

责任制整体护理在老年重症肺炎患者护理中的研究

杨杰

隆化县医院，河北承德，068150；

摘要：目的：分析讨论责任制整体护理在老年重症肺炎患者护理中的应用效果。方法：选择我院 2022.01-2023.12 所接收的 80 例老年重症肺炎患者为研究对象，平均分为观察组（责任制整体护理）与对照组（常规护理），将两组护理前后血清炎症因子水平与呼吸力学指标、肺功能以及心理状况进行比较。结果：观察组血清炎症因子水平[白细胞介素-6 为 (3.12 ± 0.98) ，白细胞介素-8 为 (5.68 ± 1.79) ，血清肿瘤坏死因子为 (18.42 ± 4.15)] 比对照组低 ($P < 0.05$)；观察组呼吸力学指标[气道阻力为 (9.12 ± 1.98) cmH₂O/(L·s)，呼吸做功为 (0.34 ± 0.12) J/L，动态顺应性为 (35.25 ± 5.01) mL/cmH₂O] 改善度比对照组高 ($P < 0.05$)；观察组肺功能 $(84.92 \pm 8.72、86.31 \pm 3.24、76.55 \pm 7.14)$ 高于对照组 ($P < 0.05$)；观察组心理状况 $(33.6 \pm 2.1、40.32 \pm 4.43)$ 比对照组好 ($P < 0.05$)。结论：责任制整体护理在老年重症肺炎患者护理中的应用效果明显，值得广泛推广与应用。

关键词：责任制；整体护理；老年重症肺炎；护理效果

DOI:10.69979/3029-2808.24.5.014

肺炎是否严重取决于局部炎症的程度以及肺炎的扩散和身体全身的炎症反应。如果肺炎患者患有严重缺氧或急性呼吸衰竭，需要通气支持，或有心力衰竭迹象，如低血压或其他器官紊乱，则可被视为重症型肺炎^[1]。有效将痰液排出来是清洁患者呼吸道和确保通气功能的基础。然而，在重症肺炎期间，由于吸氧、药物和体力活动等因素，患者呼吸道中的炎症性分泌物可能会导致痰分离功能的逐渐紊乱^[2]。患者治疗过程中会出现一定的焦虑、急躁、抵触等负面情绪，降低患者的依从性与配合度，影响到患者治疗效果，因此在治疗中辅以有效的护理干预，使患者放松心情配合治疗是很有必要的。责任制整体护理是一种针对此类疾病患者的新型临床护理，相对系统，通过确定护理人员的责任感，实现了护理的全面性，满足患者的护理需求，促进康复^[3]。本文即为了分析讨论责任制整体护理在老年重症肺炎患者护理中的应用效果，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究以医院 2022.01-2023.12 所接收的 80 例老年重症肺炎患者为研究对象，平均分为观察组（男 21 例，女 19 例，年龄 65~85 岁，平均 (76.2 ± 14.31) 岁）与对照组（男 22 例，女 18 例，年龄 65~86 岁，平均 (75.5 ± 15.34) 岁），一般资料无统计学意义 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组为常规护理：根据经验对患者进行病情评估，辅助呼吸道分泌物清洁，记录病情变化等。

1.2.2 观察组

观察组为责任制整体护理：①组建护理团队，建立一支责任制整体护理护理团队，由护士长、专科护士与普通护理组成。加强对护理人员的培训，丰富其专业技能和知识，并讲解常见的事故及应对措施，使护理人员在实际工作中能够冷静地处理突发事件，防止因知识不足而造成严重后果。②气道湿化护理，在护士的工作中，必须使用特殊的喷雾器进行无菌注水，以便连续穿透气管支架的呼吸道或用于高流量的穿透呼吸。高流量呼吸过滤器可合理控制温度和湿度，通过频率交换自动调节热量，确保气体温度和湿度效果。③通气护理，提前与患者及其家人沟通，解释通气的目的、效果和并发症，消除患者的恐惧。在整个通气过程中应密切监测患者的生命体征，如意识和状态。在操作之前，必须停止所有管道以防止回流。改变位置后，管道应在适当的时间释放，以保持其畅通。④机械振动排痰仪辅助排痰护理，根据患者的体重和年龄，选择不同的振动频率，调整松紧程度，一根手指的宽度最好。责任护士和家庭成员共同努力，为患者选择合适的姿势：坐或躺下，让患者感到舒适。⑤腹式呼吸训练，责任护士将清除患者的呼吸道所分泌的液体，保持开放的呼吸道，将患者转移到半坐体位。慢慢地用嘴呼吸保持三秒钟。呼气时使腹部肌肉压缩并感受隔膜向上推。呼气时，保持最小范围的锻

炼或轻度活动，早上和晚上各开展 10 次。⑥目标激励，在所有阶段设定目标，评估患者完成进展，表扬那些做得更好的患者，对于没有完成目标的患者，帮助其总结原因，并鼓励他们继续努力。⑦饮食指导，护理团队为患者列出合适的水果和蔬菜，教他们识别饮食中的风险因素，防止生冷辣和高脂肪食物诱发呼吸道刺激。监督患者在进食过程中遵循少吃多餐、定时进食、仔细咀嚼、慢慢吞咽的原则。⑧人文关怀，积极告知患者医务人员资料，使患者能够快速识别这些人，并避免因医务人员身份不明而感到孤独。护士在与患者沟通沟通的过程中，要保持积极的心态，使患者能够快速适应医院环境，最大限度地消除不确定性，形成稳定可靠的心理感受，把患者感受放在第一位。⑨出院随访，在出院当天，医务人员和护士共同制定出院和康复计划，实施出院培训和满意度评估。在一周后通过电话监控跟踪患者的家庭康复准备情况，并提供高质量的康复服务，将医疗服务与患者护理相结合。

1.3 观察指标

①血清炎症因子水平：白细胞介素-6、白细胞介素-8、血清肿瘤坏死因子。②呼吸力学指标：气道阻力、呼吸做功、动态顺应性。③肺功能指标。④心理状况：抑郁自评量表（SDS）与焦虑自评量表（SAS）。

1.4 统计学方法

SPSS 23.0 软件对所统计的研究数据进行处理和分析，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ），t 检验，计数资料（%）， χ^2 检验。 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 血清炎症因子水平

护理前：观察组白细胞介素-6 为（ 8.64 ± 1.37 ），白细胞介素-8 为（ 14.54 ± 3.85 ），血清肿瘤坏死因子为（ 30.41 ± 5.26 ）；对照组白细胞介素-6 为（ 8.92 ± 2.14 ），白细胞介素-8 为（ 13.16 ± 3.69 ），血清肿瘤坏死因子为（ 31.92 ± 6.23 ），护理前无可比性（ $P > 0.05$ ）。护理后：观察组白细胞介素-6 为（ 3.12 ± 0.98 ），白细胞介素-8 为（ 5.68 ± 1.79 ），血清肿瘤坏死因子为（ 18.42 ± 4.15 ）；对照组白细胞介素-6 为（ 5.32 ± 1.57 ），白细胞介素-8 为（ 8.12 ± 2.24 ），血清肿瘤坏死因子为（ 24.13 ± 3.19 ），护理后观察组血清炎症因子水平比

对照组低（ $P < 0.05$ ）。

2.2 呼吸力学指标

护理前：观察组气道阻力为（ 15.41 ± 2.71 ）cmH₂O/（L·s），呼吸做功为（ 0.98 ± 0.52 ）J/L，动态顺应性为（ 23.15 ± 3.48 ）mL/cmH₂O；对照组气道阻力为（ 14.29 ± 3.51 ）cmH₂O/（L·s），呼吸做功为（ 0.97 ± 0.91 ）J/L，动态顺应性为（ 23.04 ± 3.78 ）mL/cmH₂O，护理前无可比性（ $P > 0.05$ ）。护理后：观察组气道阻力为（ 9.12 ± 1.98 ）cmH₂O/（L·s），呼吸做功为（ 0.34 ± 0.12 ）J/L，动态顺应性为（ 35.25 ± 5.01 ）mL/cmH₂O；对照组气道阻力为（ 12.31 ± 3.51 ）cmH₂O/（L·s），呼吸做功为（ 0.57 ± 0.16 ）J/L，动态顺应性为（ 27.2 ± 4.46 ）mL/cmH₂O，护理后观察组呼吸力学指标改善度比对照组高（ $P < 0.05$ ）。

2.3 肺功能

护理前：观察组血氧分压（ 60.49 ± 6.28 ）P/kPa，第一秒用力呼吸容积（ 65.07 ± 4.67 ）mL，用力肺活量（ 62.84 ± 6.15 ）L；对照组血氧分压（ 61.13 ± 6.34 ）P/kPa，第一秒用力呼吸容积（ 66.75 ± 5.58 ）mL，用力肺活量（ 61.46 ± 5.27 ）L，护理前（ $P > 0.05$ ）。护理后：观察组血氧分压（ 84.92 ± 8.72 ）P/kPa，第一秒用力呼吸容积（ 86.31 ± 3.24 ）mL，用力肺活量（ 76.55 ± 7.14 ）L；对照组血氧分压（ 71.26 ± 8.41 ）P/kPa，第一秒用力呼吸容积（ 73.07 ± 3.64 ）mL，用力肺活量（ 67.54 ± 5.47 ）L，护理后观察组肺功能各指标高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

2.4 心理状况

护理前：观察组 SDS 评分（ 65.5 ± 4.3 ）分，SAS 评分（ 55.25 ± 4.14 ）分；对照组 SDS 评分（ 65.4 ± 2.2 ）分，SAS 评分（ 55.83 ± 4.53 ）分，护理前（ $P > 0.05$ ）。护理后：观察组 SDS 评分（ 33.6 ± 2.1 ）分，SAS 评分（ 40.32 ± 4.43 ）分；对照组 SDS 评分（ 43.1 ± 3.6 ）分，SAS 评分（ 48.43 ± 4.15 ）分，护理后观察组心理状况比对照组好（ $P < 0.05$ ）。

3 讨论

重症肺炎可表现为呼吸衰竭，伴有神经症状，包括但不限于精神疲劳、疲劳或疼痛。患者可能会经历无意识抽搐，导致脑损伤^[4]。严重肺炎通常涉及血液循环系

统,导致偶尔和周围的周期性故障。在临床实践中治疗这种疾病通常需要机械通气,以实现症状的快速缓解,提高患者的氧合能力^[5]。对老年重症肺炎有效的护理实施具有显著的效果,可以减少肺部感染症状并促进肺功能的恢复。

常规的护理开展时会比较单薄,措施没有那么多,想要长时间都达到护理目的比较困难。责任制整体护理是一种临床干预,通过将护理人员工作职责明确,制定护理流程,旨在促进肺组织的恢复。有针对性的护理活动,如导管引流和排痰辅助等,可以适当去除肺部支气管炎各级炎症和感染引起的大量痰,以防止炎症物质进一步转移到肺部组织的痰中,从而达到预防炎症的护理目的^[6]。在患者接受治疗后,对患者进行全面和详细的评估。内容包括患者痰分泌、咳嗽效果、抑制耐受性、意识水平、呼吸衰竭和吞咽障碍。许多研究表明,患者在咳嗽峰值速度低于 60 升/分钟时,渗出成功率降低;当峰值吸收速度超过 40l/min 时,患者渗出率增加^[7]。同时,加强医疗技术合作,制定患者肺康复计划,最大限度地恢复肺功能,为首次渗漏做好准备。肺部康复护理通过加强气温控制管理,我们可以避免异物或因缓解不足而排出的障碍物,避免因过度缓解而干扰和增强呼吸阻力,并尽可能确保呼吸道畅通^[8]。适当的呼吸训练可以提高身体呼吸肌肉的耐性与力量和协调,从而增加胸部的运动和呼吸功能,改善身体的心血管功能。机械振动排痰仪在患者身体上由两个不同的方向振动,引起震颤和敲击,以平息炎症物质,松懈痰液和粘液^[9]。通过向同一方向进行震颤和敲击,方法下使深肺中的痰液排出来,愈合血液循环,增加患者舒适感。可以增加胸腔液体和炎症液体的排放,降低肺部肿胀和炎症反应,并有助于提高氧合和通气的效率。从呼吸功能的角度进行胸腔部位训练可以帮助患者正确调整呼吸时间。在此基础上,结合人工肺充气技术,可以延长自己的呼吸保留时间,以确保正常的呼吸平衡。根据研究结果可见,观察组血清炎症因子水平比对照组低,呼吸力学指标与

肺功能改善度比对照组高,且观察组心理状况比对照组好,说明研究所实施的护理效果好,对患者治疗效果方面起着重要作用。

综上所述,责任制整体护理在老年重症肺炎患者护理中具有积极影响,有重要应用价值。

参考文献

- [1]郭文雨,陈钊颖,薛晋茹.关于细节护理在老年重症呼吸机相关性肺炎患者中的应用效果研究[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(3):0151-0154.
- [2]张琳.基于人文关怀的优质护理在老年重症肺炎患者中的应用[J].当代医药论丛,2024,22(18):184-186.
- [3]祁妍.责任制整体护理在老年患者脑血管疾病康复中的效果分析[J].中国科技期刊数据库 医药,2024(6):0124-0127.
- [4]徐晶晶.精细化护理在老年重症护理呼吸机相关性肺炎患者中的应用价值分析[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2024(3):0185-0188.
- [5]陈明明.FASTHUG 集束化管理模式在老年重症肺炎患者肺康复护理中的应用[J].中外医药研究,2024,3(18):87-89.
- [6]乔孟琳,靳胜燕,王丽娟,等.责任制整体护理干预在食管癌放化疗患者中的应用效果观察[J].实用中西医结合临床,2024,24(10):117-120.
- [7]蒋月红.责任制整体护理在内镜下治疗急性上消化道出血患者中的效果[J].现代诊断与治疗,2024,35(7):1104-1106.
- [8]匡柳冬.责任制整体护理方案在布地奈德雾化吸入治疗小儿支气管肺炎中的应用效果[J].基层医学论坛,2024,28(20):88-9094.
- [9]李柯枝.老年重症肺炎患者采用责任制整体护理的应用效果观察[J].每周文摘·养老周刊,2023(1):93-95.