

ICU重症监护室建立人工气道患者的有效护理效果

周 娟* 胡小敏

国药葛洲坝中心医院 湖北 宜昌 443000

摘要: **目的:** 探讨ICU重症监护室建立人工气道的患者进行护理的有效方法。**方法:** 将2019年1月至2020年8月来我院ICU重症监护室进行人工气道建立的51例患者作为观察组, 将同期到我院ICU重症监护室进行人工气道建立的另外51例患者作为对照组。观察组、对照组分别采用综合护理和常规护理干预, 比较不同护理方法所取得的效果。**结果:** 观察组患者的护理有效率为94.12% (48/51), 对照组为78.43% (40/51), $P < 0.05$; 观察组呼吸机相关性肺炎发生率为9.80% (5/51), 对照组为25.49% (13/51), $P < 0.05$; 观察组的重症病房住院时间和机械通气时间明显比对照组短, $P < 0.05$ 。**结论:** 对于ICU重症监护室建立人工气道的患者通过综合护理方法加以干预能提升整体的有效率, 降低呼吸机相关性肺炎的发生率, 并缩短重症监护病房的住院时间和机械通气时间, 促进患者更好的恢复。

关键词: 重症监护室; 人工气道; 综合护理; 护理效果

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5650-0302-12>

引言

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。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年1月至2020年8月来我院ICU重症监护室进行人工气道建立的51例患者作为观察组, 将同期到我院ICU重症监护室进行人工气道建立的另外51例患者作为对照组。确保两组患者临床资料的一致性, 以方便进行分组对照研究。观察组患者中男性患者27例, 女性患者24例; 创伤性疾病22例, 脑出血术后18例, 中毒7例, 多器官功能衰竭4例; 年龄最大为78岁, 年龄最小为46岁, 年龄平均为(62.58 ± 6.72)岁。对照组患者中男性患者26例, 女性患者25例; 创伤性疾病19例, 脑出血术后18例, 中毒8例, 多器官功能衰竭6例; 年龄最大为82岁, 年龄最小为47岁, 年龄平均为(63.57 ± 6.82)岁。采用统计学软件检验两组一般资料, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。两组患者均为入住我院ICU重症监护室进行人工气道建立, 符合人工气道建立的标准和原则。

1.2 方法

对照组患者通过常规护理方案进行护理指导。观察组采用综合护理方法进行干预, 具体方法如下^[2]。

(1) 气管插管护理: 气管插管时要注意对导管进行妥善的固定, 护理人员在对患者插管后需观察导管是否存在移位等表现, 并进行及时的调整。如果存在严重的导管移位需立刻停止相关护理操作, 并妥善固定和复位导管。如果患者存在意外拔管的表现, 需对患者进行积极的吸氧, 密切观察患者的生命体征, 并通过备用的气管插管进行进一步的干预, 随时进行重新建立人工气道的准备。

(2) 气管切开护理: 部分患者需经气管切开后进行相关人工气道建立, 对于这一部分患者要着重进行气管切开管道的护理。为患者选择功能位, 确保室内空气流通, 保证舒适的温度和湿度, 有效缓解患者的呼吸困难表现, 同时因

*通讯作者: 周娟, 1991年5月, 汉, 女, 湖北宜昌, 国药葛洲坝中心医院, 护士, 主管护师, 本科, 研究方向: 重症医学科。

为气管切开的部位表现较为薄弱，所以在愈合过程中应注意观察是否存在出血表现，并及时的进行有效的止血干预，做好室内空气的消毒，避免患者出现感染。

(3) 气道湿化护理：气管切开的患者一般失去了气道湿化的功能，所以易导致患者合并严重感染的发生，甚至会导致患者出现气道梗阻等表现。所以在护理的过程中需通过呼吸机进行加温湿化，同时做好气道内雾化等相关的干预，有效的维持患者气道的湿化，在进行雾化和吸氧的过程中，确保痰液稀薄，以便于顺利促进痰液的排出^[1]。

(4) 分泌物吸出护理：在进行护理的过程中，医护人员需对患者进行积极有效的吸痰处理。临床护士在进行吸痰时需要为患者解释吸痰注意事项，在此过程中要坚持无菌操作的原则，在吸痰时要注意密切对患者的生命体征变化加以观察，如果存在危险因素要立刻停止操作，做好对并发症的预防干预。

(5) 心理护理：对气管切开后患者无法发生交流的患者很容易导致患者出现不良心理，患者易合并焦虑恐惧等不良情绪。所以在干预过程中可通过非语言交流的方式强化与患者的沟通，手术前了解患者的生理指标和心理因素，并通过个性化的心理护理方案进行指导，为患者提供积极的鼓励。多与患者进行沟通交流，以确定良好的护患关系。安排患者家属进行探视，保证患者的心理需求得到满足。

1.3 观察指标

护理总有效率评估标准：如果患者在进行人工气道建立的过程中一切工作顺利，未发生呼吸机相关性肺炎等并发症相关表现，说明有效；如果患者在进行人工气道建立的过程中存在不良状况，且出现了呼吸机相关性肺炎等并发症，说明无效。统计两组患者的重症病房住院时间和机械通气时间^[4]。

1.4 统计学方法

本文通过统计学方法对所有的理论数据等进行相关验证，在此过程中应用的软件版本号为IBMSPPSS25.0。对于非参数检验，涉及2个和2个以上的样本率/构成比、2个分别量关键性的分析通过 χ^2 检验进行验证，所有计数资料通过 $[n(\%)]$ 表达；对文中所涉及的双总体或单总体数据检验通过Student's *t* test (*t*检验)进行验证，样本计量、评论计量、单检验量偏差与随机误差态布曲线的离散程度通过 $(\bar{x} \pm s)$ 表达；配对资料、成组资料、多样资料和等级资料等以秩和检验，按等级分组的资料检验择通过Ridit分析，对服从标准正态分布统计量的检验值通过Z检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者的护理有效率为94.12% (48/51)，对照组为78.43% (40/51)， $P < 0.05$ ；观察组呼吸机相关性肺炎发生率为9.80% (5/51)，对照组为25.49% (13/51)， $P < 0.05$ ；观察组的重症病房住院时间和机械通气时间明显比对照组短， $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组患者的重症病房住院时间和机械通气时间比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	重症病房住院时间	机械通气时间
观察组	51	14.25 ± 0.77	8.18 ± 0.23
对照组	51	20.16 ± 2.36	13.14 ± 2.05
<i>t</i> 值		17.0018	17.1710
<i>P</i> 值		0.0000	0.0000

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，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，具体护理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^[6]。

综上所述,对于ICU重症监护室建立人工气道的患者通过综合护理方法加以干预能提升整体的有效率,降低呼吸机相关性肺炎的发生率,并缩短重症监护病房的住院时间和机械通气时间,促进患者更好的恢复。

参考文献:

- [1]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,2020,2(28):140.
- [2]欧阳蓓蕾,丁韵.ICU患者人工气道内痰痂形成的高危因素及护理对策[J].新疆医学,2020,32(05):560-561.
- [3]李文峰.分析重症监护室建立人工气道患者有效护理方法[J].中国继续医学教育,2020,9(10):201-202.
- [4]赵桂珍.ICU人工气道的临床护理研究进展[J].中国医药指南,2020,14(20):30-31.
- [5]陈兰,韩茜,徐蕾.ICU重症监护室建立人工气道患者护理心得总结[J].养生保健指南,2019(28):42.
- [6]张玉.ICU重症监护室建立人工气道患者临床护理观察[J].中国保健营养,2019,27(27):76.