

气道管理小组在气道护理质量管理中的作用

杨娜娜

长治市第二人民医院 山西 长治 046000

摘要: **目的:** 研究分析气道管理小组在气道护理质量管理中的作用与效果。**方法:** 本次研究随机选取2020年5月~2021年12月入本院ICU建立人工气道进行治疗的200例患者,并随机分为观察组与对照组,每组各100例。**结果:** 两组患者并发症率对比。结果显示,观察组并发症率与对照组相比,无显著差异($P > 0.05$)。具体见表1。两组患者的气道湿化情况比较。结果显示,观察组患者气道湿化满意的比例显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表2。比较两组不良事件发生率。结果显示,观察组不良事件发生率(3.33%)与对照组(10.00%)。具体见表3。两组患者的康复效果比较。结果显示,观察组撤机时间、体温恢复时间、入住ICU时间及住院时间均显著短于对照组,具体见表4。**结论:** 气道管理方法小组在气道护理质量控制中的运用,有益于减少并发症与不良反应发病率,改进气道湿化状况,帮助患者早日恢复,值得临床医学进一步推广应用。

关键词: 气道管理小组; 气道护理; 质量管理; 作用分析

引言: 急危重症患者的病况通常都比较偏重,常存有一定程度的呼吸功能问题,对患者建立人工气道和开展机械通气治疗是维持患者呼吸顺畅、保持长期稳定患者心电监护的重要途径。但长期接纳协助呼吸治疗的患者,很容易发生呼吸机相关性肺炎、非计划性拔管、深静脉血栓等并发症,对患者恢复导致不良影响。建立人工气道护理质量管理工作组对患者开展气道管理,能够有效提升患者气道管理性能和临床医学治疗实际效果,帮助患者尽快恢复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究随机选取2020年5月~2021年12月入本院ICU建立人工气道进行治疗的200例患者,并随机分为观察组与对照组,每组各100例。

纳入标准: ①合乎人工气道建立与机械通气条件者; ②人工气道建立时间超10d者; ③精神实质及心态正常者; ④意识清楚者正常的沟通交流及交流者; ⑤本科学展开展前患者及家属均知晓,另外在达成一致前提下签定知情同意书。

排除标准: ①干预期死亡者; ②合并肺部感染者; ③依从性较差者; ④临床检查、治疗等资料不全者; ⑤因个人或身体原因自愿退出本次研究者。

1.2 方法

对照组采用常规护理: 自急诊科住院后,因病况转变比较快,医护人员需紧密检测其心电监护、临床表现等状况,一旦在检测中出现异常应该及时与医生进行交流,进而寻找高效的解决对策; 次之维持病室内温湿度

适合,按时对病房进行清洁,减少感染发病率。对病人咽喉部情况进行评价,如果发现痰鸣音或干咳应及时吸痰,但尽量选防水套管下吸痰方式,与此同时提升口腔保健工作中,根据控温湿化、雾化吸入等形式维持气道潮湿,提高舒适感。

观察组在给予常规气道护理的基础上,组建气道护理管理小组对患者进行气道管理:

1.2.1 建立管理小组: 我院具备5年及以上ICU护理工作经验的护理人员构成护理精英团队,由ICU科护士长出任小组长。人人参与人工气道护理知识的学习,团队人员专业技能根据信息化教学、分组讨论、经典案例等形式完成; 最终能够对工作人员、操作步骤、航道安全风险评估等相关信息进行评价。评定完成后,参加此次科学研究。

1.2.2 确立组员的岗位职责: 气道管理权威专家工作组全权负责医院门诊气管病人的管理方法,并且对相关知识开展科研。小组长在护理部的带领下,制订年度计划,全权负责本小组工作中运作和质量控制。各小组组长和组员(即核心人物)承担落实措施。临床实验组承担专业技能考评,拍照视频和照片,制订标准和程序,按时修定标准,为质量控制组员和联络护理人员进行^[1]。质量控制组承担制订气道管理质控标准和一季度质量控制督查具体内容,开展质控总结分析与意见反馈,机构疑难病例讨论和院中护理专家会诊。

1.2.3 心理护理: 工作组负责人对患者评定; #039; 根据神情、肢体语言等表现出了心理状态。每日,通过文字、哑语手势、照片等和患者沟通交流。进而减轻自

已的消极情绪；胃肠减压前强化和病人的沟通交流，抚慰病人心态后正确引导它与亲人或亲密的人沟通交流，从而达到减轻其消极情绪的效果，并密切配合其治疗和护理。

1.2.4 气道护理培训：重点对ICU全部管床护士开展培训，包含吸痰、无创呼吸机的温湿度化、人工气道copd医护、呼吸机使用、无创呼吸机相关性肺炎预防、标准人工气道管理方法操作步骤、质量检测有关确诊步骤、处理临床医学现实问题等相关信息。

1.2.5 护理服务：搞好室内空气管理方法，维持温度湿度适合；保持氧流量为5L/min，如有二氧化碳潴留，则调整含氧量为30%~35%，维持吸进汽体温度为32~37℃；根据雾化吸入湿化维持气道潮湿，操纵合适的湿化器温度，立即加上无菌检测蒸馏水，保证24h湿化量≥250ml；吸痰时严格遵守无菌操作原则标准，先通过气道清除，然后再进行鼻子和嘴巴清除，保证吸净痰液，并尽量减少吸痰频次；紧密检测病人的心电监护，把它后背及头颈抬高^[2]，以推动吸痰，若病人痰液粘稠，SpO₂<90%，气道工作压力上升，则及时吸痰及雾化吸入解决。

1.2.6 护理对策：护理工作组每日对医院病房开展消毒。当病人康复或转到另一个专业时，应用紫外光消毒。氯消毒剂用以消毒表层、木地板和床单元。与此同时，用活性氧消毒器对被子和床垫子开展消毒。每个班用一次性消毒湿纸巾擦洗器材，迟早开窗自然通风2次(30min/次)，维持病房温度湿度适合。严格控制访问者的

总数、频次和时间。针对求助者，能够具体指导她们穿着一次性隔离衣、帽子和脚套，无需洗手液洗手。发烧感冒、发高烧、传染性疾病患者禁止进入，与此同时能够减少与患者的沟通时长，避免交叉感染。紧密检测病人的改变。护理阶段的心电监护。一旦发现剧烈波动，要及时联系医师。并且提升肌肤护理，按时给患者涂痱子粉，喷赛福润，防止压疮^[3]。气道管理工作组在护理中每日提升气管插管和支气管切开套囊固定，具体指导患者维持头颈拉申，根据降低头顶部姿势维持头颈持续转动。每个班查验调节传动皮带5天更换一次，环境污染时定期更换，查验气管插管深度并做好记录。假如患者心烦或不耐受，就要开始管束及管理，每日对支气管切开部位进行消毒。评定患者吸痰的条件。吸痰前事先供氧(浓度值100%，供氧2min)，手术过程中严格遵守无菌操作原则，依据患者状况挑选吸痰方式。但是对于吸痰通过率，还可以在吸痰时进行雾化，有效操纵气道湿化的使用量和方法。一天四次牙齿清洁，清洗方法是洁牙融合。洗脸前检测气囊压力，保证气囊压力适宜，拉高卧室床30，头向一侧歪斜。与此同时，提升管道的清洗、消毒和拆换，维持每日更换一次^[4]。假如痰量大或每个班换一次粘膜。

2 结果

2.1 两组患者并发症率对比

结果显示，观察组并发症率与对照组相比，无显著差异($P>0.05$)。具体见表1。

表1 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	压力性损伤	气道损伤	吸入性肺炎	合计
观察组	30	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)
对照组	30	3(3.00)	3(3.00)	0(0.00)	6(20.00)
χ^2 值	-	-	-	-	0.742
P值	-	-	-	-	0.385

2.2 比较两组患者的气道湿化情况

结果显示，观察组患者气道湿化满意的比例显著高

于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。具体见表2。

表2 两组患者的气道湿化情况比较[n(%)]

组别	例数	满意	过度	不足
观察组	30	22(73.33)	8(26.67)	0
对照组	30	13(43.33)	12(40.00)	2(6.67)
χ^2 值	-	-	-	5.293
P值	-	-	-	0.025

2.3 比较两组不良事件发生率

结果显示，观察组不良事件发生率(3.33%)与对照

组(10.00%)相比，具有明显差异($P>0.05$)。具体见表3。

表3 两组不良事件发生率比较[n(%)]

组别	例数	死亡	管道脱落	堵管	合计
观察组	30	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)	3 (10.00)
对照组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
χ^2 值	-	-	-	-	1.071
P值	-	-	-	-	0.301

2.4 两组撤机及恢复时间比较

结果显示, 观察组撤机时间、体温恢复时间、入住

ICU时间及住院时间均显著短于对照组($P < 0.05$), 具体见表4。

表4 两组患者的康复效果比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	撤机时间	体温恢复时间	住ICU时间	住院时间
观察组	30	10.37±1.75	5.21±1.16	13.26±1.34	18.62±3.08
对照组	30	7.03±1.18	3.42±0.92	9.08±1.29	14.15±2.24
χ^2 值	-	10.848	8.288	15.406	8.046
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

在ICU危重症患者的治疗过程中, 人工气道是常见的治疗方式之一, 但人工气道的应用与维护全过程繁杂。假如疏忽大意, 可延长患者的入院和恢复时长, 还可以威胁患者的生命。因而, 在治疗过程中要加强干预模式。但是, 伴随着近些年在我国住户生活品质的提升, 对护理服务的需求逐步提高, 基本护理服务不能满足ICU危重症患者的医学需要。为了防止隐性的不良反应和并发症, 必须为ICU患者提供更合理的人工气道。机械通气已广泛用于危重症患者的治疗方法。关键运用无创呼吸机保持气道通畅, 改进换气和氧合, 避免心力衰竭, 增加生命。机械通气患者身心状态差, 免疫力低下, 很容易出现并发症。并且患者非常容易对机械通气产生依靠, 危害治疗, 造成离线艰难。因而, 必须高度重视对此类患者的护理服务^[6]。基础护理尽管十分重视病况监控和对症治疗医护, 而缺乏前瞻性和精准医疗, 在防止各种各样风险事件层面存在一定不够, 仍然存在相对较高的病发症风险性。因而, 为了确保机械通气患者维持最理想的吸气情况, 应高度重视气道护理, 建立更专业的气道管理精英团队, 依据患者的具体问题进行气道护理和质量控制, 提升护理制度、规范、流程和医护人员, 从而提升护理质量。

气道管理小组运用效果本科学研究数据显示, 观察组病发症发病率和撤机失误率小于对照实验组, 气道湿化满意度超过对照实验组, 撤机和修复时间较短于对照实验组。提议创立气道管理工作组开展护理措施, 可进一步防止气管感染, 降低病发症的产生, 确保较好的气道湿化实际效果, 改进吸气情况, 尽早离线, 离线成功

率较高^[7], 有益于患者的病情修复。

此次科学研究结果显示, 在ICU人工气道患者开展护理中执行人工气道管理方法小组可减少患者住院治疗及通风时长, 也可以提高住院治疗和护理舒适度, 剖析主要原因是人工气道管理方法小组护理中可以根据患者要求及时纠正护理程序流程, 健全护理干涉的程序化交易和规范化, 并且以患者为核心, 护理人员强化对各护理单元监管, 保证机械通气的安全与高效率。人工气道营销团队对医护人员进行相应的方式的患者护理学习培训。高端护理人员和护理人员的分类管理, 提升了护理操控的质量管理, 确保了各类护理活动的高效执行, 提升了护理品质。提升患者的舒适感和满意率^[8]。与基本护理计划方案对比, 人工气道管理方法小组护理中以提高整体管理水平, 并且对护理信息进行小细节化, 在各类护理对策展开环节中要全面融合患者具体情况, 比如吸痰操作中应该根据痰粘稠度、特性, 对呼吸系统湿化方法作出调整, 致力于保证吸痰实际效果, 提升患者舒适度, 降低意外事故所引起的消极情绪, 进而减少其住院治疗及机械通气时长, 与此同时提升心理疏导, 根据优化环境、缓解其医治不适, 能促进其心态变好, 进而提升其诊治及住院治疗舒适度。

结束语

综上所述, 气道管理方法小组在气道护理质量控制中的运用, 有益于减少病发症与不良反应发病率, 改进气道湿化状况, 帮助患者早日恢复, 值得临床医学进一步推广应用。

参考文献:

[1]孙佳. ICU建立人工气道的高危因素及对策研究[J].

世界最新医学信息文摘, 2019, 19(60):274, 363.

[2]徐婷婷. 标准化气道管理在呼吸衰竭患者呼吸管理中的应用研究[J]. 中国标准化, 2020, (13):123-126.

[3]刘晓红,屈莫.精细化护理管理对人工气道患者气道湿化及气道并发症的影响[J].贵州医药,2021,45(4):658-659.

[4]孙丹,赵朋,倪佳莹,等.气道管理小组在群体严重烧伤合并吸入性损伤患者救治中的作用[J]. 中华烧伤杂志, 2018, 34(6):354-359.

[5]李晴歌,俞蕾蕾,胡嘉乐,等.人工气道管理循证实践实施中护士长领导力研究[J]. 中国口腔颌面外科

杂志, 2019, 17(4):323-326.

[6]汪文娟,申玉玲,刘金花,等.全程健康教育方案在喉癌术后人工气道患者居家护理安全管理中的应用[J].中国护理管理,2020,20(5):659-663.

[7]林艺如,林玲娟.重症监护病房人工气道集束化护理管理对呼吸机相关性肺炎的影响分析[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(29):105-106.

[8]郭安娜,任兴珍.集束化护理干预在神经外科非人工气道老年病人上呼吸道管理中的应用效果研究[J].实用老年医学,2021,35(7):766-768,772.