

探讨优质护理在肺炎护理中的效果

文 / 段伟伟

【摘要】目的：分析肺炎患者采用优质护理的效果。方法：取2021年3月至2022年12月收治的90例肺炎患者，分为两组。对照组实行常规护理，观察组实行优质护理。对比肺功能、凝血指标、心理状态等情况。结果：较之对照组，观察组肺功能、心理弹性、生活质量均高（ $P < 0.05$ ），凝血指标、心理状态均低（ $P < 0.05$ ）。结论：对于肺炎患者实行优质护理，效果更加理想，安全性高，价值明显，不仅能保护肺功能，还能消除不良心态，提高生活水平，值得推广。

【关键词】优质护理；肺炎；肺功能；凝血功能；心理弹性；负性情绪；生活质量

肺炎是常见的一种呼吸系统疾病，症状很明显，大部分患者都伴有发热、咳嗽等表现，严重者通气功能会受到影响，出现呼吸困难情况^[1]。肺炎可分为慢性、急性两种，前者在临床上比较多见，一旦发病就会影响其日常生活^[2]。慢性肺炎发病位置在肺间质、肺泡等，其会影响消化、循环系统，对其他器官组织造成威胁，严重患者会出现器官功能衰竭^[3]。目前治疗以药物控制为主，但受一系列因素影响，治疗效果不太理想，这就需要采取护理措施，改善预后^[4]。一般选择的常规护理过于单一，存在一定局限性，改善作用不强^[5]。优质护理则为全方面护理措施，可以让患者在良好环境下保持最好状态接受治疗，加快疾病康复^[6]。对此，本文选用优质护理干预，并分析其效果与价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

时间：2021年3月至2022年12月；选90例肺炎患者，抽签法分为两组，各45例。对照组男、女分别为25例、20例，年龄25~79岁，平均（ 52.87 ± 3.18 ）岁；文凭：初

中及以下19例、高中16例、专科及以上10例。观察组男、女分别为26例、19例，年龄23~78岁，平均（ 52.61 ± 3.15 ）岁；文凭：初中及以下12例、高中14例、专科及以上19例。两组基本资料无差异（ $P > 0.05$ ），可对比。

纳入：（1）自愿参加研究；（2）已告诉家属本研究开展目的，经过衡量利弊后签字确认；（3）可以配合医护人员完成操作；（4）基本信息齐全；（5）能正常交流；（6）无意识障碍；（7）符合标准。排除：（1）存在致死性疾病；（2）阿尔兹海默症；（3）合并其他肺部疾病；（4）脏器严重障碍；（5）对治疗不耐受或过敏体质；（6）肺部外伤；（7）中途转院或退出；（8）精神障碍；（9）依从性极差。

1.2 方法

对照组实行常规护理：患者入院后予以准确评估，及时实行物理降温措施，以改善发热症状；把患者实际情况告诉给医生，遵医嘱用药治疗，包含止咳、消炎等药物。同时展开雾化护理，注意环境管理，及时消毒、清洁，病区应保持安静，普及疾病治疗相关知识，加深患者认知程度，纠正错误认知，主动配合操作，预防意外发生。

观察组实行优质护理。（1）心理：护理人员在全程工作期间，都要保持微笑和亲切的态度；首先与患者进行沟通，了解其实际心理状态，疏导其负面情绪，鼓励患者树立战胜病魔信心；耐心解答疾病相关问题，让患者更加了解疾病知识，从而消除认知不全面而产生的焦虑感。还可

【作者单位】大兴区人民医院

【作者简介】段伟伟（1989~），女，本科，护师，研究方向为肺炎。

表 1 肺功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	VC (ml)		VT (ml)		FEV1 (ml)		FEV1/FVC (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	3123.54±9.28	3348.61±13.52	724.82±5.67	798.18±8.71	2341.79±15.81	2973.54±13.28	32.34±2.45	45.92±2.55
观察组	45	3124.69±8.74	3789.45±15.68	726.64±6.09	869.58±10.17	2343.88±16.94	3683.69±18.56	32.59±2.47	72.93±3.74
t		0.605	142.835	1.467	35.770	0.605	208.741	0.482	40.028
P		0.547	0.000	0.146	0.000	0.547	0.000	0.631	0.000

表 2 凝血指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	Fbg (g/L)		aPTT (s)		D-D (mg/L)		PT (s)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	5.87±1.45	5.24±1.18	37.68±3.24	34.35±2.63	8.67±1.59	8.06±1.25	18.97±2.37	17.09±2.26
观察组	45	5.63±1.43	2.33±1.06	37.31±3.22	21.39±2.24	8.34±1.57	3.35±1.02	18.74±2.35	10.45±1.29
t		0.791	12.307	0.543	25.166	0.991	19.584	0.462	17.117
P		0.431	0.000	0.588	0.000	0.325	0.000	0.645	0.000

表 3 两组 POMS、CD-RISC 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	POMS				CD-RISC			
		抑郁		紧张		乐观		自强	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	10.65±1.54	7.34±1.28	8.67±1.38	5.36±1.12	5.12±1.04	6.97±1.39	17.12±2.14	20.26±2.38
观察组	45	10.33±1.52	3.25±1.06	8.35±1.36	2.07±0.88	5.37±1.06	9.56±1.55	17.38±2.17	27.98±2.45
t		0.992	16.509	1.108	15.495	1.129	8.345	0.572	15.162
P		0.324	0.000	0.271	0.000	0.262	0.000	0.569	0.000

通过电视节目、游戏、聊天等转移注意力,与其建立良好关系,避免刺激患者,进一步消除焦虑、抑郁情绪,提高配合度。(2)宣教:评估患者与家属疾病知识掌握程度以及病情需求的主次,识别存在的护理问题及风险,针对评估结果和医生展开交流沟通,在此基础上实行护理诊断,制定和实施护理宣教方案。在护士工作站放置“健康知识阅览架”,通过制作宣传页、画册、视频等方法,让患者与家属了解疾病和防护知识,尽快适应病区环境,提高生存能力,提升依从性。考虑患者文凭、理解能力、状态等,对其展开一对一宣教,并和家属保持交流;科内定期开设知识讲座,强调照护患者注意事项、如何帮助翻身拍背等,预防风险事件。(3)呼吸道:呼吸道护理极为重要,尤其是针对分泌物清除能力弱的患者,需加强呼吸道护理,避

免因痰液排出困难而造成呼吸困难情况。在具体护理期间,应该帮助患者变换体位并拍背,促使痰液排出;对于无法自主排痰的患者则采取吸痰处理,把口腔痰液吸除干净,并依据消毒要求完成各环节处理,控制吸痰时间,但是吸痰时间不能太长,否则会产生不适感以及感染现象。针对痰液黏稠患者需在吸痰前予以雾化措施,把痰液稀释之后再排出。(4)高热:每隔 4h 测定一次患者的体温水平,观察变化规律,注意面色、呼吸、出汗、脉搏等情况,查看皮肤有无干燥情况,保持卧床休息,减少机体耗能,注意保暖。为患者打造优质住院环境,发热患者比较怕光线,所以应拉上窗帘降低室内亮度,控制温度和湿度。高热患者唾液分泌较少,口腔处于干燥状态,容易引发口腔炎、黏膜溃疡等,所以在进食前后都需漱口,加强口腔护理,

表4 生活质量评分($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	社会功能		生理职能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	51.24±2.16	66.79±3.42	50.32±2.24	66.15±3.46
观察组	45	51.48±2.17	93.46±4.15	50.58±2.26	91.58±4.02
t		0.526	33.269	0.548	32.163
P		0.600	0.000	0.585	0.000

续表4

健康状态		心理职能		躯体功能	
护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
53.45±2.48	68.74±4.06	51.16±2.41	67.19±4.13	50.28±2.55	67.98±3.79
53.69±2.52	97.81±5.14	51.38±2.43	96.38±5.12	50.47±2.58	98.06±4.56
0.455	29.772	0.431	29.767	0.351	34.031
0.650	0.000	0.667	0.000	0.726	0.000

预防感染；对于口唇干裂情况则涂抹甘油保护，疱疹情况则涂抹消炎膏。当患者体温超过 38.6℃时，就实行物理降温，在头部放置冰袋或者实行温水、乙醇擦浴等降温，半小时后观察体温有无下降。退热期间若患者大量出汗，则应及时擦干汗液，更换掉床单被褥以及衣物；告诉患者多喝水，每日保持 2000ml 饮水量，必要时予以静脉补液。

(5) 用药：遵医嘱使用治疗药物，注意药物浓度、滴速、配伍禁忌等，观察患者用药反应。在使用红霉素药物时，滴注速度不能太快，药物浓度不可太高，否则会引起腹泻、注射位置疼痛等情况；青霉素药物使用前要询问过敏史；头孢和青霉素具有交叉过敏反应，所以要谨慎使用。另外，为患者普及用药知识，叮嘱其定时定点用药，不能私自调整药量和用药时间，避免影响疗效。(6) 呼吸功能训练：①缩唇式：取半坐位，用鼻子吸气后缩唇呼气，不能过度屏气，以舒适为宜，一般情况下呼吸频率为 1：2，这样能增加气道内压，提高血氧饱和度，预防气道过早关闭，提升肺泡通气量，减少残留气体量。②腹式：放松腹肌后用鼻子慢慢呼吸，掌握呼吸要领，维持肺泡通气量。

1.3 观察指标

(1) 测定肺功能指标，包含第 1s 用力呼气量 (FEV1)、肺活量 (VC)、潮气量 (VT)、FEV1/FVC (第 1s 用力呼气量 / 用力肺活量)^[7]。

(2) 使用全自动凝血分析仪器，检测 D 二聚体 (D-D)、活化部分凝血活酶时间 (aPTT)、纤维蛋白原 (Fbg)、凝血酶原时间 (PT)^[8]。

(3) 采取 POMS、CD-RISC 量表分别评估心理状态 (抑郁、紧张)、心理弹性 (自强、乐观) 水平^[9]。

(4) 采用 SF-36 量表，评定生活质量，包含社会功能、心理职能等，总分为 100 分^[10]。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、计数资料行 t 检验、 χ^2 检验对比。P<0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 肺功能指标

护理前两组肺功能指标对比无差异 (P>0.05)，护理后观察组水平均高 (P<0.05)。见表 1。

2.2 凝血指标

护理前两组凝血指标对比无差异 (P>0.05)，护理后观察组水平均低 (P<0.05)。见表 2。

2.3 POMS、CD-RISC 评分

护理前两组 POMS、CD-RISC 评分相比无差异 (P>0.05)，护理后观察组评分更优 (P<0.05)。见表 3。

2.4 生活质量

护理前两组生活质量比较无差异 (P>0.05)，护理后观

察组评分均较高 ($P<0.05$)。见表4。

3 讨论

肺炎常见表现为胸痛、咯血、发热等,诱发因素包含饮食、环境、疾病等等,若不及时采取治疗,就会加剧患者痛苦程度,甚至导致死亡^[11]。临床调查显示^[12],成人肺炎多为中老年群体,其在治疗和护理过程中缺乏积极主动性,加之病情变化快速,危险因素较多,所以要注重护理干预,辅助临床治疗,控制病情的发展。

常规护理是以病情观察、基础服务为主,注重病情控制,但会忽略心理变化,缺乏用药、饮食、宣教等方面的护理,导致护理效果不佳,且患者配合度低,无法确保治疗效果,存在的护理问题较多,这就容易引发纠纷事件,影响整体服务质量^[13]。

优质护理是近几年兴起的人性化护理模式,更加注重以人为本的服务,全面体现出人文关怀,促使护理更加系统化、专业、全面性,从而针对各种问题实行对应措施,更好改善病情^[14]。首先从心理护理入手,保证患者心情愉悦,稳定情绪,提高依从性,高效缓解临床症状,改善肺功能;其次展开健康宣教、呼吸道等护理,有效确保呼吸的通畅性,预防呼吸困难,减少并发症,缩短住院时间,提高生活质量;最后实行功能训练,可减轻不适感,加快病情康复^[15]。

本结果得出,观察组肺功能、凝血指标、生活质量等,均优于对照组 ($P<0.05$)。这就表明,优质护理能针对不同患者实施针对性干预,及时发现异常并予以处理,有效避免病情加重,保护肺功能组织,改变凝血指标,提高生活质量,做到专业、无缝隙、系统护理服务,进而提升护理质量,达到预期效果。

综上所述,对肺炎患者实行优质护理,效果更加理想,安全性高,价值明显,不仅能保护肺功能,还能消除不良心态,提高生活水平,值得推广。^[16]

【参考文献】

- [1] 黄雪琴,丘雪花,黄桥.集束化护理干预在降低呼吸机相关性肺炎发生率中的应用[J].中国实用医药,2019,14(22):150-151.
- [2] 张涵亮,徐红岩,唐子斌.依替米星联用其他抗菌

药对老年重症肺炎患者呼吸力学,血气指标及细胞因子水平的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(14):2981-2984.

- [3] 陆瑞.基于循证的集束化护理对ICU呼吸机相关性肺炎患者血气分析指标的影响[J].重庆医学,2022,51(1):331-333.

- [4] 李京,王玉峦,王美芹,等.不同侧卧位角度护理对老年重症肺炎患者呼吸指标的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(21):4545-4548.

- [5] 戴旭红,王丽文,陆展鹏.影响重症监护病房老年患者发生重症肺炎感染的风险模型构建及护理对策[J].中国消毒学杂志,2021,38(12):932-935.

- [6] 叶丹,王雁.新型冠状病毒肺炎疫情期间口腔科患儿基于信息化的优质护理管理策略[J].中华护理杂志,2020,2(1):282-283.

- [7] 吴艳.小儿支气管肺炎行头孢西丁治疗中给予优质护理服务的研究[J].沈阳药科大学学报,2021,38(1):23.

- [8] 张梦莹,胡雪晴,张浩,等.思维导图引导优质护理对肺炎支原体感染性大叶性肺炎患儿的干预效果[J].海南医学,2021,32(21):2853-2856.

- [9] 李秀丽,李红,夏彬.优质护理干预对老年吸入性肺炎患者的临床疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(3):4.

- [10] 王荣.优质护理在老年慢性肺炎患者中的应用效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(2):225-226.

- [11] 陈佰萍,符小玲,邓超,等.1M3S护理管理模式联合优化个体护理对ICU重症肺炎患者的临床疗效,APACHE II评分及不良并发症的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2022,17(2):239-242.

- [12] 崔红,于红,王小溪.以人文关怀为主的优质护理干预在老年重症肺炎患者中的应用效果[J].中国当代医药,2021,28(7):214-216.

- [13] 金璇,王妍,温晓彤.优质护理在老年重症肺炎患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(16):156-158.

- [14] 张金.优质护理干预在老年重症肺炎患者中的应用效果评价[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(4):417-418.

- [15] 朱银梅.优质护理在肺炎患者护理中的应用体会[J].吉林医学,2021,42(10):2531-2532.