

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.29.049

70 例 ICU 人工气道患者吸痰安全性临床分析*

王文琴,李玲[△],卢梅
(贵州省人民医院急诊科,贵阳 550002)

[中图分类号] R472

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)29-4172-02

ICU 建立人工气道是急诊科用来抢救急危重患者最主要的措施之一,临床人工气道的护理管理又是关系到抢救急危重患者的成败的重要环节,安全有效的人工气道吸痰又是保障维持患者生命征平稳的措施之一。因此,对本院急诊 ICU 收治的 70 例患者进行人工气道安全性吸痰,并取得满意的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 70 例 ICU 人工气道均为本院急诊 ICU 2012 年 11 月至 2013 年 12 月收治的急危重患者。本组病例分为观察组和对照组两组,其中观察组 35 例,男 23 例,女 12 例。年龄 16~93 岁,平均(60.1±2.3)岁。建立 ICU 人工气道中,经口插管 30 例,气管切开 5 例。使用人工气道时间最短为 22 h,最长为 34 d。对照组 35 例,男 26 例,女 9 例。年龄 11~90 岁,平均(59.3±1.9)岁。建立 ICU 人工气道中,经口插管 28 例,气管切开 7 例。两组在年龄、性别、疾病种类、插管类型和人工气道使用时间等方面的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 对照组,采用常规护理,常规护理包括导管固定、导管保持通畅、气道温化、吸痰、消毒、定时更换敷料、无菌操作等。观察组,采用常规护理和对吸痰的技巧,吸痰的时机、吸痰过程的时间及手卫生安全进行护理干预。

1.2.2 评价方法 吸痰时,主要观察患者的面容、生命体征的变化,以及低氧血症、心律失常、低血压等情况发生,吸痰后要听诊肺部呼吸音(啰音)以判断吸痰效果、体温变化和肺部 X 线片等情况的比较。

1.3 统计学处理 采用 SAS6.12 软件进行统计学数据分析,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者吸痰效果比较 两组结果显示:在控制呼吸系统感染方面,观察组明显优于对照组($\chi^2=5.714, P=0.017$),见表 1。

表 1 两组患者吸痰效果比较[n(%)]

组别	n	体温升高	肺部 X 线片		肺部呼吸音	
			病灶吸收	病灶无变化或增多	啰音减少	啰音无变化或增多
对照组	35	32(91.4)	6(17.1)	29(82.9)	8(22.9)	27(77.1)
观察组	35	9(25.7)	26(74.3)	9(25.7)	33(94.3)	2(5.7)

2.2 两组患者护理效果比较 观察组患者吸痰时机采按需吸痰,对照组采用定时吸痰,观察组吸痰时间小于 15 s,对照组 10~15 s,观察组吸痰技巧采用边旋转向上提,对照组采用上下提拉,观察组手卫生采用洗手戴手套,对照组采用快速手消毒,观察组并发症发生率(8.57%)低于对照组(31.43%),差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组发生 3 例并发症。其中,发生低氧血症 1 例,心律不齐 1 例,血压下降 1 例,无死亡病例。对照组发生 11 例并发症,其中低氧血症 4 例,心律不齐 3 例,血压下降 2 例,呼吸困难 2 例,其中发生 2 例死亡病例。使用人工气道时间最短为 22 h,最长为 34 d。

3 讨论

人工气道就是指将一导管经鼻腔/口腔或气管切开插入气管内建立新的气体通道。建立的人工气道能够及时准确地为患者进行有效的机械通气,从而达到改善气体交换之功能,增加氧合能力,并减轻呼吸功的消耗,缓解呼吸肌疲劳^[1]。

有效安全的吸痰是控制感染最主要的措施之一。气道管理中最基本的常规护理干预措施就是排痰^[2]。由于人工气道而失去了上呼吸道对吸入气体的湿化与加温能力,从而导致下呼吸道失水、造成呼吸道黏膜和分泌物干燥、支气管纤毛活动减弱,甚至消失,排痰困难不畅,常常发生气道阻塞、肺不张,并继发性肺部感染等并发症。呼吸机相关性肺炎(ventilator associated pneumonia, VAP)是接受机械通气患者最常见的医院感染^[3]。本组中的观察组显示,患者体温升高仅 9 例,占 25.7%,而对照组高达 32 例,占 91.4%。在控制体温升高明显优越对照组。患者肺部病灶吸收 26 例,占 74.3%,减少肺部罗音 33 例,占 94.3%,明显优越对照组。因而,在采用常规护理的基础上,采用将吸痰管插入至气管插管或气管切开套管长度再延长 1 cm 处行吸痰的方式,不仅能达到深吸痰方式的效果,而且其引起的并发症相对较少^[4]。同时,根据患者呼吸道的痰液情况来进行有效地吸痰、尽量减少吸痰次数,吸痰的时间。过多地反复吸痰会刺激呼吸道黏膜,使分泌物增多^[5]。越来越多的国内学者认为,减少吸痰操作的时间,是减少对患者呼吸道不良刺激的重要途径^[6]。当患者进食后 1 h 内尽量不吸痰,减少对患者的刺激^[7]。吸痰时,尽量做到轻柔,根据呼吸道的分泌物情况边旋转向上提,使分泌物被吸尽,每次吸痰前尽量做到洗手或戴无细手套。医务人员手卫生与消毒是隔离手段的重中之重^[8]。有效手卫生控制,可降低医院 ICU 感染率^[9]。有效地控制上呼吸道和肺部感染的发生与发展。

吸痰相关性低氧血症吸痰中常见的并发症之一。在吸痰过程中,应严密监测氧饱和度、氧分压等参数的改变,本对照组则发生低氧血症 4 例,为 11.43%,比观察者发生率高。因此,

* 基金项目:贵州省科学技术基金项目[黔科合 LS 字(2011)035 号]。 作者简介:王文琴(1962-),本科,副主任护师,主要从事急诊急救护理工作。 [△] 通讯作者:Tel:13985186766;E-mail:liling01082009@163.com。

当发生吸痰相关性低氧血症时,应立即停止吸痰,接呼吸机通气并给予纯氧吸入或吸痰前先吸纯氧或减少吸痰频率,观察组发生低氧血症 1 例,仅为 2.86%,明显低于对照组,结果表明,吸痰相关性低氧血症能够降低 32% 的发生率^[10],吸痰开始前和吸痰结束后均给予纯氧吸入 3 min,以减少吸痰过程中低氧血症的发生。吸氧是降低吸痰相关性低氧血症的重要措施。

不正确的吸痰方法对患者的血流动力学、心血管和中枢神经系统可以产生直接的影响,如心率、心律、血压、呼吸和神志,甚至导致颅内压升和呼吸,心跳骤停等严重的并发症,有的还可引起气管插管移位和(或)脱落^[10],会给患者造成极大的痛苦,甚至生命危险。因此,吸痰适应证是每位临床护士必须熟练掌握吸痰知识^[11]。本观察者仅发生心律不齐和血压下降各 1 例,无死亡病例。而对照组发生心律不齐 3 例,血压下降 2 例,呼吸困难 2,其中 2 例患者,1 例在吸痰过程中突然心跳呼吸停止,另 1 例经立即停止吸痰、心肺复苏等抢救,患者恢复窦性心律。1 例患者死亡引发医疗官司,对簿法庭。经验表明,危重病人的吸痰不是一项简单的护理操作,一定要注意患者的病情变化,尤其要注重对患者生命征的观察,其中包括肺部呼吸音,肺部 X 光片的改变,可以正确的判断吸痰的有效性,减少吸痰给患者带来的不必要的痛苦。也可以根据患者的痰鸣音,患者常因痰液及分泌物积聚在呼吸道内出现咳嗽、呼吸道痰鸣音及气道压升高,应及时予以吸痰^[12]。一旦听诊肺部布满湿啰音,立即吸痰,以降低发生气管导管阻塞和分泌物积聚的可能性;当脉搏增快(>100 次/分)或减慢(<60 次/分),并观察到气道处出现分泌物,这表明气道压力增加,因此,按需吸痰比定时吸痰更有效,减少对患者气道的反复刺激,避免因不能及时彻底清除呼吸道内分泌物而贻误病情。在吸痰后辅以有效咳嗽或胸部叩击或震颤,叩击时,用并拢五指成空杯状手,用腕部的力量,从肺底部由下而上、由外而内,快速并有节奏地叩击胸背部。

人工气道患者安全吸痰中采取各种有效的措施,密切监测生命体征和血氧饱和度、正确掌握吸痰时机、按需有效吸痰,掌握吸痰负压调节,吸痰前后给予吸氧、正确选用吸痰管、掌握娴熟的吸痰技巧、辅助肺部物理治疗,有利于早日拔出患者的人工气道导管,并发症的发生率就大大降低,本组病例采用微量泵持续气道湿化法,泵入速度根据患者痰液黏稠度决定。但是对吸痰部位的深浅、吸痰是否常规使用气道内滴注湿化液,密闭式吸痰还是开放式吸痰等有待临床进一步研究^[13]。本组

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.29.050

中,观察组中仅发生并发症 3 例(3/35),占 8.57%,而对照组中发生并发症 11 例(11/35),占 31.43%,从而提高对患者的救治成功率。因而,在临床上,吸痰的安全性越来越受到临床重视,成为临床护理研究的重要课题。

参考文献

- [1] 张波. 内科护理学(三)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:102-108.
- [2] 吕菁菁,吴金星,郭睿. 可视吸痰系统的离体实验[J]. 重庆医学,2012,41(9):869-871.
- [3] 李妍,郭爱敏. 提高 ICU 护士对使用呼吸机患者抬高床头依从性的策略和效果[J]. 中华护理杂志,2014,49(1):40.
- [4] 王聪,闰俊辉,胡淑玲. 不同吸痰深度对建立人工气道患者吸痰效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(9):84-85.
- [5] 蔡明燕,陈灵香,杨照霞,等. 人工气道内吸痰术护理研究进展[J]. 中医药临床杂志,2011,2(23):184-185.
- [6] 刘琪,高昕,张丽芳. 不同吸痰深度对重型颅脑损伤合并肺挫伤患者颅内压及血氧饱和度影响的研究[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(14):32-34.
- [7] 郑香云. 人工气道的舒适护理[J]. 临床合理用药,2014,7(1):121.
- [8] 王超美,段红林,杨军. 综合重症监护病房医护人员手卫生调查[J]. 中国消毒学杂志,2011,28(1):60.
- [9] 高志坤,杜凤芹,郑继文. 手卫生控制对 ICU 医院感染的影响[J]. 中国消毒学杂志,2009,26(5):576.
- [10] 杜世正,胡雁. 人工气道护理的循证实践[J]. 上海护理,2013,13(7):88-93.
- [11] 龙雪梅,蕾定丽,肖峰. 气管切开术后吸痰护理的体会[J]. 重庆医学,2008,37(19):2193.
- [12] 宗晶. 气管切开后机械通气的气道护理新进展[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(16):43-44.
- [13] 华红月,王欣然,韩斌茹. 气管内吸痰术的研究与应用进展[J]. 中国护理管理,2014,14(7):775-777.

(收稿日期:2015-04-25 修回日期:2015-05-16)

德尔菲法在高血压患者服药依从性保护动机问卷中的应用*

林陶玉¹,王水莲²,王凤菊²,许静²

(石河子大学医学院第一附属医院:1. 护理部;2. 心内三科,新疆石河子 832008)

[中图分类号] R259

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)29-4173-04

高血压对人群健康造成的严重危害已成为世界范围内重大公共卫生问题,目前也是我国患病率最高的心血管疾病^[1]。而在高血压的控制与管理过程中患者服药依从性发挥着举足

轻重的作用,但目前形势却不容乐观。众多高血压患者血压控制不理想,其中一个最常见的原因就是服药依从性差^[2]。保护动机理论是从动机因素角度出发,通过认知调节过程中威胁评

* 基金项目:国家科技支撑计划课题(2013BAI05B05);石河子大学医学院第一附属医院硕士基金(SS2014-051)。 作者简介:林陶玉(1974—),硕士,副主任护师,主要从事临床护理与护理管理的研究。