

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2015.04.021

ICU 重症肺炎机械通气患者综合护理干预体会

姚慧娟

(巨野县人民医院, 山东 巨野 274900)

摘要 目的 观察重症医学科(intensive care unit, ICU)重症肺炎接受机械通气治疗患者实施综合护理的临床效果。**方法** 选取既往 32 例接受机械通气治疗的 ICU 重症肺炎患者作为常规组,及现阶段 32 例接受机械通气并治疗的 ICU 重症肺炎患者作为干预组。机械通气治疗期间,常规组实施常规护理;干预组实施综合护理干预。**结果** 干预组患者治疗效果明显优于常规组;通气治疗期间不良反应发生率明显低于常规组。**结论** 综合护理干预模式对接受呼吸机机械通气治疗的 ICU 重症肺炎患者临床效果显著。

关键词 综合护理干预;机械通气;ICU;重症肺炎

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-9760(2015)08-300-03

重症肺炎是临床上常见的严重危及患者生命的疾病。目前对此类患者进行有效治疗仍是非常棘手的问题,而脱离呼吸机时间成为决定救治成功与否的关键^[1]。本文对采取常规护理模式的 ICU 重症肺炎患者作为常规组,采取综合护理干预模式的 ICU 重症肺炎患者作为干预组,对两组的临床效果进行了比较。报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机选取 2011 年 2 月至 2012 年 8 月 32 例接受机械通气治疗采取常规护理的 ICU 重症肺炎患者作为常规组,选取 2012 年 9 月至 2014 年 2 月 32 例接受机械通气治疗采取综合护理干预模式的 ICU 重症肺炎患者作为干预组。常规组男 19 例,女 13 例;年龄 26~74 岁,平均 (51.7 ± 3.9) 岁;患病时间 12~34d,平均 (23.8 ± 1.9) d;干预组男 20 例,女 12 例;年龄 24~73 岁,平均 (52.2 ± 4.5) 岁;患病时间 13~36d,平均 (24.1 ± 2.2) d。两组在年龄、患病时间上无显著性差异,具有可比性。

1.2 方法

按照标准化流程执行。

心理护理:采取多种形式与患者交流,如语言、手势、写字板、图画等,对患者安抚和心理疏导,使用鼓励性语言和手势,减轻患者对疾病的畏惧心理,增强战胜疾病信心^[2-3]。指导患者探视家属与患者交流,在病情允许情况下,根据心理需求,可请患者家属进入病房给予心理疏导和安慰。

人工气道管理:观察痰液性状、颜色、黏稠度及

痰量。对痰量大、颜色深,痰液呈现黄色或绿色同时体温明显升高者,注意是否肺部感染^[2]。观察呼吸频率及动度、心律、血氧饱和度、血气分析等,及时处理并报告医生。定期检查气囊压力、插管深度、固定带松紧、气管插管(套管)是否松动,气道是否通畅,有无食管返流等。气囊管理是人工气道管理的一个重要环节,合适气囊压力既可防止气道漏气,保证有效通气量,阻止口腔内分泌物、食管返流进入气道,又可防止气道黏膜损伤,减轻气道刺激。

吸痰护理:1)吸痰管的选用:根据气管插管的内径及气道长度选用合适的吸痰管。标准吸痰管质地透明、软韧、长度适中,其外径不超过气管插管内径的 $1/2$ ^[4]。吸痰管粗硬、插入过深,致气道阻塞、痉挛、缺氧,产生吸引负压过大,使肺泡陷闭,缺氧及损伤气道。吸痰管细软、插入过浅,吸痰管易阻塞,影响吸痰效果。2)吸痰适应症:严格掌握适应症,采用适时吸痰技术^[5]。吸痰间隔根据病情而定,如气短、咳嗽、咳痰、痰鸣音、痰液增多、气道压力上升、气道压力报警、血氧饱和度降低,应及时吸痰。患者感胸闷、呼吸困难,要求吸痰时再吸痰。患者翻身叩背、雾化治疗后、气管插管或套管护理、更换呼吸机管道、调节呼吸机参数时应判断是否需要吸痰。3)吸痰方法:吸痰前首先要检查胃内残余情况,胃排空不良者,餐后 10~30min 内者,除非紧急情况,应延迟吸痰^[6]。若需要气囊放气,应先清理口咽分泌物,必须更换吸痰管再吸痰。神志清楚者做好吸痰前心理疏导,鼓励主动咳嗽,配合操作,提高吸痰效果,减少并发症。推荐雾化吸入、翻身拍背、吸痰方法。吸痰前应吸入高浓度氧气或

纯氧 1~5min。单人吸痰操作前先给予纯氧 1~2min,双人操作前使用简易呼吸气囊在氧流量 6~8L/min 下膨肺 1~2min,可有效预防缺氧。吸痰负压调在 40.0~53.3kPa 之间。吸痰时间每次不超过 15s,需再次吸痰应间隔 3min 以上,连续吸痰操作不超过 3 次。痰液黏稠时可气管内注入无菌生理盐水 5~10 ml 或预先雾化吸入,使痰液变稀。必要时支气管镜下肺泡灌洗吸痰。若吸痰时心率、血压和血氧饱和度明显异常,应立即停止吸痰,及时吸氧,直至恢复到吸痰前的水平。

营养支持:营养状态是影响患者康复的重要因素^[7]。重症肺炎患者应激状态下,能量及蛋白质代谢明显增加,出现负氮平衡和低蛋白血症,免疫功能低下。营养不良会使咳痰无力,加重呼吸衰竭。饮食原则以高热量、高蛋白、高维生素流质饮食为主,分次鼻饲,根据胃肠排空情况每次控制在 200ml 左右,每 2 小时 1 次。必要时可静脉营养支持,补充脂肪乳、氨基酸、血浆、血制品等,及时纠正低蛋白血症。

感染控制:严格无菌技术操作。呼吸机湿化器贮罐内灭菌蒸馏水、过滤纸需每日更换,操作严格保持无菌。及时倒除呼吸机管路贮水罐所收集的冷凝水,调整呼吸管路高度,贮水罐处于管路的最低位,防止冷凝水倒流入湿化器和呼吸道。呼吸机管路、接头应每隔 2 天更换消毒 1 次。病房空气每日 2 次紫外线消毒。对感染患者,尤其是多重细菌感染患者,采取隔离措施。医疗器械及用物必须经过严格的消毒处理,减少医源性感染因素^[8]。

口腔护理:采用刷牙与冲洗法口腔护理,选用复方立口定漱口液,重点擦洗舌面、硬腭和牙齿,每日 2~3 次,必要时 4~6 次,减少口腔内细菌滋生。若有食物返流、口腔分泌物过多应及时口腔吸痰及护理。

体位及翻身排痰护理:平卧位易食物反流,是误吸及下呼吸道感染最主要的原因^[9]。若无禁忌,应 30°~45°半卧位。每 2 小时翻身护理,叩背,排痰,预防坠积性肺炎。肺部理疗可有效促进排痰^[10-11]。

气道湿化的管理:气道湿化是保持呼吸道通畅、预防肺部感染的重要措施。如吸入气体湿化不足,痰液黏稠,更易黏附、积聚在支气管内,阻塞气道,使吸入气体在肺内分布不均,通气/血流比降低,加重缺氧。随气道湿化程度降低肺部感染率会升高。吸入气体温度控制在 32~34℃,相对湿度

控制在 95%~100%,绝对湿度不低于 33mg/L^[12]。

1.3 疗效评价方法

显效:缺氧状态完全纠正,痰量完全或基本恢复正常,肺啰音明显减轻,胸片或胸部 CT 检查显示正常;有效:缺氧症状较前缓解,痰量及肺部啰音有所减少;无效:异常症状和体征的改善程度不明显,胸片或胸部 CT 检查显示炎症症状无好转。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS17.0 进行数据处理。

2 结果

见表 1。

表 1 两组患者重症肺炎患者治疗效果比较[n,(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
常规组	32	9(28.1)	14(43.8)	9(28.1)	23(71.9)
干预组	32	13(40.6)	17(53.1)	2(6.3)	30(93.7)
χ^2		5.3790			
P		0.0204			

不良反应见表 2。

表 2 两组患者重症肺炎患者不良反应发生率[n,(%)]

组别	n	不良反应
常规组	32	7(25.0%)
干预组	32	1(6.3%)
χ^2		4.2667
P		0.0389

3 体会

在重症肺炎患者临床护理工作中,进行及时、有效的心理疏导能够显著增加患者战胜疾病的信心,配合治疗;适时标准化吸痰技术能减轻患者痛苦,提高吸痰效率,减少并发症;合理、有效的营养支持可改善蛋白质合成,提高患者抵抗力;严格无菌技术操作,可减少医源性感染;口腔护理可避免咽部细菌寄殖,降低感染发生率;正确的体位及机械排痰,能有效防止误吸,预防坠积性肺炎,避免再次感染;气道湿化利于排痰、吸痰,使呼吸道保持通畅,预防和控制肺部感染。

本文结果显示,对 ICU 重症肺炎患者在接受机械通气治疗的过程中实施综合护理干预措施,可显著提高患者治疗效果,降低不良

(下转第 304 页)

生进行全面评价。积极探索开卷考试、口试、网络评价等多种形式相结合的评价、考核方式。

3.4 积极探索网络思政的方法和手段

我校的思政课建设充分利用互联网的功能和作用,加大了网络思政教育平台的建设。通过主题教育网站、思政课课程网站、网络资源共享课,给学生提供庞大的充分的思政课优质课程资源。

我校思政课利用主动翻转课堂、学习娱乐化、个性化发展、形象性、立体化和网络化的教学手段,为学生创造个性化学习的空间,确立学生在教学中的主体地位,培养其利用现代多媒体网络资源进行自主学习的能力、信息素养及分析和解决问题的能力。思政课教师在提高自身马克思主义经典原著理论素养和业务能力的同时、提高了对网络和以微博、微信为代表的各种新媒体的运用能力,做到网络和新媒体对学生影响到哪里,思政课的教学和影响和干预跟到哪里,有效实现两个舆论场的有效对接。积极开展慕课等教学模式的创新与实践,学会通过新的网络载体传播正能量、弘扬主旋律。

3.5 思政课的实践教学改革

我们把实践教学纳入思政课教学的总体规划,制定实践教学大纲,结合专题理论教学的内容确定实践教学的主题和目标。我们成功申报并承担了省高校工委思想政治理论课教学改革项目《医学院校思政课运用主题教育开展“知行合一”的实践教学模式研究项目》的研究,设计了“一主多辅”的实

践模式。思政课的实践教学不再是“课堂教学+社会实践”的简单叠加,而是利用实践教学促进课堂教学的改革,克服课堂教学和社会实践各自的片面性,体现社会即学校、生活即教育的现代教育的哲学理念^[5]。医学院校的思政课实践教学今后应结合医学院校的特点,围绕医学生如何服务社区、临床实习生的医德教育和医患关系的现状等方面多做实践调查。

思政课的改革能否落实,能否取得成效,关键在于广大思政课教师。这需要我们思政课教师不断提高业务素质和理论素养,增强自身的文化自觉和理论自信,不断提升道德水平和职业素养,努力做到理论最深厚、思想最活跃、师德最高尚,真正把思政课教学作为一项事业而为之奋斗终生。

参考文献:

- [1] 王华生. 医学院校思想政治理论课教学内容的分与合-基于医学专业认证[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 4(8): 662-663.
- [2] 孙大永. 利用微博构建大学生思想政治教育的新路[J]. 济宁医学院学报, 2014, 37(6): 430-432, 435.
- [3] 李仕波. PBL 教学法在“毛泽东思想和中国特色社会主义理论体系概论”课中的运用[J]. 六盘水师范学院学报, 2014, 6(12): 68-71.
- [4] 胡近. 创新与发展-新世纪高校“两课”教育改革前瞻性研究[M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2002: 5.

(收稿日期 2015-05-17)

(上接第 301 页)反应发生率,使患者能够尽早脱离呼吸机转至普通病房,缩短治疗周期。

参考文献:

- [1] 高岩,皮红英,李宁,等. 不同吸痰方式对急性呼吸衰竭患者呼吸系统顺应性的影响[J]. 中华护理杂志, 2009, 40(18): 571-572.
 - [2] 董水妹,赖秋英,程传红,等. 人性化护理对重症肺炎呼吸衰竭患者使用无创呼吸机的影响[J]. 中国当代医药, 2014; 21(29): 124-126.
 - [3] 向素英,丁晓英,陈小贞,等. 不同吸痰深度对机械通气患者安全性与有效性的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(34): 4200-4202.
- 陈佩敏. 人性化护理在呼吸内科 ICU 病房护理中的应用效果观察[J]. 吉林医学, 2014, 35(16): 2638-2639.

- [4] 张兰芳,朱香华,张玲. 适时吸痰对机械通气相关性肺炎的影响[J]. 护理学杂志, 2009, 20(11): 112-113.
- [5] 刘志敏,白俊萍. 机械通气患者适时吸痰的临床探讨[J]. 中华护理杂志, 2009, 34(15): 154-155.
- [6] 令狐秀萍. 肠内营养乳剂对机械通气患者营养状态和预后的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(5): 528-529.
- [7] 顾芝梅,李玉华,谢玉萍. 预见性护理在机械通气中预防和控制呼吸机相关性肺炎(VAP)的临床研究[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(11): 2078-2080.
- [8] 俞超,王薇. ICU 体位护理对减少机械通气相关性肺炎发病率的效果评价. 中国实用护理杂志[J]. 2012, 28(11): 21-22.
- [9] 蒋敏,李海波. 机械通气时气道湿化的进展[J]. 中国危重病急救医学, 2012, 24(7): 443-446.

(收稿日期 2015-05-20)