

ICU重症监护室建立人工气道患者的护理效果探究

肖 雪

新疆生产建设兵团第四师医院 新疆伊宁 835000

摘要: **目的:** 研究ICU重症监护室建立人工气道患者的临床有效护理效果。**方法:** 选取我院2016年6月—12月和2017年6月—12月两个时间段, ICU重症监护室接收的建立人工气道患者100例, 根据患者入院时间分为观察组和参照组, 每组各50例, 参照组患者给予常规护理干预, 观察组患者给予综合护理干预, 对比2组患者临床指标、护理满意度、呼吸机相关肺炎发生情况。**结果:** 观察组患者护理总满意度96%高于参照组患者80%, 组间对比具有显著性差异($P < 0.05$)。观察组患者呼吸机相关肺炎发生率4%低于参照组发生率18%, 组间对比统计学意义存在($P < 0.05$)。观察组患者机械通气时间、重症护理病房时间少于参照组, 组间对比差异性显著($P < 0.05$)。**结论:** 对ICU重症监护室建立人工气道的患者实施临床综合护理干预, 能够有效缩短患者通气时间, 对患者病情恢复具有重要作用, 护理满意度也相对较高。

关键词: ICU重症监护室; 护理; 人工气道; 患者

人工气道是人为构建的气体通道, 主要作用是保证患者气道中气体畅通, 有效改善患者缺氧不良情况, 并清除气道中产生的分泌物, 从而有效确保患者生命体征保持稳定^[1]。ICU重症监护室患者多需要进行人工气道的建立以保证患者能够进行畅通的呼吸, 确保抢救过程中患者的生命安全。人工气道建立后, 会对患者呼吸道正常功能产生不利影响, 造成失水量增加, 防御能力降低, 分泌物粘稠, 易导致人工气道堵塞, 进而影响患者正常呼吸, 并且易引发VAP等并发症, 严重时危及患者生命。对此本院优化护理措施, 对构建人工气道ICU重症患者实施系统化气道护理, 获得较好效果。下文中笔者探讨构建人工气道ICU重症患者的有效护理措施, 具体如下所示。

1 数据与方法

1.1 基本数据

选取我院2016年4月至2017年4月期间ICU重症监护室接收的建立人工气道患者100例。根据患者入院时间分为观察组和参照组, 每组各50例, 其中观察组女性患者24例, 男性患者26例, 最小年龄41周岁, 最大年龄66周岁, 年龄均值(59.2 ± 1.3)周岁, 其中14例患者气管切开, 26例患者经口建立人工气道, 参照组女性患者23例, 男性患者27例, 最小年龄43周岁, 最大年龄67周岁, 年龄均值(59.3 ± 1.4)周岁, 其中12例患者气管切开, 28例患者经口建立人工气道, 2组患者年龄、性别等基本临床数据, 经分析对比无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

参照组给予常规护理, 具体包含人工气道固定、定

时吸痰和翻身拍背等。

观察组在参照组基础上进行系统化气道护理, 具体措施如下。有效气道湿化: 选择0.45%氯化钠作为湿化液, 控制湿化温度为32 ~ 37℃对患者进行气道湿化。其中针对人工气道机械通气患者通过呼吸机湿化罐对患者进行气道湿化, 针对人工气道辅助通气患者通过氧气驱动湿化罐外接T形管进行气道湿化, 控制氧流量为5 ~ 10 L/min, 两种方法均保持湿化罐内湿化液量为100 ml^[2]。定期对患者进行湿化效果评估, 确保患者痰液稀薄, 一次吸引即可有效清除痰液, 并且患者呼吸畅通, 插管无结痂。如吸痰效果达不到上述标准及时调整吸痰量。

有效的吸痰: 选择直径约为气管插管内径1/3, 长度比气管导管长4 ~ 5 cm, 硬度适中、质地光滑, 管壁挺直, 弹性好, 不扭曲的吸痰管。机械通气患者采用不同型号的封闭式吸痰管, 以降低气沫传播的风险。依据吸痰指征对患者进行吸痰, 吸痰指征为患者肺部听诊时存在痰鸣音; 对患者进行翻身、叩背时, 患者会发生咳嗽或呼吸道存在紧迫感; 患者气道压力增加, 呼吸机出现高压报警; 患者血氧分压或血氧饱和度降低。每天应用床边纤维支气管镜对患者的气管内壁进行检查, 如存在分泌物应立即更换^[3]。吸痰时采用螺旋式吸痰, 吸痰的同时向上提拉, 对于痰液较多部位可适当延长几秒钟时间, 但保证每次吸痰不要大于15s, 两次吸痰间隔不少于3 min。吸痰操作中对患者的生命体征、血氧饱和度及其神志进行密切关注, 出现异常及停止吸痰。

防止导管堵塞基础护理: ①体位干预: 将患者病床

床头提升30~45°,以降低患者的膈肌,从而降低患者误吸的发生,并便于湿化,增加气体交换量。②叩背干预:拍背时护理人员将五指进行并拢,微微弯曲手指关节,手掌呈凹式,自患者的肺底位置处按照从外向内,从下向上顺序进行叩击,叩击时以患者不感到疼痛为宜,每次叩击时间控制在5~15 min,以促进气管壁痰液有效脱落。③雾化治疗:对患者痰液性状进行观察,与医生交流,遵医嘱对患者实施物化治疗。其中机械通气患者采用呼吸机压缩雾化方式进行雾化治疗,其他患者采用氧驱动雾化方式。每天对患者进行2次物化治疗,每次时间控制在15~20 min^[4]。④口腔护理:口腔细菌下移到患者的呼吸道极易引发患者发生肺部感染导致患者呼吸道分泌物增加,对此应及时对患者进行口腔护理。口腔护理溶液选择依据患者口腔状况及其酸碱度确定,每天护理2次。

人工气道的专项护理:选用高容低压型气囊的气管导管,有效降低气管壁内压力,避免对气道粘膜损伤。管道固定一定要牢固并且松紧度适宜,不要出现过度牵拉扭曲情况。并对气管插入深度进行密切关注,防止导管活动引发粘膜损伤致使管路阻塞。气管插管气囊与声门之间存在吸痰盲腔,对此每间隔1~2 h应用负压引流方式对盲腔位置处进行引流,避免气管堵塞。

1.2 效果评价标准

对比2组患者临床指标以及护理满意度。护理满意度采用我院自制评价表进行评价,总分为100分,90分以上为非常满意、89分以下70分以上为一般满意、69分以下为不满意,总满意度=非常满意+一般满意。临床指标包括机械通气时间以及重症护理病房时间。对比2组患者呼吸机相关肺炎发生情况。

1.4 统计学处理

在SPSS20.0统计学软件下,($\bar{x} \pm s$)为计量资料,检验使用t进行,计数资料为(n),检验使用 χ^2 进行,当 $P < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者各观察指标对比结果见表1。

表1 两组患者患者各观察指标对比结果

组别	ICU重症监护室时间(d)	痰痂形成患者占比	气道堵塞患者占比(%)	VAP患者占比(%)
对照组	18.47 ± 5.09	13 (26.00%)	10 (20.00%)	8 (16.00%)
观察组	12.19 ± 4.23	5 (20.00%)	3 (5.00%)	2 (4.00%)

2.2 研究结果显示,相比观察组,对照组患者护理满意度较高,两组之间差异较大,具有统计学意义 $P <$

0.05。具体内容见表1。

表2 两组患者护理满意情况

组别	人数	十分满意	比较满意	不满意	护理满意度
对照组	50	15	29	6	44 (88.00%)
观察组	50	25	14	1	49 (98.00%)

3 讨论

构建人工气道是保证ICU重症监护室患者呼吸畅通,确保抢救过程中患者的生命安全的重要措施,但人工气道建立后,患者呼吸道正常功能会下降甚至早市,呼吸道中失水量增加,分泌物粘稠,加之防御能力降低,从而易出现气道堵塞、痰痂形成等不良情况,进而影响患者正常呼吸,并且期间患者易发生VAP等并发症,严重时危及患者生命^[5]。对此本院针对此类患者的护理模式进行优化,在常规护理基础上制定并实施系统化气道护理,具体措施包含对患者气道进行有效湿化,确保痰液稀释,利于吸痰,按照吸痰指征对患者进行有效的吸痰,一方面保证吸痰效果,并降低对患者气道损伤,另外制定并实施防止导管堵塞基础护理及其人工气道的专项护理等护理措施,从而有效避免气道堵塞、痰痂形成等不良情况发生,降低发生VAP等并发症发生,提高救治效果。研究显示,系统化气道护理落实后患者气道堵塞、痰痂形成等不良情况,VAP等并发症发生情况均得到有效改善,并且有效缩短患者ICU重症监护室救治时间。

本次研究表明,优质护理在减少ICU重症监护室建立人工气道患者并发症的出现、缩短机械通气治疗时间及促进患者护理满意度的提升方面有着不容忽视的作用,护理人员应给予足够的关注。

参考文献:

- [1] 张俊鲜.分析ICU重症监护室建立人工气道患者的有效护理方法[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(25):134-134.
- [2] 郭志军.分析ICU重症监护室建立人工气道患者有效护理方法[J].世界最新医学信息文摘,2017(14):55.
- [3] 马晓莉.分析ICU重症监护室建立人工气道患者的有效护理方法[J].大家健康旬刊,2017,11(5):55.
- [4] 刘丽丽,白云.分析ICU重症监护室建立人工气道患者有效护理方法[J].健康之路,2016(11):46.
- [5] 季娟.ICU重症监护室建立人工气道患者的护理方法探究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(28):78.

肖雪,女,汉族,生于1991年1月,本科,就职于新疆生产建设兵团第四师医院,职位:护士,职称:主管护师,研究方向:重症护理,邮箱:864311647@qq.com