

强化气道护理对脑外科气管切开患者坠积性肺炎的影响

闫妍

(石家庄市人民医院 河北石家庄 050000)

摘要:目的:分析脑外科病人气管切开后的气道护理干预措施及效果。方法:择取 2021 年 2 月-2022 年间本院脑外科收治的 66 例病人进行分组研究,随机分组,对照组 33 例,给予常规护理,观察组 33 例,强化气道护理,对比两组患者的痰痂形成情况、排痰量、坠积性肺炎发生情况等。结果:护理后观察组患者的排痰量均明显多于对照组, $P < 0.05$;痰痂形成率为 3.03%,对照组为 24.24%,观察组明显低于对照组, $P < 0.05$;观察组坠积性肺炎发生率为 3.03%,对照组为 27.27%, $P < 0.05$ 。结论:加强脑外科气管切开患者气道护理科改善病人痰液排出情况,降低坠积性肺炎发生率。

关键词:坠积性肺炎;脑外科;起卧护理;气管切开;护理措施

坠积性肺炎是脑外科气管切开患者的危险并发症,影响患者预后,增加病人死亡率,加强病人气管切开后气道护理十分必要。笔者以针对 66 例患者进行的分组研究为例,分析强化气道护理应用于脑外科气管切开患者的价值,详情如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究中共纳入研究对象 66 例,均为 2021 年 2 月-2022 年间在本院脑外科接受治疗的患者,按照患者就诊时间随机分组。对照组 33 例,其中男性患者 14 例,女性患者 19 例,年龄 24-72 岁,平均年龄 (44.23 ± 9.05) 岁,评分 3-8 分,平均 (4.14 ± 0.32) 分,气管切开时间 8-14 天,平均 (11.03 ± 2.43) 天。观察组 33 例,其中男性患者 16 例,女性患者 17 例,年龄 22-70 岁,平均年龄 (43.11 ± 7.43) 岁,评分 3-8 分,平均 (4.25 ± 0.42) 分,气管切开时间 9-15 天,平均 (10.33 ± 2.58) 天。两组一般信息无明显差异,存在可比性。

1.2 方法

对照组患者治疗期间给予常规护理干预,主要包含健康宣教、环境护理、疾病监测、饮食指导、套管护理等。同时根据患者和家属需求予以相应的护理干预,所有操作流程均按照标准护理程序进行^[1]。

观察组患者治疗期间在常规护理的基础上强化气道护理,主要措施有:①加强体位护理:切开气管后,在不对患者造成影响的基础上抬高床头,以 $30^\circ - 45^\circ$ 角为宜,帮助改善病人通气,增加气道供氧量,同时可以避免患者发生呕吐误吸事件。为患者建立翻身卡,每 2-3 小时翻身、扣背一次,定时帮助患者翻身。扣背时取患者侧卧体位,采用成人常用固定模式进行,方式应由

外向内,由下向上进行,每天扣背 3 次,每次扣背 3-5 分钟^[2]。同时,使用镇痛排痰仪促进排痰。②气道湿化改良:密切关注病人痰液分泌量及形状变化,掌握痰液粘稠度。一旦湿化操作不足或不及时,极易引起痰液结痂,难以吸出。相反,若过多进行湿化处理,将会稀化痰液,增加痰液量,引发肺部湿罗音。对此,科室进行气道雾化吸入装置改良处理,运用生理盐水(浓度:0.45%)持续性滴入雾化器中,确保雾化治疗微量、持续进行,并结合病人痰液量改变情况及肺部体征变化调节雾化量。③加强气管切口护理:使用碘伏溶液进行创口消毒,浓度为 0.5%。保持切口敷料干燥、清洁,及时更换被污染的敷料。结合病人颈部肿胀程度及时调节系带松紧程度,以免过于松动造成管道滑落,或过于紧绷造成患者不适感。④加强口腔护理:依据病人口腔中的 PH 水平选择合适的护理液,每日进行两次口腔护理。条件允许时,可使用吸引式软牙刷帮助昏迷者清理口腔,以避免发生坠积性肺炎。⑤加强吸痰护理:吸痰是气管切开患者的重要气道护理措施,吸痰应做到适时、及时有效。严格把握吸痰指征,掌握吸痰“必要时”,确保动作轻柔,坚持无菌操作,每次吸痰时间控制在 15 秒内。吸痰后给予 3 分钟高浓度吸氧,以免发生阵发性咳嗽,引起血压下降或诱发低血氧证^[3]。

1.3 入选标准

纳入标准:患者经头颅 CT 检查确定符合相关疾病的诊断标准,脑外科出血,CGS 评分低于 8 分;患者无腹腔大出血或胸腔大出血症状;血及家属知情同意,并签署知情同意书;患者无手术禁忌证,均采用手术方式治疗;术中切开气管,但未进行机械通气治疗。

排除标准:合并严重感染或休克的患者;合并严重肝、心、

肾等脏器性疾病患者和合并脑肿瘤患者；术后 3 天内死亡或气管切开后 7 天的病人；具有气管切开史的患者。

1.4 统计学分析

SPSS18.0 统计学软件处理研究数据，采用卡方和 t 检验，以 $\alpha = 0.05$ 为检验标准， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 患者排痰量

护理后第 2 天、第 4 天、第 6 天观察组患者的排痰量均明显多于对照组，组间差异明显， $P < 0.05$ ，详见表 1。

表 1 两组患者排痰量比较 ($\bar{X} \pm s$)

分组	病例	第 2 天	第 4 天	第 6 天
观察组	33	19.16 ± 1.09	15.31 ± 1.70	10.38 ± 1.19
对照组	33	14.16 ± 1.48	10.39 ± 1.28	8.90 ± 1.62
t	-	8.0559	11.4527	9.0796
P	-	0.0011	0.0001	0.0000

2.2 患者痰液黏度及痰痂形成情况

观察组患者痰液黏稠度低于对照组，痰痂形成率为 3.03%，对照组为 24.24%，观察组明显低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2 两组患者痰液黏度及痰痂形成情况比较 (n,%)

分组	病例	I 度	II 度	III 度	痰痂
观察组	33	19 (57.58)	11 (33.33)	3 (9.09)	1 (3.03)
对照组	33	8 (24.24)	16 (48.48)	9 (27.27)	8 (24.24)

X ²	-	4.7956	5.8554	6.7855	7.0655
P	-	0.0002	0.0000	0.0011	0.0001

2.3 坠积性肺炎发生率

观察组中 1 例患者发生坠积性肺炎，发生率为 3.03%，对照组中 9 例患者发生坠积性肺炎，发生率为 27.27%， $P < 0.05$ 。

3. 讨论

脑外科收治病人通常合并呼吸功能减退或意识障碍，气管切开手术能够迅速建立通气机制，维持患者呼吸。但是这种创伤性的操作是建立在破坏机体生理屏障的基础之上的，且坠积性肺炎主要表现为混合型感染，治疗难度大，对患者预后具有重要影响。

对脑外科气管切开患者进行积极的气道护理十分必要，结合病人实际情况辅助翻身、扣背，加强口腔护理和切口护理，科学排痰，改善气道湿化方式等均可有效促进痰液形状改变和排出，降低坠积性肺炎发生率。

参考文献：

- [1]袁景红,黄小琼,张凯航,等. 集束化气道护理在脑梗塞预防坠积性肺炎的应用研究[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(4):647-649.
- [2]杨晓苹. 精细化气道管理在颅脑外伤合并坠积性肺炎患者中的管理效果及对管理质量的影响研究[J]. 家庭医药. 就医选药,2020(9):241.
- [3]郭云静. 强化气道护理对脑外科气管切开患者坠积性肺炎的影响观察[J]. 母婴世界,2018(14):201.