

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.15.034

循证护理模式对胸外重症患者的呼吸功能、并发症及生活质量的影响

金 蕾¹, 杨淑英^{2△}

(湖北省肿瘤医院:1. 胸体外科;2. 头颈外科, 武汉 430079)

摘要:目的 探析循证护理模式对胸外重症患者呼吸功能、并发症及生活质量的影响。方法 选取该院 2015 年 11 月至 2016 年 12 月诊治的 86 例胸外重症患者为研究对象,按护理方式不同分为研究组与对照组,对照组患者接受常规护理,研究组患者在接受常规护理的基础上接受循证护理模式,对比 2 组患者接受护理前后的呼吸功能、生存质量,并比较 2 组患者并发症发生情况。结果 护理前,2 组研究对象各项呼吸功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后,研究组呼吸功能明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理前,2 组患者生存质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后,研究组生存质量评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组并发症总发生率(4.65%)明显低于对照组(23.25%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 胸外重症患者行循证护理模式可降低并发症,改善呼吸功能,提高生存质量。

关键词:胸外重症; 循证护理模式; 并发症**中图分类号:**R473.6**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2018)15-2304-03

胸外重症主要包括胸部外伤、胸壁疾病、纵膈疾病、食管疾病、支气管与气管疾病、肺部疾病等,临床上胸外重症多行手术医治,创伤性较大,可对患者支气管、肺门等造成损伤,围术期的护理质量对患者康复起着重要作用^[1-2]。循证护理为循证医学的分支,该护理模式具有丰富性、便利性、科学性及时效性的特点^[3]。为探析循证护理模式在胸外重症患者中的应用效果,本研究以本院近期诊治的 86 例胸外重症患者作为研究对象,旨在研究循证护理模式在胸外重症患者中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 11 月至 2016 年 12 月收治的 86 例胸外重症患者为研究对象,所有研究对象意识清晰,依从性良好,排除伴有言语障碍、肾功能衰竭、精神疾病、免疫系统疾病、血液疾病等其他疾病患者,以及病历资料残缺的患者。按护理方式不同分成对照组(常规护理)与研究组(循证护理模式)。对照组 43 例,其中男 24 例,女 19 例;年龄 45~72 岁,平均(53.68±5.79)岁;包括食管癌 5 例,肺癌 12 例,肺外伤 22 例,其他 4 例。研究组 43 例,其中男 21 例,女 22 例;年龄 45~72 岁,平均(53.68±5.79)岁;包括食管癌 7 例,肺癌 13 例,肺外伤 19 例,其他 4 例。2 组研究对象一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者均给予常规护理,包括体位护理、饮食叮嘱、切口清洁、用药指导、环境护理、注意事项告知。研究组在常规护理的基础上,联合使用循证护理模式,包括总结归纳问题、确定循证支持及循证护理证据用到实践,通过相关胸外科重症疾病患者护理资料分析,总结患者容易出现不良事件及对

策,分析护理差错原因并纠正,针对患者情况评估,并制订科学护理计划,将制定的循证护理支持应用于实践,具体为:(1)排痰护理,予以患者湿化处理,协助其翻身或更换体位,将其扶至半卧位,并轻拍患者背部协助其努力排痰,若痰液黏稠无法排出,可予以其盐酸氨溴索实施雾化处理,若有必要可进行吸痰,吸痰时需放缓动作,防止损伤切口或呼吸道黏膜。(2)切口护理及预防感染,术后对切口周边皮肤实施消毒处理,在切口部位放置干净的无菌棉纱布,并探查切口处是否渗血、流脓,若出现脓液时需进行细菌培养,合理使用抗菌药物。护理操作时需遵循无菌原则,吸痰时采取无菌吸痰器,并定期对切口换药,定时开窗、门通风,确保病室空气流通。(3)呼吸护理,瑜伽式呼吸训练。屈膝行仰卧位,将双手安放在胸壁两侧,放松全身,收缩腹部时吸气,同时腹壁不断内收、吸气,感觉肋骨架逐渐回落。期间保持呼气四拍、吸气四拍,于早晚各训练 100 次。人工阻力呼吸,提醒患者在深吸后气体吹入容纳量为 1 000 mL 的气球中,之后将气体放出,并重复吹气,每组 15~20 次,每天 2 组。(4)健康宣教,日常加强营养,遵循多餐少食原理,可进食易消化、高维生素、高热量及高蛋白质的食物,同时配合适量运动,注意室内温度及湿度,防止上呼吸道感染。

1.3 观察指标^[3] 检测 2 组患者护理前及护理 1 个月后的呼吸功能,包括肺总量(TLC)、最高呼气流速(PEF)、第一秒的肺活量(FEF1.0)、潮气量(VT)、肺活量(VC)。2 组患者护理前后的生存质量应用 SF-36 生存质量量表进行评估,包括社会功能、机体疼痛、躯体功能及躯体角色等方面,满分 100 分,分值越高表明其生存质量越好。2 组患者并发症,包括呼吸衰

△ 通信作者, E-mail:875818132@qq.com。

竭、切口出血、感染等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者各项呼吸功能指标比较 护理前,2 组

研究对象各项呼吸功能指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,研究组呼吸功能明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者生存质量比较 护理前,2 组患者生存治疗评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,研究组生存质量评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 2 组患者呼吸功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	TLC(L)	PEF(L/s)	FEF1.0(L/s)	VT(L)	VC(L)
研究组	43	护理前	6.52±1.02	7.24±0.81	6.29±1.28	0.92±0.52	5.12±1.16
		护理后	5.45±1.16	6.07±0.95	5.08±1.14	0.56±0.23	3.99±0.95
对照组	43	护理前	6.64±1.15	7.19±1.03	6.18±1.20	0.96±0.51	5.15±1.27
		护理后	4.35±0.93	5.08±1.11	2.97±0.67	0.33±0.21	2.91±0.51
<i>t</i> 护理前			1.153 3	0.137 2	2.315 6	1.490 2	0.732 8
<i>P</i> 护理前			>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
<i>t</i> 护理后			4.851 6	4.443 4	10.463 7	2.695 8	6.568 1
<i>P</i> 护理后			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 2 组患者生存质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	总体健康	社会功能	机体疼痛	躯体功能	躯体角色
研究组	43	护理前	56.52±13.21	55.79±11.52	56.28±10.54	57.27±11.74	54.82±10.85
		护理后	87.59±3.12	89.53±3.01	86.84±2.67	85.47±2.13	92.23±1.42
对照组	43	护理前	55.19±11.46	56.16±12.37	57.14±10.75	56.18±10.14	57.29±11.54
		护理后	78.31±2.65	76.39±1.77	78.23±1.96	78.35±2.05	80.13±1.34
<i>t</i> 护理前			2.889 2	0.6160	2.6561	4.052 8	2.8919
<i>P</i> 护理前			>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
<i>t</i> 护理后			14.865 7	24.676 0	17.046 1	15.793 3	40.639 0
<i>P</i> 护理后			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者并发症发生率比较 研究组并发症总发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 2 组患者并发症发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	呼吸衰竭	切口出血	感染	总发生率
研究组	43	0(0.00)	0(0.00)	2(4.65)	2(4.65)
对照组	43	6(13.95)	2(4.65)	2(4.65)	10(23.25)
χ^2		4.479 2	0.511 9	0.262 2	6.198 2
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

随着医疗技术及经济不断发展,医学已经转变成生物、社会及心理医学模式,因临床工作非常复杂,单纯依靠传统护理经验,护理效果不甚理想。由于医疗资源、信息整合及传播,循证护理开始被应用于临床中,循证护理的主要内涵是归纳、总结及发现问题,借

助互联网寻找医疗资源,并处理实际问题^[4-5]。同时,胸外重症患者临床通常采用手术治疗,因手术可对患者呼吸道造成较大损伤,术后常出现呼吸窘迫、排痰困难及呼吸道感染等问题。为进一步提升胸外重症患者护理效果,本研究采用了循证护理模式,以期为临床提供相关依据。

本研究结果显示,护理后,研究组呼吸功能明显优于对照组,原因为研究组患者均予以呼吸监护,指导患者行头高斜坡式卧位,其休克患者可行平卧位,并予以 5~6 L/min 高流量性吸氧,以此促使患者血流动力学持续稳定,若血氧饱和度小于 0.85,血氧分压小于 60 mm Hg 时,为防止发生低氧血症,可予以患者呼吸机吸氧,呼吸机模式调整至 IPPV 或 SIMV,潮气量 7~10 mL/kg,PEEP 7~12 cm H₂O,使用时间少于 2 h,其呼吸参数与通气方式可依据患者血氧分压决定,同时予以患者雾化、加温及湿化处理,协助

其扣背、排痰、翻身等^[6-8]。呼吸功能锻炼:(1)腹式呼吸训练,行平卧位,提醒其完全放松腹肌,之后鼻部缓慢地进行深呼吸。(2)缩唇呼吸锻炼,取坐位,之后鼻部吸气并停留 2 s 左右,再行缩唇呼气,呼气时嘴唇呈吹口哨状,缩唇程度由患者自行调整,呼气 and 吸气比约 2:1,有效增加患者呼气阻力与气道内压,以此改善体内血氧饱和度与肺泡通气量^[9]。(3)吹气球锻炼,深吸气后指导患者将肺部气体吹进气球内,约 800~1 000 mL,以此促进肺部气体交换,将胸腔的残余液气完全排出,防止发生液气胸^[10]。术后查看患者呼吸道有无障碍,若有必要可予以相关药物医治,以此促进毛细血管通透性降低。

同时,本研究结果显示,护理后研究组生活质量评分明显高于对照组,原因在于给予研究组患者体位护理,术后患者未清醒期间行平卧位,待病情逐渐稳定后可抬高床头 30°,便于患者顺利呼吸,减少或预防吸入性肺炎、返流情况的发生。排痰护理,指导其进行深呼吸排痰,责任护士协助患者取舒适体位,之后引导患者缓慢地深呼吸,反复训练 5 次,确保患者体内肺泡取得充分膨胀,并指导其进行规律地咳嗽,便于咳出堆积痰液,对于痰液黏稠无法排出的患者,可予以其雾化吸入处理,每次 20 min 左右,每天 3~4 次^[11]。健康指导,安排患者接受身体检查,并协助其完成,通过口授及示范指导患者有效地进行肺功能锻炼、咳嗽、排痰,日常需加强营养,可进食易消化、高维生素、高热量及高蛋白质的食物,同时配合适量运动。心理护理,入院后责任护士需及时与患者交流沟通,向其介绍病室环境及医院信息,争取患者及亲属的信任,之后通过进一步的深入沟通,明确患者心理情绪与病情状况,并予以相应的心理辅导。此外,向患者耐心讲解胸外科术式的安全性及必要性,并说明手术医师具备高业务水平与丰富经验,以此减轻患者消极、抵触的心理^[12-13]。另外,本研究中对照组并发症总发生率为 23.25%,明显高于研究组的 4.65%,原因在于给予了研究组针对并发症的护理,术后对切口周围进行严格消毒,将无菌纱布安放在切口处,并查看其有无渗血或脓液,若发现脓液时取适量脓液进行细菌培养,运用敏感性较高的抗菌药物进行治疗,并确保引流量畅通。术后严密察看患者有无气促、胸闷及胸痛等不良症状,观察引流液量、颜色及性质等,若引流液体黄色浑浊,可考虑为吻合口瘘,需立即告知主治医师处理^[14-15]。

综上所述,胸外重症患者行循证护理模式不仅能提高生存质量,降低并发症,而且还能改善呼吸功能,值得推广。

参考文献

[1] 安永,吴春,潘征夏,等. PBL 与 LBL 相结合在小儿心胸

外科临床实习教学中的效果评价[J]. 中华医学教育探索杂志, 2016, 15(2): 193-196.

- [2] 熊亚琴,李丽媛. 医护一体化模式在心胸外科护理中的应用分析[J]. 临床护理杂志, 2015, 14(5): 62-64.
- [3] ENDO S, IKEDA N, KONDO T, et al. Development of an annually updated Japanese national clinical database for chest surgery in 2014[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2016, 64(10): 569-576.
- [4] 金冰,刘华,胡述提,等. 胸外科患者术后肺不张合并肺部感染的病原学分析与抗菌药物治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(17): 3933-3934.
- [5] 杨俊波,黄晓洁,刘日辉,等. 心胸外科住院患者医院感染相关危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(7): 1601-1603.
- [6] 刘鑫. 分级心理护理对心胸外科手术患者术后焦虑、抑郁及睡眠质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(19): 2368-2370.
- [7] DHARAN B S, CHATTERJEE N. Title of study: accuracy of a chest X-ray based method for predicting the depth of insertion of endotracheal tubes in pediatric patients undergoing cardiac surgery[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2015, 3(5): 163-168.
- [8] 徐亮,杨国彪,何靖峰. 纤维支气管镜吸痰治疗心胸外科术后机械通气并发肺部感染患者 46 例的临床研究[J/CD]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2016, 9(1): 51-53.
- [9] 徐美英,张晓峰,吴德华,等. 胸外科手术病人围麻醉期不良事件的回顾性分析[J]. 中华麻醉学杂志, 2014, 34(9): 1037-1040.
- [10] 金艳霞,傅爱凤,陈丹琼,等. 舒适护理对胸外科电视胸腔镜术后患者焦虑程度的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(10): 1160-1162.
- [11] 张力为,郭飞,肖开提·依不拉音. 以团队为基础学习教学模式在胸外科研究生教学中的探究[J]. 中华临床医师杂志, 2016, 10(3): 452-455.
- [12] 吴丽娜,李静,张梅,等. 风险管理对胸外科护理质量及患者满意度影响的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(31): 4497-4500.
- [13] CUI F, LIU J, LI S, et al. Tubeless video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) under non-intubated, intravenous anesthesia with spontaneous ventilation and no placement of chest tube postoperatively[J]. J Thorac Dis, 2016, 8(8): 2226-2232.
- [14] KOSHY T, MISRA S, CHATTERJEE N, et al. Accuracy of a chest X-Ray-Based method for predicting the depth of insertion of endotracheal tubes in pediatric patients undergoing cardiac surgery[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2016, 30(4): 947-953.
- [15] 冯凌云. 综合护理对胸外科重症术后患者呼吸功能恢复的效果[J]. 河南外科学杂志, 2016, 22(6): 130.

(收稿日期:2017-11-29 修回日期:2018-03-18)