

老年人肺炎的临床观察及护理干预

杜志俊

北京市老年病医院 内科 北京 朝阳 100029

【摘要】目的：针对老年人肺炎的临床观察及护理干预进行探讨分析。**方法：**随机抽取我院2020年12月—2021年10月诊治的86例老年肺炎患者作为研究对象，依照奇数偶数分组方式将患者分为观察组和对比组，每组43例。对比组患者仅实施临床观察，观察组患者实施临床观察及护理干预；分析两组患者的住院时间、治愈率、症状评分、并发症发生率及护理满意率。**结果：**观察组患者的住院时间短于对比组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的治愈率为97.67%，对比组患者的治愈率为81.4%，观察组高于对比组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者在呼吸频率、呼吸困难、痰量等症状评分均低于对比组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者护理前焦虑评分、抑郁评分差异无统计学意义($P>0.05$)；护理后，观察组患者的焦虑评分、抑郁评分均低于参照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者并发症发生率为6.98%，对比组患者并发症发生率为23.26%，观察组低于对比组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组的护理满意率为95.35%，高于对比组的74.42%，差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论：**老年肺炎患者经临床观察及护理干预对病症改善效果理想，可给予临床广泛推广及应用。

【关键词】 老年肺炎；临床观察；护理干预

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2022)01-0131-04

老年肺炎为临床常见且多发性疾病类型，多受老年人群机体免疫力下降所致，以呼吸道感染为主^[1]；如未得以及时有效的治疗，随病症恶化进而发展呈肺炎症，对老年患者身体健康和生活质量带来严重负面影响，临床重视度较高。为此，临床在给予老年患者有效治疗的同时应辅以有效的护理干预，以进一步保障治疗效果并促进患者病症康复。本文着重针对老年人肺炎的临床观察及护理干预进行探讨分析，详细报告内容见下文所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取我院2020年12月—2021年10月诊治的86例老年肺炎患者作为研究对象，依照奇数偶数分组方式将患者分为观察组和对比组，每组43例。观察组中男性患者26例，女性患者17例，年龄58~86岁，平均年龄(71.02±3.35)岁；病程5个月至3年，平均病程(1.02±0.39)年。对比组中男性患者24例，女性患者19例，年龄59~88岁，平均年龄(71.65±3.41)岁；病程6个月至4年，平均病程(1.08±0.42)年。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)，研究可比。

1.2 纳入标准 (1)经X线检查等方式诊断确诊为肺炎症；(2)年龄>55岁；(3)临床表现为脱水、呼吸困难、咳嗽、咳痰、食欲不振等；(4)签署我院知情同意书并经医院伦理委员会批准后实施。

1.3 排除标准 (1)合并心力衰竭、肝肾衰竭等重要脏器疾病；(2)合并恶性肿瘤疾病；(3)不配合、不依从；(4)合并精神类疾病或精神障碍性疾病。

1.4 方法

1.4.1 临床观察 两组患者均行临床观察，具体内容如

下：

1.4.1.1 老年肺炎患者多合并其他类型疾病，如高血压、糖尿病、心脏病等全身性疾病或脏器功能减退，受合并病症影响患者临床表现更具复杂性。

1.4.1.2 老年肺炎患者临床症状相对不典型，这是由于老年人群身体机能处于下降态势，机体敏感度偏低，自觉症状不理想，发热及疼痛感知亦不够明显。

1.4.1.3 老年肺炎患者病程发展较快，老年患者身体重要脏器功能偏低，受肺炎病症影响全身衰竭发生率更高，病症进展速度更快。

1.4.1.4 老年肺炎患者并发症发生率偏高，患者发病后需保持长时间卧床休息状态，便秘、坠积性肺炎、压疮等并发症发生率增高，同时患者骨质疏松、肌肉萎缩、静脉血栓、肺栓塞等并发症发生率亦出现不同幅度增高。

1.4.1.5 老年肺炎患者体内水电解质紊乱，患者受身体因素和病症影响，饮水量骤降，进而极易引发体内水电解质紊乱。

1.4.1.6 老年肺炎患者治疗耐受度偏低，患者在治疗过程中身体应激反应相对更强烈，治疗耐受度普遍不高。

1.4.2 对比组患者仅行有效治疗、未实施护理干预。

1.4.3 观察组患者在有效治疗的基础上实施护理干预 具体措施如下：

1.4.3.1 体温监测 护理人员需按时对患者体温进行检测和及时记录，避免患者体温过高而引发意识不清、水电解质紊乱、心力衰竭等症状，如患者体温升高时，可通过冰敷、多饮水等方式进行物理降温并加速体液循环，以降低体温；如患者体温升高过高时，可根据医嘱内容给予患者退热药物降低体温。

1.4.3.2 心理护理 护理人员需通过与患者交谈、沟通等方式引导患者进行情绪调整,掌握患者是否存在焦虑、紧张、不安等不良心理情绪。针对产生原因给予患者针对性心理疏导,提高患者治疗信心,或以列举成功治疗案例的方式不断提高患者康复信心;针对患者提出的问题需给予耐心、详细解答,消除患者恐慌心理。

1.4.3.3 呼吸道护理 护理人员需指导患者掌握正确的咳痰方法,及时清除呼吸道内痰液,以保持呼吸道通畅;日常指导患者保持半坐卧位基础上进行深呼吸后进行呼吸锻炼,加速痰液排出,如患者痰液排出过于困难时,可通过轻叩患者背部、采用吸痰器等方式保证痰液顺利排出。

1.4.3.4 并发症护理 护理人员需密切监测患者各项生命指标的变化情况并做好及时记录,一旦发生恶向变化需立即告知主治医师行针对性治疗;同时,护理人员需详细了解患者既往病史,避免既往病史引发患者产生其他并发症。

1.4.3.5 感染预防护理 护理人员在日常治疗、护理期间需严格遵循无菌操作原则,按时做好患者病房卫生的打扫、消毒和灭菌,避免感染的发生;尽量减少家属来院探望,避免外来病原引发感染。

1.4.3.6 饮食护理 护理人员需根据患者饮食喜好制定饮食计划,保证患者每日摄入足量的蛋白质、维生素及微量元素,以此提高患者机体免疫力和抵抗力;不可食用辛辣刺激性食物和生冷食物,且进食过程中叮嘱患者不可说话并保持缓慢进食,避免呛咳的发生。

1.4.3.7 基础护理 护理人员可根据患者日常喜好在病房内摆放小物品以提升病房温馨度,按时对病房进行打扫、消毒,做好日常通风工作,保证病房卫生;及时调整病房内温度和湿度,给予患者更为舒适的病房环境,夜间降低各种噪音分贝,为患者营造一个高质量的睡眠环境。

1.5 观察指标

1.5.1 住院时间 详细记录并比对两组患者的住院时间。

1.5.2 治愈率 治愈表示患者经实验室检测肺炎全部消失,未治愈表示患者经实验室检测肺炎未全部消失,治愈率 = 治愈例数 / 总例数 × 100%。

1.5.3 症状评分 针对两组患者的临床症状进行评分,包含呼吸频率、呼吸困难、痰量等症状三项内容,每项分值为 5 分,分数越低表示患者症状表现越轻,分数越高表示患者症状表现越严重^[2]。

1.5.4 负面情绪 经临床通用的《汉密尔顿焦虑自评量表(HAMA)》和《汉密尔顿抑郁自评量表(HAMD)》评定患者的负面情绪,每项各 80 分,分数越低表示患者焦虑、抑郁情绪越轻,分数越高表示患者焦虑、抑郁情绪越严重^[3]。

1.5.5 并发症 记录患者发生肺水肿、感染性休克、支气管扩张等并发症例数,并发症发生率 = 并发症发生例数 / 总例

数 × 100%^[4]。

1.5.6 护理满意度 经我院护理科室自制的满意度调查问卷对患者进行护理满意度调查,总分为 100 分,分数在 85 分及以上表示患者对护理工作非常满意,分数在 56 分及以下表示患者对护理工作不满意,其余均为一般满意,护理满意率 = (非常满意例数 + 一般满意例数) / 总例数 × 100%^[5]。

1.6 统计学处理

本实验涉及的全部数据均采用 SPSS 24.0 统计软件进行处理和分析,计量资料指标如住院时间、症状评分、负面情绪评分等采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,计数资料指标如治愈率、并发症发生率、护理满意率等采用例数和百分比率 *n*(%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者住院时间对比

观察组患者的住院时间为 (8.12 ± 0.35) 天,对比组患者的住院时间为 (11.52 ± 0.64) 天,观察组低于对比组,差异具有统计学意义 (*t* = 30.564, *P* < 0.05)。

2.2 两组患者治愈率对比

观察组患者的治愈率为 97.67%,对比组患者的治愈率为 81.4%,观察组高于对比组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 1。

表 1 两组患者治愈率对比 [*n*(%)]

组别	例数	治愈	未治愈
观察组	43	42 (97.67)	1 (2.33)
对比组	43	35 (81.40)	8 (18.60)
χ^2	—	6.081	
<i>P</i>	—	0.013	

2.3 两组患者各项症状评分对比

观察组患者在呼吸频率、呼吸困难、痰量等症状评分均低于对比组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组患者各项症状评分对比 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	呼吸频率	呼吸困难	痰量
对比组	43	4.18 ± 0.31	3.91 ± 0.45	3.82 ± 0.62
观察组	43	3.52 ± 0.21	2.74 ± 0.29	2.74 ± 0.46
χ^2	—	11.558	14.331	9.173
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者护理前后负面情绪评分对比分析

护理前,两组患者焦虑评分、抑郁评分差异无统计学意义 (*P* > 0.05);护理后,观察组焦虑评分、抑郁评分均低于参照组,差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者护理前后负面情绪评分对比分析 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	43	63.89 ± 2.74	31.25 ± 0.85	65.41 ± 2.91	35.16 ± 0.92
参照组	43	63.48 ± 2.61	46.32 ± 1.28	65.44 ± 2.82	45.56 ± 1.16
<i>t</i>	—	0.084	12.351	0.172	13.024
<i>P</i>	—	0.921	0.033	0.841	0.031

2.5 两组患者并发症发生率对比

观察组并发症发生率为 6.98%，对比组患者并发症发生率为 23.26%，观察组低于对比组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率对比 [n(%)]

组别	例数	肺水肿	感染性休克	支气管扩张	并发症发生率
观察组	43	2 (4.65)	0 (0.00)	1 (2.33)	3 (6.98)
对比组	43	5 (11.63)	1 (2.33)	4 (9.30)	10 (23.26)
χ^2	—	—	—	—	4.441
P	—	—	—	—	0.035

2.6 两组患者护理满意率对比

观察组护理满意率高于对比组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者护理满意率对比 [n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	护理满意率
观察组	43	23 (53.49)	18 (41.86)	2 (4.65)	41 (95.35)
对比组	43	17 (39.53)	15 (34.89)	11 (25.58)	32 (74.42)
χ^2	—	—	—	—	7.340
P	—	—	—	—	0.006

3 讨论

老年肺炎缺乏典型症状且病情进展速度偏快，因而漏诊、错诊情况常有发生；该疾病的致病因素多集中在革兰阴性杆菌感染、呼吸道条件致病菌感染、混合感染、耐药菌增多等方面^[6]，首发临床症状多为呼吸困难、呼吸急促、意识障碍、嗜睡、脱水和食欲减退等^[7]。现阶段，临床针对老年肺炎患者多行血液检查、动脉血气分析、胸部 X 线片、水电解质等方式进行检查并确诊^[8-9]，以此为基础的后续有效治疗；为进一步提升治疗效果，临床还需给予患者适度的护理干预，以促进患者病症改善及康复。以往临床针对老年肺炎患者仅行有效治疗，并未给予有效的护理干预，对护理工作的重视程度不高，因而患者并发症的发生率较高，对治疗及康复效果带来负面影响，且患者满意度普遍偏低，护患纠纷常有发生，也在一定程度上影响医院的社会形象和社会地位^[10]。随着临床护理理念的不断发展和进步，护理干预在临床中的重视程度日渐提升，越来越多的医院开始重视有效护理干预对病症治疗及患者康复的积极意义，且护理干预下遵循以人为本的护理理念^[11]，将患者作为护理中心和重点，将其应用于老年肺炎患者中，通过给予老年患者体温监测、心理护理、呼吸道护理、并发症护理、感染预防护理及饮食护理等方式，切实提高老年患者对病症治疗和护理的重视程度，提高自身配合度和依从性^[12]，针对患者存在的负面情绪进行有效疏导，确保患者在治疗期间保持积极乐观的心理和态度。同时，针对患者呼吸道、感染和并发症进行有效护理，以减少患者并发症的发生，保障治疗效果，并在饮食干预下帮助患者养成健康生活习惯，提升机体免疫力和抵抗力^[13]，进而有效促进病症康复。因此，为老年患者提供更具针对性、有效性和科学性的护理干预，能真正意义上实现患者病症的有效治疗和尽早康复，保障患者身体健康和生命安全，帮

助患者尽早回归正常社会生活，安享健康晚年生活^[10]。研究表明，观察组患者的住院时间短于对比组，观察组患者在呼吸频率、呼吸困难、痰量等症状评分均低于对比组，观察组患者护理后的焦虑评分、抑郁评分均低于参照组；可见与单一实施临床观察相比，临床观察及护理干预下能缩短患者的住院时间，减低症状评分和负面情绪评分。另外，观察组患者的治愈率为 97.67%，对比组患者的治愈率为 81.4%，观察组高于对比组；观察组患者并发症发生率为 6.98%，对比组患者并发症发生率为 23.26%，观察组低于对比组；观察组的护理满意率高于对比组。结果可见，临床观察及护理干预可在有效降低患者并发症发生率的基础上，提高患者治愈率和护理满意率，与陈锦绣《护理干预对重症肺炎并发呼吸机相关性肺炎老年患者的疗效观察》结果类似^[14]，具有研究价值。

综上所述，临床观察及护理干预应用于老年肺炎患者中对病症改善效果十分理想，可在加速患者病症康复的同时，提高患者对护理工作的满意程度，具有临床推广价值和应用价值。

参考文献

[1] 崔淑杰. 观察全方位护理干预应用于老年重症肺炎患者中的临床效果 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(13): 197-198.

[2] CHEN Y, STORE P, PHARMACY D O. Clinical observation of the different doses of Ambroxol Hydrochloride in the adjuvant therapy of senile pneumonia [J]. Journal of North Pharmacy, 2019.

[3] 侯金香, 赵春艳, 张静涛. 老年肺炎的护理干预措施和应用效果探析 [J]. 糖尿病天地, 2019, 16(7): 196.

[4] 王芳. 人性化护理干预在老年慢性阻塞性肺炎患者护理中的应用疗效观察 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(17): 133, 135.

[5] 张爱红. 以人文关怀为主的优质护理干预在老年重症肺炎患者的应用效果及并发症发生率影响观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(12): 93-94.

[6] 张亚平, 张艳美, 陈静祎. 优质护理干预老年慢性阻塞性肺炎的护理效果及生活质量观察 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(7): 145.

[7] YU Z. Clinical observation and nursing intervention of aerosol inhalation in the treatment of acute asthma in children [J]. Journal of Clinical Medicine in Practice, 2016, 20(2): 122-124.

[8] 李红碧. 用综合护理干预对于老年慢性支气管肺炎患者疗效的影响效果观察 [J]. 心理医生, 2017, 23(12): 20-21.

[9] 古丽斯坦·巴吾东, 朱惠乐. 重症室老年人吸入性肺炎护理干预分析 [J]. 医学美容美容 (中旬刊), 2015, 24(5): 480.

[10] ZHANG X T. Clinical Observation of Nursing Intervention on Elderly Patients with Severe Pneumonia Complicated with Ventilator-associated Pneumonia [J]. Medical Information, 2019, 32(8): 182-184.

(下转第 136 页)

内血肿形成、脑室内出血、脑血管痉挛等并发症^[7]。目前对于 LA 破裂主要治疗方式包含药物、手术, 药物主要以解除血管痉挛肌降低颅内压为主, 但疗效不佳, 因此, 手术成为 LA 主要治疗方式^[8]。血管内介入栓塞术是治疗 LA 破裂主要术式, 能达到填塞动脉瘤的效果, 以减少再次出血的发生率, 但治疗后患者可能出现一系列并发症, 不利于预后, 需配合优质、全面的护理服务^[9]。集束化护理是临床新型护理模式, 主要通过集合一系列循证治疗、护理措施和解决疑难问题, 目的是协助医护人员为患者通过更加优化的护理服务, 尽可能改善患者的护理结局, 提高临床护理质量^[10]。此外, 集束化护理具有目的性, 能有效避免常规护理的盲目性, 加强护理人员的责任心和职业道德, 将被动转为主动, 确保患者在治疗期间得到更为全面的护理^[11]。

躁动一般出现在麻醉苏醒时期, 通常同时存在定向障碍和兴奋躁动, 发生躁动原因通常包括以下几种: 性别、年龄、肝脏手术、术后镇痛、酸碱失衡、留置尿管等; 可能因麻醉药物对中枢神经产生的抑制程度不同, 残余药物对感觉反应与处理产生影响^[12]。躁动出现不但会增加复苏室人员工作量, 延长离开复苏室的时间, 还会影响手术效果和预后, 因此临床上使用科学的护理方式以减少躁动情况, 缩短患者复苏停留时间^[13]。张志红的研究以接受介入术治疗的 LA 患者作为研究对象, 给予集束化护理干预措施以改善其预后情况, 避免麻醉恢复期躁动情况的发生, 并避免引发再出血、脑血管痉挛等事件^[14]。本文研究结果呈现, 躁动发生率实验组低于对照组, 恢复乐观所占比例高于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 集束化护理在 LA 介入术后患者中获得满意疗效, 避免麻醉恢复期躁动的发生, 利于患者术后康复, 提高了患者生活质量, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 徐兵, 宣家龙, 雍成明, 等. 早期血管内介入栓塞术对颅内动脉瘤破裂患者氧化应激反应及神经功能的影响[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(4): 357-360.

[2] 赵岳峰. 颅内动脉瘤介入栓塞术治疗高分级动脉瘤性蛛网膜下腔出血的疗效及对 GOS 评分、免疫球蛋白的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(1): 125-127.

[3] LI R, DUAN Y X, LIU J J, et al. Control study of low

tube voltage computed tomography angiography (CTA) and digital subtraction angiography (DSA) in diagnosing intracranial micro-aneurysm[J]. International journal of imaging systems and technology, 2018, 28(2): 86-91.

[4] 王应, 郭锦, 尹小勇, 等. 早期介入栓塞术对颅内动脉瘤病人血清 MMP-9、NSE 水平及预后的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(13): 2276-2280.

[5] 王瑞青. 集束化护理策略在肝癌介入治疗患者围术期中的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(53): 117-118.

[6] 林建萍, 曹丽君, 王敏涵, 等. 基于遗忘曲线理论的延续性护理在颅内动脉瘤介入术后患者中的应用效果[J]. 当代医学, 2021, 27(14): 188-189.

[7] PIOTIN M, BIONDI A, SOUROUR N, et al. The LUNA aneurysm embolization system for intracranial aneurysm treatment: short-term, mid-term and long-term clinical and angiographic results[J]. Journal of neurointerventional surgery, 2018, 10(12): E34.

[8] 孟广丽, 王翠香. 循证护理对颅内动脉瘤患者介入栓塞术后并发症、心理状态及预后的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(23): 2772-2776.

[9] 刘建荣, 王妮, 唐小路, 等. 集束化护理干预在重型颅脑损伤后躁动患者中的临床应用效果[J]. 广西医科大学学报, 2017, 34(4): 636-640.

[10] 藏琳琳. 集束化护理对外伤性颅脑损伤患者术后躁动及生活质量的影响[J]. 河南医学研究, 2017, 26(13): 2469-2470.

[11] 郭先才, 李佳雨, 周汉京, 等. 全身麻醉病人术后苏醒期躁动风险预测模型的建立及应用[J]. 护理研究, 2021, 35(11): 2038-2041.

[12] 崔倩. 集束化护理应用于缺血性脑卒中介入术后患者的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(92): 101-103.

[13] 张会荣. 专项止血护理对颅内动脉瘤介入栓塞术患者术后血管并发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(13): 2399-2402.

[14] 张志红. 个性化护理在颅内动脉瘤介入术后持续性头痛中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(13): 243-245.

(上接第 133 页)

[11] 徐建花, 石庆雅. 优质护理干预对老年慢性阻塞性肺炎患者的护理效果观察[J]. 医药前沿, 2019, 9(19): 202-203.

[12] 唐明珠, 贺碧英. 老年 2 型糖尿病合并肺炎采用综合护理干预临床疗效的影响观察[J]. 湖南中医药大学学

报, 2018, 38(A1): 1.

[13] 乔京. 护理干预对老年重症肺炎并发呼吸机相关性肺炎患者临床效果观察[J]. 糖尿病天地(下旬), 2019, 16(10): 261.

[14] 陈锦秀. 护理干预对重症肺炎并发呼吸机相关性肺炎老年患者的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2018, 16(1): 111-112.