺部感染患者, 随机分为对照组与观察组各 47 例, 对照组中, 男 28 例, 女 19 例; 年龄从 22 岁至 69 岁, 平均 (46.82 ± 4.91) 岁; 观察组中, 男 26 例, 女 21 例; 年龄从 24 岁至 68 岁, 平均 (47.96 ± 6.26) 岁; 两组患者在基本年龄、性别与病情等信息方面不存在明显差异, 有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理, 观察组运用综合护理干预, 具体内容如下: 做好环境优化管理, 保持定时通风换气, 做好消毒清洁, 保持温度以及湿度与季节状况的匹配性, 完善有关无菌化操作。避免家属陪护, 同时做好探视时间与人员的控制, 尽可能地减少外界带来的交叉感染风险^[1]。要做好气管切口护理工作, 确保有关切口清洁干燥, 同时对于其切口有关的分泌物以及出血情况做好细致观察, 进行对应的敷料更换调整。如果切口创面渗液污染, 需要做好碘伏消毒管理。要做好口腔护理工作, 一般患者口腔 pH 值需要做好动态监测管理, 依据其检测结果做好对应药物清理工作^[2]。如果其 pH 值属于中性范围, 则可以通过生理盐水以及双氧水做对应的擦洗。如果 pH 值相对较低, 则需要通过 2% 碳酸氢钠做清洁擦拭。如果 pH 值过高, 则需要运用硼酸液做对应的清理。要做好吸痰护理工作, 进行其气管、口腔分泌物的吸出, 完善有关无菌化操作原则。依据情况做好吸痰调理, 避免吸痰对其呼吸黏膜系统构成的损害。吸痰前后需要进行 2~3 分钟的纯氧吸入^[3]。依据其情况做好痰液细菌培养, 而后依据其情况做好雾化吸入药物选择。保存每 8 小时一次的雾化吸入处理。呼吸道保湿方面, 需要防控痰痂阻塞气道问题, 因此需要通过湿化呼吸道设备处理, 尽可能地降低痰液黏稠度。要做好营养支持工作, 依据病情恢复状况做对应的营养支持管理。可以开展对应的肠内营养支持, 优化其身体素质, 促使病情更快地好转。在鼻饲之前需要进行吸痰, 同时鼻饲的速度避免过快而引发

的误吸问题^[4]。要做好心理护理工作, 观察患者情绪状况变化。依据情况做好心理建设疏导, 耐心倾听其心理想法以及诉求, 多提供成功案例以及积极信息, 达到正面心理暗示效果, 避免消极情绪对其治疗康复构成的影响, 提升整体的治疗信心以及治疗依从性。同时要调动家属的配合度, 做好家属的教育指导以及心理疏导工作, 避免家属对有关工作构成的阻力。提升家属的对有关工作的理解度以及配合度, 保证工作顺利地进行, 避免不良医患矛盾纠纷等问题构成的影响。

1.3 评估观察

分析不同护理处理后患者并发症发生率、疾病恢复情况。并发症主要集中在局部感染、皮下气肿、导管堵塞。病情恢复指标主要集中在 ICU 治疗时间、症状消除时间、GCS 评分 (格拉斯哥昏迷评分)、CPIS 评分 (肺部感染评分)。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理, 计数资料使用 $n(\%)$ 表示, 采用卡方检验, 计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者治疗恢复指标情况

见表 1, 在患者 ICU 治疗时间、症状消除时间、GCS 评分、CPIS 评分上, 观察组各指标与对照组有明显的差异, 有对比统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 各组患者治疗恢复指标结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	ICU 治疗时间 (d)	症状消除时间 (d1)	GCS 评分 (分)	CPIS 评分 (分)
观察组	7.24 ± 2.18	6.17 ± 2.25	13.58 ± 2.14	5.84 ± 1.52
对照组	10.12 ± 3.65	8.46 ± 3.42	8.95 ± 2.62	9.23 ± 2.07

注: 两组对比, $P < 0.05$

2.2 患者并发症发生率情况分析

见表 2 所示, 在患者并发症发生率上, 观察组 6.38%, 对照组 29.79%, 有对比统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 患者并发症发生率评估结果 $[n(\%)]$

分组	n	局部感染	皮下气肿	导管堵塞	并发症率
观察组	47	2	1	0	6.38%
对照组	47	7	4	3	29.79%

注: 两组对比, $P < 0.05$

3 讨论

在护理工作中, 除了常规的基础护理、生理层面的护理工作之外, 也需要优化护理文书能力、安全管理水平、心理

(下转第 123 页)

病率不断增高。对于下肢创伤骨折的治疗临床主要选择手术的方法，手术能够促进患者骨折愈合，而术后患者需要卧床休息一段时间，在此期间内患者关节活动范围缩小，从而使膝关节僵硬的发生率不断增高，关节僵硬主要是由局部周围骨折形成后导致关节囊粘连，关节装置损害造成的，主要表现为屈膝障碍或屈膝度低于 90°，严重影响了患者的术后康复效果。

功能训练康复护理措施通过辅助患者开展康复训练，分为早期、中期、后期训练，在不同的使其采取不同的训练方法，加快患者术后肢体康复速度^[5]。文章研究显示，研究组患者膝关节功能评分明显高于对照组，关节僵硬的发生率及并发症发生率明显低于对照组，两组数据对比差异具有统计学意义(P<0.05)，表明对下肢创伤骨折患者术后实施功能训练康复护理措施可显著改善患者膝关节功能，促进患者康复，值得推广使用。

参考文献

[1] 李金玲, 马燕. 探讨下肢创伤骨折手术患者中采用功能训练康复护理措施的临床效果[J]. 科学养生, 2021,

24(4):122.

[2] 邓芳华. 功能训练康复护理对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的预防作用探析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(14):141-142, 144.

[3] 张妍, 夏海燕, 王雪, 等. 探究功能训练康复护理措施对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的预防价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(38):108, 112.

[4] 刘飞. 探讨功能训练康复护理模式对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的临床效果[J]. 中国伤残医学, 2020(21):50-51.

[5] 杜丽丽, 王金凤, 秦丹, 等. 功能训练康复护理措施对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的预防效果及提升患者肌力的研究[J]. 健康必读, 2020(33):150.

表 1: 两组患者膝关节功能评分及膝关节僵硬发生率对比

组别	例数	关节僵硬发生率	并发症发生率
对照组	49	13 (26.53)	9 (18.37)
研究组	49	2 (4.08)	1 (2.04)
χ^2		9.524	7.127
P		0.002	0.008

(上接第 119 页)

护理能力、健康教育等工作的开展。要让护理人员意识到护理工作的开展不仅仅是患者生理层面的处理，同时也要配合心理以及认知层面的构建来提升整个工作开展的有效性。由此提升患者整体治疗恢复的质量，优化其身心体验，来减少对护理工作的负面评价以及不良冲突矛盾纠纷问题。提升整个科室工作开展的实际水平，树立良好的医疗行业职业形象。

总而言之，ICU 气管切开肺部感染患者采用综合护理干预可以有助于加快患者恢复速度，并发症相对更低，整体恢复状况更好。

参考文献

[1] 李辉. 气管切开患者肺部感染的 ICU 护理干预措施分析[J]. 母婴世界, 2021(4):6, 8.

[2] 赵连跃. 综合护理干预在 ICU 气管切开患者肺部感染中的应用效果分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(16):170-172, 176.

[3] 汤帮婷. 系统化护理干预对 ICU 气管切开患者肺部感染的防治效果[J]. 健康必读, 2021(13):193.

[4] 张雪, 王倩. ICU 患者行气管切开后并发肺部感染的护理干预效果分析[J]. 健康之友, 2021(1):243.

(上接第 120 页)

较高的责任心和较强的专业技能，所以要强化护理人员对皮瓣血运观察的培训，并通过比对卡统一医护人员对游皮瓣颜色、张力判断的客观标准，在游离皮瓣移植术后 3d 内，每间隔 30min-1h 观察 1 次皮瓣温度、颜色、毛细血管充盈及肿胀程度，准确判断患者是否血管危象。动脉危象多发生在术后 24-72h 内，表现为患者移植的皮瓣颜色由红润转为苍白，皮肤温度与健康部位相比降低 2℃-4℃，皮肤张力或弹性不断下降，皮纹增多，同时毛细血管充盈时间延长，说明动脉痉挛、供血不足或栓塞。静脉危象同样多发生在术后 24-72h 内，表现为皮瓣颜色由红润变暗红，并逐渐转变成紫红，皮肤张力高，皮纹消失，皮瓣温度降低，毛细血管充盈时间缩短多在 1s 内出现，说明静脉栓塞，回流障碍。同时皮瓣术后血管危象的发生往往与多种因素有关，例如过于恐惧、焦虑的心理，极易容易造成血管痉挛，从而诱发血管危象的发生，所以护理人员要及时有效地给予患者心理护理；在手术完成后，要尽量避免患者因疼痛而导致血管收缩，从而引起血栓的形成或血管出现闭塞等情况，所以术后给予患者疼痛护理干预

是非常有必要的；保持病室适宜温湿度，因为温度过低易导致患者血管痉挛，过高易出现烦躁、多汗等现象，此外，清洁病室环境能够减少感染概率；禁止吸烟、卧床制动、饮食干预等措施都是避免皮瓣血液循环出现障碍的措施^[5]。总之，医护人员应针对诱因及时地采取有效的预防护理措施，最大限度降低血管危象的发生率，从而提高皮瓣的存活率。

参考文献

[1] 武琳燕. 游离皮瓣移植病人的围术期护理[J]. 全科护理, 2021(16):1982-1984.

[2] 谢玉珍. 游离皮瓣移植术后血管危象的观察与护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021(81):201.

[3] 胡利, 廖春梅, 雷湘莲, 等. 综合护理干预对指动脉终末节皮瓣修复术后患者发生血管危象的影响[J]. 护理实践与研究, 2021(10):54-55.

[4] 张伟球. 循证护理路径预防游离皮瓣移植术后血管危象的临床效果观察[J]. 中国医药科学, 2021(20):146-148.

[5] 陈亚平, 梁夏威. 观察综合护理干预预防游离皮瓣移植术后血管危象的效果[J]. 哈尔滨医药, 2022(6):599-600.

(上接第 121 页)

[1] 沙小娟, 杨海燕, 姚健. 慢性阻塞性肺疾病合并重症呼吸衰竭老年患者护理及疗效观察[J]. 河北医药, 2021, 43(1):146-148, 152.

[2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组, 中

国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(3):36.

[3] 潘湘玲. 优质护理干预在重症慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中的应用研究[J]. 临床研究, 2021, 29(5):166-167.