

重症肺炎患者支气管镜使用临床路径综合护理效果分析

陆艳红 孙晓霞

上海市嘉定区安亭医院

DOI:10.12238/carnc.v3i3.14157

[摘要] 目的: 探讨临床路径综合护理应用在支气管镜治疗的重症肺炎(SP)患者中的应用效果。方法: 选取2022年8月至2024年9月行支气管镜治疗的SP患者80例, 随机分为观察组(临床路径综合护理)和对照组(常规护理)各40例, 对比效果。结果: 观察组康复指标、炎症因子水平低于对照组, 血气指标、肺功能指标优于对照组, 护理质量评分高于对照组($P<0.05$)。结论: SP患者给予支气管镜治疗配合临床路径综合护理效果良好。

[关键词] 临床路径综合护理; 血气指标; 康复指标; 护理质量; 支气管镜; 重症肺炎

中图分类号: R563.1 文献标识码: A

Comprehensive Care Effect Analysis of Clinical Pathway for Patients with Severe Pneumonia Undergoing Bronchoscopy

Yanhong Lu, Xiaoxia Sun

Anting Hospital of Jiading District, Shanghai

[Abstract] Objective: To explore the effect of comprehensive nursing clinical pathway applied in patients with severe pneumonia (SP) undergoing bronchoscopy treatment. Methods: Eighty cases of SP patients undergoing bronchoscopy treatment from August 2022 to September 2024 were randomly divided into observation group (comprehensive nursing of clinical pathway) and control group (routine nursing), each of 40 cases, to compare the effects. Result: The rehabilitation indicators and inflammatory factor levels in the observation group were lower than those in the control group, the blood gas indicators and lung function indicators were better than those in the control group, and the nursing quality score was higher than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: It is effective to give SP patients bronchoscopy treatment combined with comprehensive nursing of clinical pathway.

[Keywords] Comprehensive Care of Clinical Pathway; Blood Gas Index; Recovery Index; Nursing Quality; Bronchoscopy; Severe Pneumonia

1 前言

肺炎近年发病率及病死率攀升, 其核心机制为细菌、病毒等病原体侵袭肺实质, 引发肺泡渗出与免疫失衡, 重症肺炎(SP)阶段可出现肺部高渗性水肿、大量炎性分泌物滞留, 严重威胁生命^[1]。传统治疗依赖有创机械通气及血管收缩剂, 但对肺深部病灶清除能力有限, 且易引发肺不张等并发症, 临床亟需优化治疗方案。机械通气虽能改善气体交换, 却难以直接清除气道深部痰液与病原体, 对重症患者疗效瓶颈显著^[2]。纤维支气管镜肺泡灌洗(BAL)作为新型介入技术, 可精准定位病灶, 通过生理盐水灌洗稀释痰液、减少炎症负荷, 直接提升气道通畅性与肺功能, 弥补传统疗法“被动通气”的不足^[3]。然而, 该技术的侵入性易导致患者焦虑、恐惧, 影响治疗配合度, 需辅以针对性护理干预。本研究针对80例SP患者(2022年8月至2024年9月)为研究对象, 旨在通过临床路径综合护理与支气管镜灌洗治疗结合, 减少康复周期指标(如机械通气时间、住院时长), 改善动脉血氧分

压等血气指标, 同时提升护理服务规范性, 为优化SP治疗效果、完善护理质量提供实践依据, 具体内容如下。

2 资料和方法

2.1 一般资料

2022年8月至2024年9月为本次研究样本纳入的起止时间, 80例行支气管镜治疗的SP患者为本次研究的研究对象, 随机分为观察组40例, 男23例, 女17例, 平均年龄(50.11 ± 2.30)岁; 对照组40例, 男22例, 女18例, 平均年龄(51.12 ± 2.29)岁, 两组资料对比($P>0.05$)。

纳入标准: ①符合SP(重症肺炎)临床诊断标准; ②需行支气管镜检查或肺泡灌洗治疗; ③年龄 ≥ 18 岁且意识清醒, 可配合治疗; ④患者及家属签署知情同意书。

排除标准: ①合并严重心、肝、肾功能衰竭; ②存在支气管镜检查绝对禁忌证(如严重凝血功能障碍、重度心肺功能不全等); ③有精神疾病史或认知障碍, 无法配合护理干预; ④妊娠或哺乳期女性; ⑤中途退出研究或未完成治疗者。

Clinical Application Research of Nursing Care

2.2 方法

对照组：常规护理，治疗前向患者口头告知支气管镜治疗流程、注意事项并发放宣教资料，进行基础心理安抚。治疗中协助患者摆放体位，配合医生完成操作，监测生命体征，出现异常及时通知医生处理。治疗后嘱患者术后禁食2小时，观察有无咯血、胸痛等并发症，待生命体征平稳后允许正常活动。每日进行1次口腔护理，护理内容以执行医嘱为主，保障患者基本护理需求。

观察组：临床路径综合护理，包括：1) 治疗前：心理疏导与认知干预。针对患者因病情及治疗未知性产生的紧张、焦虑，护理人员通过一对一沟通、宣教视频及手册，详细讲解BAL的作用、操作流程及注意事项，结合成功病例增强信心；引导家属参与心理支持，缓解患者孤独感，纠正“灌洗伤肺”等错误认知，并指导呼吸训练（如腹式呼吸），提升治疗配合度。2) 治疗中：操作配合与安全监护。指导患者取半坐位或斜坡卧位（床头抬高30°—45°），便于灌洗液沉降；灌洗液温度保持36—37℃，配合高频呼吸机持续供氧（维持SpO₂ ≥95%）。全程监测生命体征，若出现心率>120次/分或SpO₂ <90%，立即暂停操作并调整氧流量；痰液黏稠者先用沐舒坦稀释，单次灌洗量5—10mL，观察灌洗液颜色、量及痰栓情况，为后续治疗提供依据。3) 治疗后：气道管理与康复护理。术后取头低足高位（床尾抬高15°—20°），配合翻身叩背及机械排痰，促进痰液排出；吸痰动作轻柔，避免刺激气道。术后2小时禁食禁饮，逐步过渡至流质、半流质饮食；每日口腔清洁2次，预防感染。密切观察咯血、胸痛等并发症，生命体征平稳后指导早期肢体活动（如踝泵运动），加速康复进程。

2.3 观察指标

康复效果(高热消退、血象恢复时间等)、血气指标(二氧化碳分压等)、护理质量(服务规范、护理质量等)、肺功能(用力肺活量、最大呼气流量等)、炎症因子(白介素-6、红细胞沉降率等)。

2.4 统计学处理

SPSS23.0分析数据，计数资料与计量资料分别通过(%)、($\bar{x} \pm s$)表示，依次利用X²、t检验，P<0.05统计学成立。

3 结果

3.1 两组患者康复效果比较

组间比较(P<0.05)。见表1。

表1 两组患者康复效果对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

指标	观察组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
住院时间	15.79±1.68	21.46±1.52	5.256	<0.05
血象恢复时间	11.26±1.18	16.85±1.35	6.031	<0.05
撤机时间	10.35±0.76	15.65±0.36	8.224	<0.05

咳嗽持续时间	8.71±0.54	13.55±0.87	10.192	<0.05
肺部啰音消失	6.77±1.02	9.28±1.05	10.635	<0.05
高热消退	4.03±1.16	6.50±1.25	11.096	<0.05

3.2 两组患者血气指标比较

干预后，组间比较(P<0.05)。见表2。

表2 两组患者血气指标 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
二氧化碳分压(mmHg)	干预前	71.33±1.16	71.35±1.14	1.121	>0.05
	干预后	55.36±1.23	61.43±1.21	9.409	<0.05
动脉血氧分压(mmHg)	干预前	51.46±1.40	51.52±1.29	1.204	>0.05
	干预后	79.82±1.15	61.13±1.14	7.828	<0.05
血氧饱和度(%)	干预前	69.00±2.33	69.11±2.31	1.101	>0.05
	干预后	92.12±5.20	86.30±4.22	8.147	<0.05

3.3 两组患者护理质量评分比较

组间比较(P<0.05)。见表3。

表3 两组患者护理质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	观察组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
护理环境	95.48±3.00	81.51±3.23	10.022	<0.05
护理操作	93.53±3.38	80.52±4.25	10.281	<0.05
服务态度	94.23±4.30	79.53±4.54	8.522	<0.05
服务规范	93.72±5.41	78.51±4.12	9.341	<0.05

3.4 两组患者肺功能指标水平比较

干预后，组间比较(P<0.05)。见表4。

表4 两组患者肺功能指标水平 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
第一秒用力呼气容积(L)	干预前	1.20±0.22	1.24±0.21	0.376	>0.05
	干预后	1.96±0.29	1.70±0.23	3.747	<0.05

Clinical Application Research of Nursing Care

用力肺活量 (L)	干预前	1.39±0.21	1.41±0.18	0.434	>0.05
	干预后	2.25±0.26	1.88±0.22	6.258	<0.05
最大呼气流量 (L/s)	干预前	2.30±0.41	2.36±0.39	0.516	>0.05
	干预后	3.57±0.52	2.97±0.45	4.958	<0.05
最大呼气中段流量 (L/s)	干预前	1.24±0.31	1.26±0.34	0.252	>0.05
	干预后	1.71±0.40	1.45±0.37	2.575	<0.05

3.5 两组患者炎症因子水平比较

干预后, 组间比较(P<0.05)。见表 5。

表 5 两组患者炎症因子水平 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t	P
C 反应蛋白 (mg/L)	干预前	39.66±4.50	39.89±4.71	0.210	>0.05
	干预后	4.22±0.91	11.64±2.02	19.976	<0.05
红细胞沉降率(mm/h)	干预前	71.35±10.20	71.61±10.46	0.106	>0.05
	干预后	51.48±7.83	63.39±8.82	6.041	<0.05
白细胞介素-6(g/L)	干预前	67.57±8.78	68.02±9.23	0.201	>0.05
	干预后	18.62±4.03	27.74±5.95	7.601	<0.05
D-二聚体 (mg/L)	干预前	3.00±0.34	3.05±0.39	0.563	>0.05
	干预后	1.11±0.15	1.88±0.24	15.160	<0.05

4 讨论

近年来, 肺炎的临床治疗手段不断革新, BAL 作为一项

新兴技术, 借助纤维支气管镜、冷光源及负压吸引器等设备, 可精准作用于肺部病灶, 针对性改善局部免疫病理状态, 尤其对弥漫性间质性肺疾病、免疫受损患者的肺部感染具有显著疗效^[4]。该技术通过将纤维支气管镜经鼻腔插入至病变肺叶支气管管口, 利用生理盐水对病灶灌洗, 在稀释浓痰的同时, 通过负压吸引促进痰液及炎症物质排出, 从而有效清除气道深部病原体, 缓解局部炎症反应^[5]。相较于传统全身用药, 其优势在于直接作用于病灶区域, 弥补传统疗法对深部气道清除能力不足的局限^[6]。临床实践显示, BAL 在 SP 患者中应用效果良好, 为肺炎治疗提供更具针对性的创新路径, 尤其为传统治疗效果不佳的患者带来新的治疗选择。

本研究结果说明临床路径综合护理效果显著, 分析原因: 治疗前, 心理疏导与认知干预通过一对一沟通和宣教, 消除患者对 BAL 治疗的恐惧与误解, 缓解焦虑情绪, 提升治疗依从性^[7]。同时, 指导腹式呼吸训练增强患者肺功能储备, 为后续治疗奠定基础, 使患者以良好身心状态配合治疗, 进而促进康复进程。治疗中, 精准的体位管理(半坐位或斜坡卧位)及恒温灌洗液(36—37℃)减少气道刺激, 维持气道黏膜稳定性; 高频呼吸机持续供氧保障氧合, 维持血气指标稳定。全程严密的生命体征监测与及时应急处理, 确保治疗安全性与有效性^[8]。沐舒坦稀释痰液、精准控制灌洗量等操作, 直接清除气道痰液及炎症物质, 改善通气功能, 降低炎症因子水平, 优化肺功能指标。治疗后, 头低足高位结合翻身叩背、机械排痰等措施, 强化气道廓清, 促进痰液排出, 减少肺部感染风险, 改善氧合与通气, 使血气指标趋于正常。科学的饮食管理促进机体恢复, 口腔护理预防感染, 降低炎症发生几率。早期肢体活动指导加速血液循环, 改善肺部灌注, 进一步提升肺功能^[9]。此外, 全程标准化护理操作与心理支持, 提升护理规范性与患者满意度, 形成医患协同的良性循环, 全方位保障康复效果, 实现护理质量、患者康复状态及生理指标的综合提升。

总之, SP 患者经支气管镜治疗期间采取临床路径综合护理既可以减少康复指标所用时间, 同时改善血气指标, 提升护理质量, 值得应用。

[参考文献]

[1] 闫薇, 程书立, 王懿宁, 等. 氨溴索、纤维支气管镜灌洗联合督导式护理治疗重症肺炎的应用效果[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(22): 123-126.

[2] 周建茹, 张秀云, 吴志芳. 纤维支气管镜联合优质护理在老年重症肺炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(15): 142-145.

[3] 叶秋莲. 集束化护理对小儿重症肺炎电子支气管镜肺泡灌洗治疗依从性及有效率的影响[J]. 岭南急诊医学杂志

志, 2021, 26(4): 428-429.

[4] 王秋霞, 赵娜, 李颖, 等. 分析机械振动排痰联合纤维支气管镜吸痰对重症肺炎吸痰的护理作用[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2022(3): 164-167.

[5] 龚陈伟, 张新, 殷亚君. 1M3S 护理联合纤维支气管镜肺泡灌洗对重症肺炎患者的疗效及不良并发症的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(24): 119-123.

[6] 贾萌萌, 杨晓如, 杨艳华. 综合护理在行纤维支气管镜灌洗治疗重症肺炎患儿中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(16): 157-159.

[7] 赵红梅, 王园园, 宋玉媛. 综合护理干预对纤维支

气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎患者疗效及炎性因子水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(8): 1164-1168.

[8] 李冰冰, 何晶, 张少红, 等. 优质护理在纤维支气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎中的应用[J]. 西藏医药, 2022, 43(5): 109-111.

[9] 马杰, 吴莹. 综合护理干预在纤维支气管镜介入治疗重症肺炎患儿中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(4): 146-148.

作者简介:

陆艳红(1987.09-), 女, 汉族, 本科, 主管护师, 研究方向为临床护理。