

脚”“从点到面”进行交接,避免反复无效评估患者。同时交班护士可结合核查单提出开放性问题,更好的掌握患者病情。本文结果显示,观察组的交班时长低于对照组。使用 ICU 交接班核查表辅助交接班时,使条理清晰,更有利于提高工作效率,为患者提供最优质的护理服务。

综上所述,基于 SBAR 交接班模式的 ICU 患者交接班核查表可帮助护士精准掌握患者病情,保证交接的完整性和准确性,突出患者重点及难点,缩短交接班时长,提升护理质量,进而保证 ICU 患者的安全,值得临床进一步推广使用。

参考文献

[1] 朱肖,毛平. SBAR 沟通模式在护理工作中的应用现状与展望

[J]. 中国护理管理, 2017, 17 (5): 712-716.

[2] O'Connell B, Hawkins M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale [J]. Journal of Clinical Nursing, 2014, 23 (3/4): 560-570.

[3] 刘璟莹,刘彦慧,杨继鹏,等. 中文版护理交接班评价量表的信效度研究 [J]. 中华护理杂志, 2015, 50 (5): 552-556.

[4] 卢妙娟,石宏英,陈丽君. 思维导图联合 SBAR 标准沟通模式在降低急诊科护士交接班缺陷率中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (5): 165-167.

[5] 黄敏,王晶,杨帆. 基于 SBAR 沟通模式的产科危重症患者交接单的设计及应用 [J]. 上海护理, 2021, 21 (2): 11-15.

改良集束干预策略在 ICU 机械通气患者呼吸机相关性肺炎预防中的应用

福建省漳州市医院外科 ICU (漳州 363000) 林月娟 甘 增 林月容 李巧玲

呼吸机相关性肺炎 (ventilator associated pneumonia, VAP) 包括机械通气 48 h 后至拔管后 48 h 内出现的肺炎,是医院内常见的重症感染性疾病^[1]。目前, VAP 在国内外的发病率和死亡率均较高。在医院感染管理规范中规定了机械通气患者 VAP 集束化护理措施,但临床上护士对 VAP 集束化护理措施实施的细节差异很大。因此, 2020 年我院外科 ICU 对 VAP 预防的集束干预策略进行细节改良,并应用于机械通气患者,同时加强过程中的质控,取得较好效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2019 年 1 月至 2020 年 12 月我院行机械辅助通气的患者 1 287 例。纳入标准: 1) 机械通气时间大于 48 h 或结束机械通气 48 h 内的肺部感染; 2) 符合《呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南》(2013 版) 中的相关诊断标准中的 VAP 诊断标准^[2]。排除标准: 1) 无创通气患者及机械通气时间在 2 d 以内的患者; 2) 恶性肿瘤、其他系统感染、自身免疫性疾病、血液系统疾病、获得性免疫缺陷病毒感染等引起的肺炎^[3]。按照历史对照和追踪方法学的方法,分为观察组和对照组。其中, 2019 年 1—12 月行机械通气的 617 例患者为对照组,男 406 例、女 211 例,年龄 (62.78±26.97) 岁;疾病分布: 颅脑损伤 48 例,心肌梗死 56 例,肺部感染 75 例,肿瘤 69 例,呼吸困难 33 例,白血病 2 例,脑出血 112 例,心瓣膜病 29 例,动脉夹层 9 例,消化道出血 46 例,休克 34 例,多发伤 48 例,其他 56 例;使用机械通气总天数 3 388 d,发生感染 26 例。2020 年 1—12 月收治的 670 例患者为观察组,男 418 例、女 252 例,年龄 (61.46±17.43) 岁;疾病分布: 颅脑损伤 56 例,心肌梗死 49 例,肺部感染 95 例,肿瘤 59 例,呼吸困难 38 例,白血病 3 例,脑出血 126 例,心瓣膜病 21 例,动脉夹层 11

例,消化道出血 49 例,休克 37 例,多发伤 61 例,其他 65 例;使用机械通气总天数 3 336 d,发生感染 9 例。两组患者在性别、年龄、疾病严重程度、机械通气时间、疾病分类等方面的差异均无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法: 1) 对照组: 实施 VAP 防控最佳护理实践中集束干预策略^[4],且每天由各班临床组长进行 VAP 预防措施落实情况的督查并登记。2) 观察组: 将上述干预策略的重点操作环节进行改良并规范,同时对护理人员进行相关循证医学理论、实施方法及细节进行培训并考核。每天由护士长及临床组长对改良规范后的 VAP 干预策略落实情况进行督查并登记。具体如下: ①改良口腔护理方法: 每班均采用刷牙加冲洗的方法进行口腔护理,同时更换气管插管固定寸带,其次每次吸痰后均用生理盐水冲洗口腔。具体方法如下,经口气管插管患者由双人进行口腔护理,且操作前后均要评估气管插管深度及气囊压力值,先清除气道内分泌物再采用儿童软毛牙刷蘸取少量牙膏,按照口腔护理操作流程进行刷牙,然后用 5% 碳酸氢钠溶液反复冲洗口腔、边冲边吸,直至将口腔分泌物吸干净,最后采用松头棉签蘸 5% 碳酸氢钠溶液擦洗一遍口腔,检查口腔清洁后重新更换寸带固定气管插管,并备注口腔护理时间。同时每次吸痰后必须冲洗口腔。根据患者口腔情况增加口腔护理次数。操作后再次监测气囊压力,使气囊压力维持在 25~30 cm H₂O (1 cm H₂O=0.098 kPa)。②改良体位管理: 若无禁忌证,维持床头抬高大于 35°;保持高侧卧位,体位下滑时及时调整。翻身改变体位时床头降低不低于 15°。颈椎、胸腰椎、骨盆骨折等不能抬高床头的患者采用整床倾斜的方法、倾斜床铺成头高脚低位。③规定气囊监测时机: 每 4 h 监测 1 次气囊压力,维持气囊压力在 30~35 cm H₂O,不常规放气;每次吸痰后监测气囊压力,根据情况适当补气,且每班评估气管导

管深度。④细化吸痰操作：吸痰前严格落实手卫生、铺无菌垫单于患者胸前，戴无菌橡胶手套。吸痰过程中将脱开的呼吸机管道及呼吸气囊放于无菌垫单上面；不常规滴注生理盐水做湿化操作。⑤规范呼吸机管路管理：保持呼吸机管路低于气管插管、集水杯处于管路最低位且低于湿化灌位置。呼吸机管路及湿化灌一周一换、随脏随换。⑥规范气道湿化水管理：制定冷凝水定时处理时间表，每 2 h 拍打管路并倾倒冷凝水，湿化灌灭菌水每 24 h 更换 1 次。⑦规范膨肺用简易呼吸囊处理：简易呼吸囊专人专用，膨肺吸痰由双人配合完成操作，吸痰后用 75% 酒精纱布消毒接口及整个外表面包括供氧管，包裹球囊接口，气管插管拔除后呼吸囊进行终末消毒。呼吸囊每周送供应室用低温等离子消毒。

1.3 集束化护理技术把控：所有护理人员均接受过 VAP 防控最佳护理实践培训，熟知预防 VAP 集束干预策略实施细节并通过考核；每班设有专人进行干预措施落实情况的督查并记录。

1.4 观察指标：观察两组患者 VAP 的集束化措施落实的合格率及 VAP 发生率。

1.5 统计学方法：采用 SPSS 18.0 统计学软件对数据进行处理。计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAP 集束化措施落实的合格率比较：见表 1。

表 1 两组患者 VAP 集束化措施落实的合格率比较 [例 (%)]

组别	机械通气日数	口护合格	吸痰规范	气囊压合格	床头高度合格	冷凝水及时倾倒
观察组	3 336	3 291 (98.65)	3 205 (96.07)	3 231 (96.85)	3 252 (97.48)	3 292 (98.68)
对照组	3 388	3 134 (92.50)	3 218 (94.98)	3 159 (93.24)	3 116 (91.97)	3 171 (93.59)
χ^2 值		149.5	4.68	46.45	101.79	116.54
P 值		<0.01	0.034	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 两组患者 VAP 发生率情况比较：见表 2。

表 2 两组患者 VAP 发生情况比较

	机械通气 例数	感染 例数	感染率/ %	机械通气 天数	日感染 率/% ₀
观察组	670	9	1.34	3 336	2.69
对照组	617	26	4.20	3 388	7.67
χ^2 值			10.005		8.039
P 值			0.002		0.005

3 讨论

3.1 细节管控能使预防 VAP 的集束干预策略较好落实：近几年来，VAP 相关预防措施在不断发展和完善，集束化护理措施正在不断被证实是有效的；但是 Bird 等^[5]证实，只有临床依从性高的呼吸机集束化护理策略才能显著降低 VAP 发生率。虽然遵循指南会给医患双方带来益处，但在现实中很难做到，落实情况在临床实践中并不乐观。关于这一问题，欧美多国的专家学者从上个世纪 90 年代就已引起重视，在欧洲，有些研究显示 ICU 医生严格执行手卫生制度者只有约 57%、每日唤醒执行者约 28%、口腔护理使用洗必泰者约 27%，对于集束化护理的临床实践依从性，医生和护士分别为 63%、76.7%；在我国，关于呼吸机相关性肺炎集束护理依从性很不理想^[6]。由此可以看出，预防 VAP 的集束干预策略，需要更进一步的细节管控，才能使预防效果得以落实。

3.2 改良预防 VAP 集束化干预策略有效降低 VAP 发生率：我们对预防 VAP 集束化干预策略的关键环节进行改良，给临床护士指明操作规范，同时临床小组长的督查和指导护士落实改良措施，及时纠正偏差，确保了护士对预防 VAP 集束化干预策略落实的准确率，同时也提高了护士对预防 VAP 干预策略的执行力。观察组的 VAP 发生率就明显低于

对照组，表明改良预防 VAP 集束化干预策略从细节上明确了措施落实的重点环节，注重了措施落实的有效性，从而降低了 VAP 的发生率。

3.3 有效口腔护理减少了 VAP 的发生率：研究表明，有效的口腔护理能减少 VAP 的发生率^[7]。正常人口腔内寄居了多种正常菌和致病菌，菌群间相互依赖，相互制约，处于动态平衡状态。人们在经过饮水、进食、刷牙和漱口等动作可减轻和清除口腔致病菌，而经口气管插管的患者因在口腔搁置了气管插管及牙垫而无法进行上述动作，口腔分泌物因不能下咽而存留于口腔，成为细菌的培养基。因此，有效的口腔护理干预对降低 VAP 的发生率，缩短平均住院日，减少住院费用，降低死亡率，有着重要意义^[7]。对照组口腔护理以传统生理盐水棉球擦拭法为主，因棉球的摩擦力低，不易清除牙垢及牙菌斑，对口腔内细菌的清除效果不佳。观察组采用儿童软毛牙刷加牙膏刷牙符合生理需求，配合碳酸氢钠液冲洗，有效清除了口腔内的痰痂和牙菌斑及异味等。同时每次吸痰后用生理盐水冲洗口腔，能够稀释和清除口腔内分泌物，消除口腔异味，减少口腔内分泌物及细菌的存留和移位，保持口腔清洁舒适，有效降低了机械通气患者 VAP 的发生率。

3.4 保持床头抬高及正确气囊压力能减少隐性误吸发生，降低 VAP 发生率：人工气道的建立破坏了呼吸道正常的防御功能，使声门处于开放状态，下呼吸道与外界直接相通。同时机械通气患者常常留置胃肠管，使食管也处于开放状态，胃内容物容易沿着胃肠道返流到食管口进入声门，导致隐性误吸，使肺部出现机械性炎症，因而导致 VAP 的发生率增高。始终保持床头抬高一定高度可以使患者卧位时保持食管和气管开口高于胃部，减少胃内容物反流导致的隐性误吸，避免引起条件致病菌移位性感染，达到预防 VAP 发生的目的。理想的气囊压力保证了人工气道的密封性，避免口

咽分泌物引起的误吸所引发的 VAP 发生。相关研究表明,气囊压力受很多因素影响,如体位、吞咽、吸痰、注气量、套管型号、套管类型、气压吸气峰等均会影响。半卧位时气囊压力显著低于平卧位及左、右侧卧位。孙琴等^[8]发现,拍背后平均气囊压力低于拍胸前;吸痰后气囊压力明显低于吸痰前;4 h 监测气囊压力时间为最佳,即能保证气囊压力在安全范围内,防治气道黏膜损伤,同时有效防止呼吸机相关性肺炎的发生。本文观察组采用较高于常规的气囊压力,有效防止气囊压力受体位、翻身、吸痰等操作的影响而变小,从而避免囊上分泌物渗入下呼吸道增加 VAP 发生的几率。

3.5 规范吸痰操作可避免外源性感染,降低 VAP 的发生率:规范吸痰操作可避免外源性感染。吸痰前铺无菌垫单用于放置脱开的呼吸机管道及呼吸球囊,防止呼吸机接口及呼吸囊接口被污染,减少呼吸机接口及呼吸囊接口中细菌污染的机率;吸痰时采用合适操作者手部大小的无菌橡胶手套,避免操作者在吸痰操作中手指套触碰到人工气道接口而被污染;从而减少因吸痰导致的外源性感染。呼吸囊专人专用及使用后及时消毒处理,有效降低细菌的存留及交叉感染。

总之,改良的预防 VAP 集束化干预策略从措施落实的细节上进行改进,使干预策略落实时更精准到位,使责任护士在实施过程中更注重操作要点,确保 VAP 预防措施的实施有效性,有效预防各个环节护理过程中感染风险的发生,

降低了 VAP 的发生率,从而降低了患者行机械通气时间以及住 ICU 时间,为患者的康复提供了保障。

参考文献

- [1] 李培, 施毅. 医院获得性肺炎及呼吸机相关性肺炎诊治指南解读 [J]. 中国循证医学杂志, 2015, 15 (7): 772-776.
- [2] 中国医学会危重医学分会. 呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南 (2013) [J]. 中华内科杂志, 2013, 52 (6): 524-543.
- [3] 蔡虹, 高凤丽. 导管相关感染防控最佳护理实践专家共识 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 113-147.
- [4] 刘浩, 张宏, 高燕, 等. 集束化护理对 ICU 呼吸机相关性肺炎的干预效果及对患者满意度的影响 [J]. 河北医药, 2018, 40 (8): 1273-1276.
- [5] Bird D, Zambuto A, O'Donnell C, et al. Adherence to ventilator-associated pneumonia bundle and incidence of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care unit [J]. Archives of Surgery, 2010, 145 (5): 465-470.
- [6] 杨磊. ICU 内主要指南执行情况 & 影响因素的初步研究 [D]. 杭州: 浙江大学, 2015.
- [7] 韦秀霞, 彭剑英, 张秀伟. 机械通气病人口腔护理溶液的研究进展 [J]. 全科护理, 2014, 12 (31): 2890-2892.
- [8] 孙琴, 仲悦萍, 陈晓艳. 机械通气患者气囊压力监测间隔时间的探讨 [J]. 当代临床医刊, 2016, 29 (6): 2693-2694.

优质护理配合在腹腔镜结直肠癌根治术患者的应用效果

福建省老年医院 (福州 350003) 蔡琳

结直肠癌是常见的消化系统恶性肿瘤,腹腔镜根治性手术是常用的治疗手段,与传统开腹手术相比其失血量减少,术后疼痛感降低。然而,腹腔镜手术仍是创伤性的治疗手段,加上结直肠癌患者多数年龄偏高,其手术耐受性降低,使得手术风险性提升^[1]。所以,需要做好手术室护理配合,确保患者的手术顺利、安全完成。近年来,优质护理在临床医护领域应用广泛,旨在运用人文关怀理念为患者提供优质高效的护理服务,有报道显示,优质手术室护理的应用可缩短肿瘤患者的手术时间、减少术中失血量^[2]。为了提升腹腔镜结直肠癌根治术患者的手术质量,我院对腹腔镜结直肠癌根治术患者采用优质护理,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取 2020 年 1 月至 2022 年 1 月我院确诊为结直肠癌,且行腹腔镜根治性手术的患者 76 例,纳入标准:1) 符合结直肠癌的诊断标准;2) 患者术式为腹腔镜结直肠癌根治术;3) 对研究方案知晓且签署知情同意书;4) 麻醉 ASA 分级 I~III 级;5) 一般临床资料齐备;6) 语言、认知、听力等功能均正常;7) 年龄 60~90 岁。排除标准:1) 罹患各类精神障碍性疾病者;2) 罹患各类心理疾病者;3) 合并免疫系统病变者;4) 具有凝血功能障碍;5) 具有重要脏器功能病变者;6) 合并其他恶性肿瘤者;7) 具有远

端转移者;8) 高血糖、高血压等基础病变术前未得以有效控制者。按随机数字表法分为 2 组各 38 例,观察组男 20 例,女 18 例;年龄 62~89 (72.6±2.5) 岁;体质量 42.2~81.2 (58.7±2.6) kg;直肠癌 18 例,结肠癌 20 例;ASA 麻醉分级:I 级 16 例,II 级 18 例,III 级 4 例;Dukes 分期:A 期 16 例,B 期 12 例,C 期 10 例;合并症种类:<3 种 28 例,≥3 种 10 例。对照组男 21 例,女 17 例;年龄 63~88 (72.7±2.4) 岁;体质量 42.3~81.5 (58.8±2.5) kg;直肠癌 19 例,结肠癌 19 例;ASA 麻醉分级:I 级 17 例,II 级 18 例,III 级 3 例;Dukes 分期:A 期共 17 例,B 期共 13 例,C 期共 8 例;合并症种类:<3 种 29 例,≥3 种 9 例。2 组以上资料均具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法:对照组为手术室常规护理配合,在术前依据流程进行访视,了解患者的一般情况如姓名、病情、术前检查、思想状态以及麻醉方式和手术方式等。耐心解答患者的疑问,告知其注意事项等。术日当天清晨对手术器械以及手术物品进行准备,在手术中严格依据流程进行各项护理配合。观察组采用手术室优质护理配合,方法为如下。

1.2.1 术前访视:除了需查看患者的一般资料外还需做好术前的安全性评估。在术前访视中详细查看患者病历,积极进行术前讨论,确保能够充分了解患者的病情状况、心理状