

医护一体化模式下气道护理 对呼吸衰竭机械通气患者负性情绪及依从性影响

杨娟

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要：目的：探究呼吸衰竭机械通气患者接受医护一体化模式下气道护理效果。方法：取我院2021年6月至2023年5月收治的80例呼吸衰竭机械通气患者，随机数字表法分其对照组及观察组均40例。对照组常规护理，观察组医护一体化模式下气道护理。对比负性情绪、症状改善情况及依从性。结果：观察组HAMD、HAMA评分均低于对照组，差异显著（ $t=4.509$ 、 25.178 ， $P<0.05$ ）。观察组咳嗽消失时间、气促消失时间、哮鸣音消失时间和机械通气时间均低于对照组，差异显著（ $t=2.850$ 、 2.305 、 2.033 、 2.234 ， $P<0.05$ ）。观察组总依从率高于对照组，差异显著（ $\chi^2=5.165$ ， $P<0.05$ ）。结论：常规护理虽然能够减轻症状并改善患者负性情绪，但其作用效果局限。医护一体化模式下气道护理能够分别从多个维度发挥护理干预价值，不仅能够显著改善患者临床症状持续时间，而且还能够对患者负性情绪及依从性产生显著影响。

关键词：呼吸衰竭；机械通气；气道护理；医护一体化模式

呼吸衰竭是一种因呼吸系统疾病导致呼吸功能障碍的临床综合征，呼吸衰竭患者临床表现主要以二氧化碳潴留及缺氧为主，随病情进展至重度呼吸衰竭会显著增加不良事件发生，严重威胁患者生命安全^[1]。为避免病情进展诱发不良结局，临床常采用机械通气方法。机械通气是指通过建立气道口与机体肺泡间压力差促进肺泡动力，虽然能够在一定程度上降低呼吸功能并纠正酸碱失衡，但该干预措施应用效果会受到诸多因素影响。倘若机械通气期间配合护理措施不到位，不仅会极大增加呼吸机相关性肺炎发生率，而且还会进一步延长整体治疗时间。常规护理应用广泛但流程单一，具有一定局限性。医护一体化护理是指将医师、护士构建为护理小组，为患者提供风险识别、风险预防等多元化干预措施的护理手段。探究医护一体化模式下气道护理的临床应用效果具有重要研究意义，取我院2021年6月至2023年5月收治的80例呼吸衰竭机械通气患者，结果如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

取我院2021年6月至2023年5月收治的80例呼吸衰竭机械通气患者，随机数字表法分其对照组及观察组均40例。对照组男女21:19，平均（ 63.75 ± 4.29 ）岁。观察组男女23:17，平均（ 63.53 ± 4.18 ）岁。资料比较 $P>0.05$ ，可比。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：符合呼吸衰竭临床诊断标准^[2]；经心电图及肺功能检查确诊为护理衰竭；患者主诉存在心动过速及呼吸困难等症状；机械通气耐受；临床资料完整度 $\geq 95\%$ 。

排除标准：肝肾重度衰竭；恶性肿瘤；神经肌肉疾病；免疫功能障碍；凝血功能障碍；肢体功能障碍；

合并肺部感染；预计生存期 $< 90d$ 。

1.3 方法

1.3.1 对照组

患者入院后对其进行祛痰、抗感染干预。根据患者饮食偏好提供营养支持，每日进行气道湿化及吸痰护理。定期协助患者翻身并为其叩背，严格控制病房内人数。

1.3.2 观察组

（1）建立医护一体化模式下气道护理小组：由医师、副主任护师、危重症专科护士、人工气道患者科室护士及责任护士构建医护一体化模式下气道护理小组。副主任护师负责监督护理干预全流程实施效果，定期总结护理经验并调整后续护理策略。由医师、危重症专科护士、人工气道患者科室护士根据患者基本情况制定护理措施，所有人员均接受系统性培训，考核达标后进行护理工作。（2）制定个体化气道干预方案：患者入院后第一时间由医师评估病情，根据病情变化情况分析潜在风险隐患，制定个体化气道干预方案。同时从专业角度出发向患者介绍呼吸衰竭临床症状、注意事项以及并发症临床表现。（3）综合气道干预：①环境护理：护士每日对病房进行打扫清洁，使用含氯消毒剂清洁地面并对病床表面物体至少擦拭2次，对患者床旁高频接触物进行消毒。每日通风20~30min确保空气流动，通风期间注意病房温湿度控制。②呼吸机相关性肺炎预防：护士在患者气管插管机械通气期间要求其不可随意调整体位，避免身体对气管产生牵拉。要求患者保持平卧位，协助患者将上身抬高 30° 。每隔2~3h协助患者进行咳嗽、叩背、翻身等操作。如果患者自主咳嗽困难，通过震荡呼吸排痰及正压震动排痰促进呼吸道痰液排出。在排痰前由医师对其进行气道雾化干预，湿润呼吸道的

同时灭杀病原菌。③气体护理：机械通气期间密切监测气囊内压力，同时利用加热湿化器对输入氧气进行加湿加温处理，温度控制在 37℃，相对湿度为 100%。④口腔卫生护理：由护士负责对患者口腔日常清洁。协助患者刷牙，期间将头部偏向一侧并将通气管道挪至嘴角，棉球蘸取生理盐水对口舌牙清洁。⑤拔管护理：每日监测患者血压、心率及呼吸情况，若符合拔管指征则在拔管前再次进行吸痰处理。拔管后对患者翻身叩背，促进其自主排痰。⑥渐进式运动干预：机械通气治疗初期以创伤作为训练及外肢体关节活动为主，1 日 1 次，1 次 20min。待病情好转后将床头抬高 45°~60° 进行四肢全范围关节活动，引导患者坐在床沿 20min 协助其下肢运动，1 日 1 次，1 次 20min。对于脱机拔管患者，在护士辅助下扶床栏走动 5~20min。（4）多元化协同心理干预：每日加强对患者关注，评估患者心理情绪状态。采用积极温柔态度对患者进行鼓励，借助我院成功治愈案例增强患者疾病治疗信心。邀请家属及朋友发挥协同合力作用，总结病情恢复良好患者的护理经验积极分享给其他病友。对于患者现存问题，护士需表示充分肯定与理解，再从积极正向角度出发为其缓解负性情绪。同患者共同畅享疾病恢复后对美好生活向往，建立积极信念。

1.4 观察指标

1.4.1 负性情绪

汉密顿抑郁量表^[3] (Hamilton Depression Scale, HAMD)、汉密顿抑郁量表焦虑量表^[4] (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 数据分析。HAMD > 17 分提示抑郁。HAMA > 14 分提示焦虑。HAMD、HAMA 量表克隆巴赫系数

分别为 0.88、0.93。

1.4.2 症状改善情况

包括咳嗽消失时间、气促消失时间、哮鸣音消失时间、机械通气时间。

1.4.3 依从性

自研依从性评价量表数据分析，包括完全依从：85~100 分、部分依从：60~84 分及不依从：0~59 分，总依从率 = 完全依从 + 部分依从。

1.5 统计学分析

软件包 (SPSS 24.0) 数据统计。正态分布计量资料负性情绪、症状改善情况 ($\bar{x} \pm s$) 表示，*t* 检验。计数资料依从性 % 表示， χ^2 检验。*P* < 0.05 差异显著。

2 结果

2.1 负性情绪对比

观察组 HAMD、HAMA 评分均低于对照组，差异显著 (*t* = 4.509、25.178, *P* < 0.05)。见表 1。

2.2 症状改善情况对比

观察组咳嗽消失时间、气促消失时间、哮鸣音消失时间和机械通气时间均低于对照组，差异显著 (*t* = 2.850、2.305、2.033、2.234, *P* < 0.05)。见表 2。

2.3 依从性对比

观察组总依从率高于对照组，差异显著 ($\chi^2 = 5.165$, *P* < 0.05)。见表 3。

3 讨论

呼吸衰竭是重症呼吸系统疾病主要并发症，往往提示病情严重，需采取科学有效的干预措施^[5]。常规护理流程较为单一，难以发挥多元护理措施的协同价值。医护一体化模式下气道护理融合了诊断、治疗及护理，

表 1 负性情绪对比 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	n	HAMD		HAMA	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	24.08 ± 1.24	8.36 ± 1.15	21.18 ± 1.12	8.44 ± 1.07
观察组	40	24.15 ± 1.13	7.24 ± 1.07	21.16 ± 1.02	7.16 ± 1.14
<i>t</i>	-	0.264	4.509	0.084	5.178
<i>P</i>	-	0.793	< 0.001	0.934	< 0.001

表 2 症状改善情况对比 [$(\bar{x} \pm s)$, d]

组别	n	咳嗽消失时间	气促消失时间	哮鸣音消失时间	机械通气时间
对照组	40	2.98 ± 0.44	3.12 ± 0.66	4.23 ± 1.16	7.32 ± 1.74
观察组	40	2.63 ± 0.64	2.79 ± 0.62	3.75 ± 0.94	6.54 ± 1.36
<i>t</i>	-	2.850	2.305	2.033	2.234
<i>P</i>	-	0.006	0.024	0.045	0.028

表3 依从性对比 (n, %)

组别	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
对照组	40	19 (47.50)	12 (30.00)	9 (22.50)	31 (77.50)
观察组	40	26 (65.00)	12 (30.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
χ^2	-	-	-	-	5.165
<i>P</i>	-	-	-	-	0.023

对呼吸衰竭行机械通气患者具有重要意义^[6]。

表1及表2结果显示,观察组HAMD(7.24±1.07)分、HAMA评分均低于对照组($P<0.05$)。观察组咳嗽消失时间、气促消失时间、哮鸣音消失时间和机械通气时间均低于对照组($P<0.05$)。结果同吕丽娜^[7]等人研究结果一致,原因如下:呼吸衰竭患者并发症发生概率诸多,且机械通气期间对护理配合要求较高。医护一体化模式下气道护理能够根据患者病情变化及时调整护理对策,例如实验中个体化气道干预方案以及综合气道护理能够从风险识别、环境、医疗器械、患者等多个维度发挥协同护理效果,从而有效改善症状持续时间。渐进式运动干预能够根据患者机体恢复情况提供不同康复

运动手段,既能够确保运动康复训练匹配患者实际需求,又能够进一步促进机体功能恢复。多元化协同心理干预发挥了护士、患者家属、病友及朋友间协同作用,帮助患者建立积极正向理念,减轻负性情绪影响。

表3结果显示,观察组总依从率高于对照组($P<0.05$)。结果与孙福宁^[8]等人研究结果一致,原因如下:医护一体化模式下气道护理相比于常规护理更具有针对性及专业性,能够从多个维度帮助患者建立正确认知,从而进一步提高依从性。

综上所述,呼吸衰竭机械通气患者接受医护一体化模式下气道护理可显著改善负性情绪、症状改善情况及依从性。

参考文献:

[1] 陈尾莲,张晶,魏小婷,等.循证视角下敏感指标在急诊呼吸衰竭机械通气患者气道护理中的应用[J].黑龙江医药科学,2023,46(5):62-64.
 [2] 陈灏珠,钟南山.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:220-255.
 [3] Sun Y, Kong Z, Song Y, et al. The validity and reliability of the PHQ-9 on screening of depression in neurology: a cross sectional study[J]. BMC Psychiatry. 2022 Feb 9;22(1):98.
 [4] Maier W, Buller R, Philipp M, et al. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders[J]. J Affect Disord. 1988

Jan-Feb;14(1):61-8.
 [5] 叶丽炜,何煜峰,陈丽.医护一体化综合气道护理在重症支气管哮喘合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(8):160-162.
 [6] 寇静,吴珍,王倩.循证视角下敏感指标在急诊呼吸衰竭机械通气患者气道护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(7):72-74.
 [7] 吕丽娜,高彦娜.医护一体化综合气道护理模式对重症哮喘合并呼吸衰竭机械通气患者VAP风险的影响[J].河南医学研究,2021,30(35):6695-6698.
 [8] 孙福宁.对接受气管插管机械通气的肺结核合并呼吸衰竭患者进行医护一体化综合气道护理的效果[J].当代医药论丛,2020,18(9):238-240.

作者简介:杨娟(1982.6-),女,主管护理师,本科,呼吸与危重症医学科。