

观察 ICU 呼吸机辅助通气患者气道湿化雾化管理环节的护理效果

谭本芝

湖北省巴东县人民医院, 湖北 巴东 444300

摘要: 目的: 探讨在 ICU 呼吸机辅助通气患者护理中实施气道湿化雾化管理环节护理, 评价其临床效果。方法: 本次研究时间选择在 2019 年 10 月-2020 年 10 月, 期间将 80 例患者纳入研究, 其中实施常规气道湿化环节护理的 40 例患者为对照组, 在常规基础上增加实施氧气雾化接呼吸回路进行气道湿化雾化护理的 40 例患者为观察组, 对比分析两组患者干预效果。结果: 对照组患者护理满意度明显低于观察组, 对照组患者死亡率、呼吸机相关肺炎以及重度粘痰等并发症发生率明显高于观察组, 组间数据存在显著差异, $P < 0.05$ 。结论: 将呼吸机辅助通气患者气道湿化雾化管理环节应用于 ICU 呼吸机辅助通气患者护理中, 不仅会降低并发症发生率, 还能减少致死率, 取得的临床效果显著。

关键词: ICU 呼吸机辅助通气; 气道湿化雾化管理环节; 护理效果

机械通气是非常有效的人工呼吸方法, 也是维持患者生命常用手段, 更是临床不可缺少的医疗设备。由于 ICU 患者病情危重, 呼吸功能受到不同程度的损害, 因此必须使用机械通气辅助治疗。但是在治疗过程中, 患者易因气管插管引起细菌感染、肺炎等并发症, 加之患者普遍存在紧张、焦虑等情绪, 所以为患者选择一种科学的管理模式显得尤为重要^[1]。传统湿化对照组护理模式是通过在湿化罐内持续注入蒸馏水方式湿化气道, 通过对呼吸管路进行湿化, 以维持气道湿润, 观察组呼吸机辅助通气患者湿化雾化管理模式不仅增加湿化效果, 利用高速氧气气流使药液变成雾状, 再由呼吸道吸入, 稀化痰液, 促进痰液排出。同时药液可进入支气管, 减少气道痉挛, 最大限度的保证患者生命安全。基于此, 本文对 ICU 呼吸机辅助通气患者实施气道湿化雾化管理环节的临床疗效进行研究, 现将研究结果分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究均为我院收治的 ICU 呼吸机辅助通气患者, 于 2019 年 10 月-2020 年 10 月按照随机分组原则分为对照组和观察组。对照组患者有 40 例, 年龄区间在 22-82 岁之间, 平均年龄 (50.7 ± 4.6) 岁; 其中男性患者 22 例, 女性患者 18 例; 按照病理类型划分包括多发伤患者 13 例, 外科手术患者 2 例, 呼吸衰竭患者 9 例, 其他 16 例。观察组患者有 40 例, 年龄区间在 20-80 岁之间, 平均年龄 (50.9 ± 4.4) 岁; 其中男性患者 20 例, 女性患者 20 例; 按照病理类型划分包括多发伤患者 15 例, 外科手术患者 3 例, 呼吸衰竭患者 8 例, 其他 14 例。两组患者上述资料对比, 并无显著差异性, $P > 0.05$ 。纳入标准: (1) 所有患者均为 ICU 患者; (2) 所有患者年龄均超过 18 岁; (3) 所有患者均在用药前处于清醒躁动状态, 无法耐受机械通气。排除标准: (1) 排除不同意参与本次研究者; (2) 排除依从性较差者; (3) 排除中途退出治疗者。

1.2 方法

对照组患者实施常规气道湿化护理。气道湿化: 利用呼吸机进行气道湿化, 连接好消毒湿化器注水口和一次性输液器 (接灭菌注射用水 500ml), 打开输液开关, 注入灭菌注射用水, 待其达至水位线后给患者实施持续气道湿化。注重患者呼吸和氧合功能的监测, 按需吸痰, 严格无菌操作, 定期对病房进行消毒。

观察组患者实施气道湿化雾化管理, 具体如下: (1) 气道湿化方法同对照组。(2) 雾化方法: 呼吸回路接氧气雾化: 将带“T”型连接管喷射雾化器 (喷雾管内加入复方异丙托溴铵 2.5ml 及布地奈德混悬液 1mg) “T”型端连接至呼吸机回路“Y”型接口处的送气端, “T”型端一侧连接氧气源, 氧流量调节至 6-10L/分, 一侧连接呼吸回路, 处于密闭状。雾化时间一般 15 分钟左右, 每日 3 次。通过雾化吸入方式稀释痰液的同时做好肺部物理治疗工作。(3) 管

路护理。护理人员需对呼吸机管路进行定时检查, 维持管路通畅。并利用支撑架固定呼吸机管路, 将积水杯置于管路最低处, 以免导管出现松动或者牵拉现象; 期间需协助患者翻身, 予以扣背护理, 及时吸痰, 最大限度的保证患者舒适度。同时需注重患者生命体征的观察, 气道是否通畅, 呼吸机通气是否良好, 及时发现异常现象, 并加强风险因素的管理, 以保证患者的生命安全。(4) 严格无菌操作。护理人员在对患者进行临床护理时, 需定时为其更换输液器, 及灭菌注射用水, 将呼吸回路中冷凝水及时清理干净, 以免出现冷凝水回流现象, 同时需定期更换呼吸回路和气道湿化器, 以免发生污染。(5) 维持湿化装置的正常运行。护理人员需对湿化气中的灭菌注射水含量以及湿度进行检查, 保障有效的湿化, 一旦液平面低于水位线, 需及时添加注射用水, 以维持气道持续湿化。

1.3 观察指标与疗效评价标准

观察两组患者并发症发生情况, 主要从呼吸机相关性肺炎、重度粘痰以及死亡发生率等方面进行分析。观察两组患者护理满意度, 评估方式为调查问卷评估, 评估分值最高为 100 分。患者不满意评分为 60 分以下, 患者满意评分为 60-80 分, 患者非常满意评分为 80 分以上。

1.4 统计学分析

采用 SPSS23.0 统计学软件对气道湿化环节护理效果调查数据进行统计分析, 满意度、并发症发生率采用卡方值检验, 以 (n, %) 的形式表示, 若 $P < 0.05$ 则代表组间数据存在统计学差异。

2 结果

2.1 对比患者满意度

与对照组比较, 观察组患者满意度调查情况明显较好, 组间数据存在统计学差异, $P < 0.05$ 。详情如表 1 所示。

表 1. 对比观察组和对照组患者护理满意度调查情况 (n, %)

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	40	20 (50.00)	19 (47.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	10 (25.00)	22 (55.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2	-				6.1346
P					0.0132

2.2 对比患者并发症发生情况

两组患者并发症发生情况对比, 观察组患者明显好于对照组, 组间数据存在统计学差异, $P < 0.05$ 。详情见表 2。

表 2. 对比不同护理模式的两组患者并发症发生情况(n, %)

分组	例数	死亡	重度黏膜	呼吸机相关性肺炎
观察组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)
对照组	40	5 (12.50)	7 (17.50)	9 (22.50)
X ²	—	5.3333	5.0000	5.1647
P	—	0.0209	0.0253	0.0230

3 讨论

ICU 患者多采用呼吸机辅助通气干预方式, 此种方式虽能有效治疗呼吸衰竭疾病, 维持患者生命, 但是会对患者正常呼吸道生理屏障造成损害, 减弱气道湿化效果, 致使呼吸道分泌物的水分缺失, 严重者还会出现呼吸道结痂或者干燥等问题, 甚至发生呼吸道阻塞, 增加患者死亡的风险^[2]。

目前针对上述问题, 临床主要采取气道湿化雾化护理进行干预, 注重患者生命体征的监测, 操作过程中严格遵循无菌操作及时吸痰, 以减少痰痂堵塞、气道痉挛、感染风险、维持气道道畅通。通过气道湿化雾化、呼吸道护理、呼吸回路湿化器等的管理, 帮助患者顺利排痰, 避免管路脱落, 降低感染发生率, 是一种安全有效的护理模式, 在

临床护理中有显著优势。其次该护理模式能够维持气道湿润, 避免呼吸道痰液结痂、干燥, 减少肺部感染; 另外该护理模式还能及时帮助患者排除呼吸道分泌物, 缩短 ICU 住院时间, 提高呼吸机辅助治疗临床效果^[3]。

本次研究表明, 观察组患者护理满意度和并发症发生情况明显优于对照组, 组间数据存在显著差异。由此可见运用气道湿化雾化无症状感染者环节对 ICU 呼吸机辅助通气患者进行护理, 能够维持患者血氧饱和度, 最大限度的保证护理质量和护理安全性, 临床借鉴价值较高。

综上所述, 在 ICU 呼吸机辅助通气患者护理中实施气道湿化雾化环节护理, 能够挽救患者生命, 提高整体治疗效果, 减少并发症, 帮助患者尽早脱机, 是非常重要的护理手段。

参考文献

- [1] 谢树芸. ICU 呼吸机辅助通气患者加强气道湿化环节的护理效果[J]. 医疗装备, 2019, 32(24): 168-169.
- [2] 刘燕. ICU 呼吸机辅助通气患者气道湿化管理环节的护理对策探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(32): 125.
- [3] 曹燕秋. 比较主动湿化法, 人工鼻湿化法和 T 管雾化吸入法在 ICU 脱呼吸机病人人工气道湿化中的应用效果[J]. 健康必读 2020(29): 205.