

# 基于长期卧床老年患者坠积性肺炎的 预防性护理价值分析

郭美玲

(内蒙古自治区人民医院保健 19 病房, 内蒙古 呼和浩特, 010017)

**摘要:**目的 研究基于长期卧床老年患者坠积性肺炎的预防性护理价值。方法 选取 2021 年 2 月—2022 年 2 月内蒙古自治区人民医院收治的 94 例长期卧床老年患者, 通过计算机随机分组法规范分组, 对照组 47 例实施常规护理, 观察组 47 例则在此基础上实施预防性护理。比较两组入组时、干预 2 个月后的第一秒用力呼气量( $FEV_1$ )、用力肺活量(FVC)、动脉血氧分压( $PaO_2$ )、二氧化碳分压( $PaCO_2$ )、血氧饱和度( $SaO_2$ )以及每日排痰量和痰液黏稠度、坠积性肺炎发生率、满意度。**结果** 观察组干预 2 个月后的  $FEV_1$ 、FVC、 $PaO_2$ 、 $SaO_2$  高于对照组,  $PaCO_2$  低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组干预 2 个月后的排痰量多于对照组, 痰液黏稠度轻于对照组, 坠积性肺炎发生率低于对照组, 患者满意度高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 对长期卧床老年患者实施预防性护理, 可促进其肺功能、血气分析结果的改善, 提升排痰效果, 有效预防坠积性肺炎的发生。

**关键词:** 卧床; 老年; 坠积性肺炎; 预防性护理

**中图分类号:** R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-08-0098-04

坠积性肺炎属于细菌感染性疾病, 该病的病因主要在于长期卧床导致低垂部位的肺组织膨胀不全, 局部分泌物无法排出, 使细菌、真菌在局部积聚, 并生长繁殖, 从而导致肺部出现炎症, 即坠积性肺炎<sup>[1]</sup>。坠积性肺炎在长期卧床老年患者中比较多发, 不仅会加重病情以及死亡风险, 还会增加患者的痛苦以及经济负担<sup>[2]</sup>。因此, 积极预防坠积性肺炎十分重要。以往常规护理中虽然通过口腔护理、雾化吸入等措施虽然能够在一定程度上起到减少肺部感染发生的效果, 但是总体效果并不理想, 故仍存在坠积性肺炎发生风险。预防性护理是指在症状或并发症发生之前便采取针对性的预防措施的一种护理模式<sup>[3]</sup>。本研究就预防性护理作用于长期卧床老年患者中的效果进行观察, 进一步分析其在预防坠积性肺炎中所起到的作用。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月—2022 年 2 月内蒙古自治区人民医院收治的长期卧床老年患者 94 例, 根据计算机随机分组法将患者分为对照组和观察组, 每组 47 例。两组性别、年龄、身体质量指数以及卧床病因数据进行比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。本研究已通过内蒙古自治区人民医院医学伦理委员会的批准。所有患者均在知情的前提下自愿签署了知情同意书。

### 1.2 纳入与排除标准

**纳入标准:** ①年龄  $\geq 65$  岁且因身体状况卧床时间超过 6

个月者; ②无相关治疗禁忌证者; ③检查结果显示肝肾功能正常者。

**排除标准:** ①入院时已存在消化道、肺部、泌尿系统等脏器系统感染者; ②存在严重器质性疾病、多器官功能障碍综合征者; ③存在胸腔积液、肺结核、肺出血等疾病者; ④存在凝血功能异常、有出血倾向者; ⑤存在精神疾病、认知沟通障碍者; ⑥存在肢体活动受限者。

### 1.3 方法

对照组施以常规护理。(1)环境护理: 病房清洁消毒至少 2 次/d, 开窗通风 3 次/d, 30 min/次, 通风后应用空气净化装置进行室内空气消毒。护理人员根据天气变化调整病房内温湿度。(2)基础护理: 应用含氯消毒液进行医疗器械表面消毒处理; 定时协助患者翻身叩背, 针对痰液黏稠者, 予以雾化吸入, 促进痰液排出。根据营养评估结果加强营养护理; 做好口腔护理, 应用 0.9% 氯化钠溶液进行口腔清洁。

观察组在上述措施的基础上施以预防性护理。(1)健康宣教和心理干预: 护理人员将坠积性肺炎的危害、发生原因、预防方法等内容详细告知患者及其照顾者。根据患者文化程度采用不同的宣教途径, 通过反复宣教, 提升其配合度。同时鼓励患者在身体允许的情况下多下床活动。针对存在负面情绪的患者, 了解其存在的心理问题, 展开针对性的心理疏导, 利用深呼吸、音乐疗法等方式减轻其负面情绪。向患者列举康复良好病例, 并提醒家属多关心、陪伴患者, 增强其自我效能感。(2)体位干预+体位引流干预: 将患者的床头抬高  $30^\circ \sim 45^\circ$ , 尽量取坐位, 缩短卧床时间。同时定期更换患者的体位, 每隔 2 h 协助患者翻身 1 次。在进行体位引流前, 先予以雾化吸入 20 min, 结合患者实际情况选择头低足高位或半

**作者简介:** 郭美玲(1985—), 女, 汉族, 籍贯: 内蒙古自治区呼和浩特市, 本科, 主管护师, 研究方向: 老年护理、营养、睡眠。

表 1 两组一般资料的比较

[n(%)]/(\bar{x}±s)

组别	例数	性别		平均年龄(岁)	平均身体质量指数(kg/m <sup>2</sup> )	卧床病因			
		男	女			脑血管疾病	骨折	恶性肿瘤	其他
对照组	47	32(68.09)	15(31.91)	73.95±3.40	20.41±1.16	11(23.40)	19(40.43)	9(19.15)	8(17.02)
观察组	47	30(63.83)	17(36.17)	74.02±3.50	20.46±1.22	10(21.28)	18(38.30)	8(17.02)	11(23.40)
$\chi^2/t$		0.190		0.098	0.204	0.607			
<i>P</i>		0.663		0.922	0.839	0.895			

卧位,将软枕放置在腰后,弯曲患侧下肢,引流时间为 5 min/次,同时按照从下向上的顺序为患者叩背,每日在早、中、晚各进行体位引流 1 次。(3)强化口腔护理:患者家属每日应用软毛牙刷清洁患者的口腔,至少 3 次/d。针对痰液黏稠的患者,一名护理人员抬高患者的头部 30°并偏向一侧,应用 20 mL 注射器抽取适量 0.9% 氯化钠溶液,从患者一侧嘴角注射至口腔内,另一名护理人员应用吸痰管从口腔另一侧抽吸出漱口液。针对昏迷患者,则应及时采取吸痰处理。(4)强化饮食干预:根据患者的实际情况选择进食方式,进食时注意选择合适体位,叮嘱患者细嚼慢咽。餐后应用温开水漱口,避免口腔内存在食物残渣,注意避免呛咳、误吸情况发生。针对选择鼻饲者,注意导管的通畅性,进食前抬高床头 30°左右,并观察有无胃内潴留,合理控制每次注入的食物量。(5)呼吸肌功能训练:先告知患者呼吸肌功能训练的目的与注意事项,由治疗师指导患者学会训练方法,主要包括咳嗽训练、胸廓松动训练、腹式呼吸、缩唇呼吸、膈肌训练等内容,上述训练 3~4 次/d,5~10 min/次。(6)排痰干预:在完成呼吸肌功能训练后利用振动排痰机进行振动排痰。针对病重且无力咳嗽者,如昏迷患者,实施吸痰处理,但应注意动作轻柔,并尽量减少吸痰次数。

两组患者的干预时间均为 2 个月。

#### 1.4 观察指标

应用便携式肺功能仪(生产企业:日本 CHESTGRAPH,批准文号:国械注进 20172216017,型号:HI-101)测定入组时、干预 2 个月后两组患者的肺功能指标,包括第一秒用力呼气量(FEV<sub>1</sub>)和用力肺活量(FVC)。同时应用血气分析仪[生产企业:惠中公司,批准文号:沪食药监械(准)字 2013 第 2401935 号,型号:MB-3100-A]测定动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)、动脉二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)、血氧饱和度(SaO<sub>2</sub>)。

观察并记录两组患者干预 2 个月后的排痰量,其中少量为 <3 mL/次,中量、大量分别为 3~8 mL/次、>8 mL/次。痰液黏稠度评估标准:可顺利咳出痰液,稀薄、呈泡沫样或米汤

样,即为 I 度(稀痰);尚可咳出痰液,可观察到比较黏稠,即为 II 度(中度黏痰);痰液咳出困难,黄色且明显黏稠,即为 III 度(重度黏痰)。

统计两组患者入组后至干预 2 个月期间的坠积性肺炎发生情况,判定标准:存在发热、咳嗽、痰液黏稠、肺部湿啰音等体征;白细胞计数、中性粒细胞计数明显增高;胸部 X 线片检查结果显示存在炎性浸润性改变。

在干预 2 个月后责任护士发放由内蒙古自治区人民医院自行设计的满意度调查问卷(该问卷内部一致性信度 Cronbach's  $\alpha$  为 0.88,效度系数为 0.87)供两组患者填写,问卷内容涉及到护理时的耐心、服务态度、沟通宣教、操作技能水平、护理效果。每一项为 20 分,百分制,≥90 分、75~89 分、0~74 分依次对应满意、基本满意、不满意,总满意度=(满意+基本满意)例数/总例数×100%。

#### 1.5 统计学分析

将本研究中所涉及到的资料利用 SPSS 25.0 软件展开统计检验,计数资料、单项有序资料用[n(%)]表示,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,其中单项有序资料采用非参数检验;计量资料以(\bar{x}±s)表示,比较采用 *t* 检验。*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组肺功能指标与血气分析指标对比

同对照组相比,干预 2 个月后经测定可知,观察组的 FEV<sub>1</sub>、FVC 以及 PaO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub> 更高,PaCO<sub>2</sub> 更低,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

#### 2.2 两组排痰量和痰液黏稠度对比

干预 2 个月后,观察组患者的排痰量均较对照组更多,痰液黏稠度较对照组更低,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

#### 2.3 两组坠积性肺炎发生率对比

对照组坠积性肺炎发生率较观察组明显更高,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 4。

表 2 两组肺功能指标与血气分析指标对比

(\bar{x}±s)

组别	例数	FEV <sub>1</sub> (L)		FVC(L)		PaO <sub>2</sub> (mm Hg)		PaCO <sub>2</sub> (mm Hg)		SaO <sub>2</sub> (%)	
		入组时	干预 2 个月后	入组时	干预 2 个月后	入组时	干预 2 个月后	入组时	干预 2 个月后	入组时	干预 2 个月后
对照组	47	1.54±0.30	2.48±0.46*	1.81±0.36	2.67±0.53*	71.71±4.63	84.30±5.10*	53.45±3.79	45.60±2.71*	83.32±3.25	89.65±2.43*
观察组	47	1.61±0.34	3.09±0.53*	1.85±0.42	3.70±0.65*	71.80±4.74	92.33±5.46*	54.02±3.86	39.35±1.86*	83.40±3.32	95.65±2.58*
<i>t</i>		1.058	5.959	0.496	8.419	0.093	7.368	0.722	13.036	0.118	11.606
<i>P</i>		0.293	<0.001	0.621	<0.001	0.926	<0.001	0.472	<0.001	0.906	<0.001

注:与同组入组时进行比较,\**P*<0.05;1 mm Hg≈0.133 kPa。

表 3 两组排痰量和痰液黏稠度对比

[n( % )]

组别	例数	排痰量			痰液黏稠度		
		少量	中量	大量	I 度	II 度	III 度
对照组	47	12 (25.53)	25 (53.19)	10 (21.28)	15 (31.91)	19 (40.43)	13 (27.66)
观察组	47	3 (6.38)	18 (38.30)	26 (55.32)	29 (61.70)	14 (29.79)	4 (8.51)
$z$			13.651			9.977	
$P$			<0.001			0.007	

表 4 两组坠积性肺炎发生率对比

[n( % )]

组别	例数	坠积性肺炎
对照组	47	10 (21.28)
观察组	47	2 (4.26)
$\chi^2$		6.114
$P$		0.013

#### 2.4 两组患者满意度对比

观察组总满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组患者满意度对比

[n( % )]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	47	12 (25.53)	24 (51.06)	11 (23.40)	36 (76.60)
观察组	47	26 (55.32)	19 (40.43)	2 (4.26)	45 (95.74)
$\chi^2$					7.231
$P$					0.007

### 3 讨论

坠积性肺炎发病隐匿, 且其症状表现与一般肺炎相似, 因此临床易出现误诊情况<sup>[4]</sup>。长期卧床老年患者由于合并的基础疾病多, 机体抵抗力与免疫力较差, 加上活动少、胸廓活动度小, 容易因分泌物阻塞、蓄积在肺部而导致坠积性肺炎发生, 会减弱患者的呼吸功能, 对其生命健康产生严重影响<sup>[5-6]</sup>。基于此, 临床应加强对长期卧床老年患者坠积性肺炎的预防工作。

#### 3.1 预防性护理对肺功能与血气分析指标的影响

本研究数据显示, 经过干预后, 观察组患者的  $FEV_1$ 、 $FVC$ 、 $PaO_2$ 、 $SaO_2$ 、 $PaCO_2$  均得到了显著改善, 均优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 较好地表明了通过预防性护理可有效改善患者的肺功能, 调节血气分析指标。这是因为预防性护理中通过呼吸肌功能训练能够增强膈肌力量, 有助于肺通气以及呼吸效率的改善, 并可调动免疫系统应急能力, 促进患者免疫功能增强与体质改善, 有助于肺功能的恢复<sup>[7-8]</sup>。同时加强排痰干预有助于保持呼吸道畅通, 因此可改善呼吸状况。

#### 3.2 预防性护理对排痰量和痰液黏稠度的影响

本研究结果显示, 与对照组相比, 观察组的排痰量更多, 痰液黏稠度更低 ( $P < 0.05$ ), 表明了预防性护理的排痰效果显著。这是因为通过调整体位、引流操作配合叩背有助于附着在肺泡周围、气管内的痰液松动脱落, 能够更好地促进痰液排出<sup>[9-10]</sup>。且排痰干预能够有效解决痰液黏稠、咳嗽反射减弱或消失, 患者难以排出痰液的问题<sup>[11]</sup>。

#### 3.3 预防性护理对降低坠积性肺炎发生率的影响

本研究结果显示, 与对照组相比, 观察组的坠积性肺炎

发生比例低 ( $P < 0.05$ ), 提示预防性护理在预防坠积性肺炎发生方面具有明显优势。这是因为通过体位引流干预有助于引流以及维持肺通气功能, 促使气道通畅<sup>[12]</sup>。通过强化口腔护理可提升口腔卫生条件, 减轻肺部感染风险。通过加强饮食干预在提升其机体抵抗力的同时, 可避免发生呛咳、误吸等情况, 进而可预防坠积性肺炎的发生<sup>[13]</sup>。另外, 振动排痰能够在提升排痰效果的同时提升工作效率, 更有助于患者肺通气和肺换气功能的改善, 能够增加排痰量, 降低坠积性肺炎发生风险。

#### 3.4 预防性护理对患者满意度的影响

本研究在常规护理基础上所实施的预防性护理, 先通过健康宣教和心理干预能够增强患者及其家属对坠积性肺炎的风险意识, 提高其认知水平, 并通过积极的心理干预可提升其配合度, 有助于护理干预的顺利进行。再从体位、强化口腔护理以及饮食干预、呼吸肌功能训练、排痰等方面入手, 能够有效排出痰液, 降低坠积性肺炎发生率, 减轻患者的痛苦。因此观察组患者满意度更高 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 预防性护理的实施对于避免或减少长期卧床老年患者坠积性肺炎的发生具有良好效果, 可提升排痰效果, 且能够有效改善肺功能、血气指标。但本研究仍存在不足之处, 未能进一步分析预防性护理在预防长期卧床患者其他并发症发生中的效果, 故需要在今后的研究中针对上述不足进行探讨。

#### 参考文献

- [1] 陈慧玲, 张媛, 徐敏, 等. 医养结合机构老年坠积性肺炎患者多重耐药菌分布及感染的危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(16): 3425-3427.
- [2] 曹桂花, 郭建斌, 薛明涛, 等. 高龄老年患者隐匿性肺炎的临床特点及危险因素分析[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(6): 640-643.
- [3] 齐艳欣. 预防性护理干预对长期卧床患者坠积性肺炎发生的影响分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(14): 2514-2515.
- [4] 谢朝云, 陈品奇, 何先游, 等. 老年骨折患者并发坠积性肺炎相关因素 logistic 回归分析[J]. 中华保健医学杂志, 2019, 21(5): 421-423.
- [5] 张辰浩, 高丽霓, 刘冠男, 等. 温肺祛痰方对中风卧床合并坠积性肺炎患者排痰困难的影响[J]. 吉林中医药, 2020, 40(7): 907-909.
- [6] 顾云娟, 张晓梅, 和顺群. 循经按摩对预防老年卧床患者坠积性肺炎的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(10): 88-89.
- [7] 都雪娇. 老年长期卧床患者采取呼吸肌训练结合振动排痰预防坠积性肺炎的意义观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(23): 238-240.
- [8] 郑虹. 呼吸肌训练结合振动排痰预防老年患者坠积性肺炎的效果观察[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(3): 29-31.
- [9] 吴语风, 马春华. 体位管理对长期卧床高龄老人预防坠积性肺炎的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(11): 1859-1861.

[10] 陈燕珊, 陈露红, 文美珠. 改良式体位引流联合强化口腔护理在预防坠积性肺炎中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(23): 85-87.

[11] 陈丽丽, 杜超, 陈肖安. 持续氧气驱动雾化吸入预防老年卧床患者坠积性肺炎的效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28(32): 65-68.

[12] 杨秀英. 长期卧床老年患者坠积性肺炎的预防性护理[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(20): 155-156.

[13] 黄丽霞, 蓝静, 陈燕珊, 等. 预防性护理减少坠积性肺炎发生的临床观察[J]. 岭南现代临床外科, 2018, 18(3): 364-366, 封3.

## 多学科协作延续护理干预在老年结直肠癌患者中的应用研究

金银凤 马树志

(聊城市人民医院胃肠外科, 山东 聊城, 252000)

**摘要:**目的 分析结直肠癌老年患者中多学科协作延续护理干预的应用效果。方法 选取 2020 年 1 月—2022 年 4 月聊城市人民医院收治的 100 例结直肠癌老年患者, 按照随机数表法将患者分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组行常规护理, 观察组行多学科协作延续护理干预, 比较两组护理前后焦虑、抑郁评分以及血管内皮生长因子水平、免疫细胞水平及生活质量。结果 护理后, 观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 护理后, 观察组血清碱性成纤维细胞生长因子 (bFGF)、血管内皮生长因子 A (VEGF-A) 水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 护理后, 观察组自然杀伤细胞 (NK)、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$  水平均高于对照组,  $CD8^+$  水平低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 护理后, 观察组精力、生理功能、躯体疼痛、生理职能、社会功能、精神健康、情感职能、总体健康均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 结直肠癌老年患者中应用多学科协作延续护理干预, 有助于提升患者免疫水平, 可以改善患者负面情绪和生活质量, 阻止病情进一步发展, 值得临床应用。

**关键词:** 结直肠癌; 多学科协作; 延续护理干预; 生活质量; 心理状态; 血管内皮生长因子

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-08-0101-04

大肠癌含直肠癌、结肠癌, 属于高发消化道恶性肿瘤, 好发于直肠、乙状结肠和齿状线交接部位, 患者多集中于中老年群体, 发病率仅低于胃癌, 在癌症病死率中排名第三, 患病原因与遗传、生活环境、饮食习惯等多种因素有关。特别是老年群体, 随着年龄增加, 免疫力、抵抗力下降, 生理功能退化, 患者在化疗或手术治疗后, 容易发生恶心、呕吐、疼痛、骨髓抑制、手足综合征等并发症, 还会影响患者心理健康, 产生焦虑、抑郁等负面情绪, 影响预后效果。研究表明, 结直肠癌老年患者在治疗期间加强护理干预可提升治疗效果, 但常规护理无法兼顾患者心理状态, 患者自理能力差, 并发症多, 护理效果不佳<sup>[1]</sup>。近年来, 多学科协作延续护理干预兴起并在临床广泛应用, 该护理模式结合主治医师、护理人员、心理医师、营养师、家属等多方面建议, 对不同患者进行针对性护理, 将患者作为护理中心, 提高护理全面性、专业性。本研究选取聊城市人民医院收治的 100 例结直肠癌患者, 探究不同护理方法对结直肠癌患者的效果, 现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月—2022 年 4 月聊城市人民医院收治的

100 例结直肠癌老年患者作为研究对象, 按照随机数表法将其分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组男 27 例, 女 23 例; 年龄 64 ~ 78 岁, 平均年龄 (71.01 ± 4.62) 岁; 病程 1 ~ 2 年, 平均病程 (1.53 ± 0.61) 年; 左半结肠癌 16 例, 右半结肠癌 18 例, 直肠癌 16 例; 病理分期: I 期 20 例, II 期 17 例, III 期 13 例。观察组男 25 例, 女 25 例; 年龄 62 ~ 79 岁, 平均年龄 (70.53 ± 4.21) 岁; 病程 1 ~ 3 年, 平均病程 (2.02 ± 0.72) 年; 左半结肠癌 15 例, 右半结肠癌 17 例, 直肠癌 18 例; 病理分期: I 期 21 例, II 期 16 例, III 期 13 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。患者及家属对研究知情同意, 自愿签署知情同意书。本研究经聊城市人民医院医学伦理委员会审核批准。

#### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《中国结直肠癌诊疗规范 (2017 年版)》<sup>[2]</sup> 相关诊断标准, 均确诊为结直肠癌者; ②年龄 > 60 周岁; ③个人资料齐全者。

排除标准: ①合并免疫系统疾病、心脏病、肝肾疾病、肺疾病及其他恶性肿瘤疾病者; ②使用糖皮质激素、免疫抑制剂、有胃肠道化疗史者; ③意识障碍、视听障碍、认知障碍者; ④有精神疾病者; ⑤中途退出研究者, 严重不依从者。

**作者简介:** 金银凤 (1987—), 女, 汉族, 籍贯: 山东省聊城市, 本科, 主管护师, 研究方向: 外科护理学。