

ICU 噪音对危重患者的不利影响及护理干预价值

沈丹云 唐维 胡思莹

桂林市医学院附属医院 广西桂林 541001

摘要：目的：研究分析 ICU 噪音对于危重患者的影响及干预方法。方法：本次选择我院 ICU 危重患者治疗患者，共 100 例，利用数字随机方式为患者分组，每组 50 例，探究组采用噪音护理干预，参照组采取常规护理，分析指标：两组昼夜噪音分贝。结果：探究组昼夜噪音分贝对比参照组更低 ($P < 0.05$)。结论：ICU 危重患者中实施噪音护理干预可降低噪音分贝，避免影响患者身心健康。

关键词：ICU 噪音；危重；护理干预；不利影响

ICU 属于临床急危重症患者集中进行诊治、监护的主要场所，其在密闭有限的空间内利用的仪器医疗设备较多，人员密度相对较大，同时，护理操作及抢救更为频繁，会导致 ICU 噪音相比普通病房更大^[1]。世界卫生组织明确规定，昼夜病房声音强度在 35~40 分贝，大于 50 分贝则相对吵闹。临床表明，我国噪音水平相比世界卫生组织规定更高，当中噪音会对患者及医务人员带来一定的身心损害。伴随临床医疗模式不断发生改变，以患者为中心的医疗服务不断开展。临床针对 ICU 患者的防护日益重视。本次将针对我院 ICU 噪音情况分析调查，并针对性展开护理对策，分析应用效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从院内 ICU 危重患者中选取 100 例入组，患者从 2018.10-2021.10 纳入。纳入标准：患者符合危重症标准对本研究知情且同意；排除标准：患者无法配合研究者。利用数字随机法分组为探究组及参照组，探究组纳入 42-84 岁年龄段患者，平均 60.31 ± 1.47 岁，男性 20 例、女性有 30 例，参照组纳入 41-85 岁年龄段患者，平均 60.35 ± 1.36 岁，男性 19 例、女性有 31 例；对于入组患者的基础病例采取统计学软件实施分析，对比后 $P > 0.05$ ，则对比方法可行。

1.2 方法

参照组采取常规 ICU 护理。探究组应用噪音护理干预：

①提高医务人员自身认知：现阶段，医务人员防噪降噪意识整体较低，因此，需要注重其相关教育及培训，使医务人员降噪意识提高，并实施各项工作及不良行为规范，在查房及讨论病情时避免使患者休息受到影响，墙上应张贴保持安静的指示语，并在工作区做到操作轻、说话轻、关门轻，叮嘱患者及医务人员共同维持良好的工作环境。②医疗环境改善：ICU 大厅应实施合理布局，并保持床间距 2 米以上，并实施单人病房设置，有效满足对于周边声音需求，注重患者需要，提高患者医疗舒适度及满意度。如条件允许，可尽量选用防盗措施，及时通过药物干预，并转入到单人病房进行诊治、监护，如无法改变病房布局，需要为患者提供绿色植物，并积极开展健康宣教，使患者能够维持轻松状态。③注重仪器管理：选择设备仪器时将运行噪音作为参考标准，选择低声仪器及无声设备，能够从根源上解决仪器、电器等噪音，并选用技术含量较高的产品。同时，安排专业人员针对设备及 ICU 仪器进行维护管理，针对容易产生噪音的设备仪器进行改进，积极实现降噪目的。

1.3 观察指标

观察研究指标：两组昼夜噪音监测指标。

1.4 统计学方法

ICU 噪音影响分析采用 SPSS22.0 数据针对相关数据进行统计、检验，两组昼夜噪音分贝指标应利用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，

t 对于数据指标进行计算检验，结果为 $P < 0.05$ ，表示对比有意义。

2 结果

探究组两组昼夜噪音分贝显著低于参照组 ($P < 0.05$)，见表 1 所示：

表 1 探究组、参照组患者昼夜噪音分贝对比 ($\bar{x} \pm s$; dB)

组别	例数 (n)	昼间	夜间
参照组	50	65.65 ± 2.27	55.42 ± 1.22
探究组	50	60.62 ± 2.34	50.37 ± 1.24
t		10.9098	20.5278
P		0.0000	0.0000

3 讨论

本次研究发现噪音主要为：①设备、仪器噪音：例如心电图监护仪、呼吸机、报声器、层流空调运行声音，吸痰操作抖动为 60~70 分贝，属于外科主要噪音来源。②谈话声：医务人员关于患者的工作医疗等方面的交谈声，医务人员及患者家属之间的谈话交流声音，家属及患者探视人员的谈话声。患者由于疼痛、烦躁、不安等发出呻吟声均会对于同病房其他患者造成影响，此种噪音声级在 70~80 分贝。电器声：主要为门铃声、通话声、电铃声，声音一般为 60~70 分贝，其中门铃声较为突出^[2]。④金属碰撞声：外科为重症、重大手术患者的治疗场所，大部分病床数量较多，诊疗器械应用的种类较为复杂，容易出现碰撞声音，移动床调整时产生的相关声音等。外科医生工作站护士站 24 小时噪音数量最高时间为 6~22 点，此时间段为外科诊疗操作以及病房人员最为频繁集中的阶段。8 点~10 点为护理人员的医生查房交接班时间，此时患者床边有人员相对较多。临床报道中发现，教学查房过程中，其噪音升级约为 65 分贝，9~11 点为每日患者护理及治疗的集中时间，属于外科中较为烦躁的时刻。

临床研究发现，与明显噪声环境相比，低噪音治疗环境下，患者血压、心率的体重影响均较小，但会导致患者产生焦虑、烦躁不安等情绪，听到抢救声音会使其出现恐惧心理，并造成新生理反应应激，诱发患者产生血压升高、失眠以及疲劳情况，对其治疗造成影响^[3]。噪音污染会对患者的睡眠时间深度造成影响，为患者针对性进行降噪干预，能够积极改善患者的临床睡眠质量。

综述，噪音护理干预可降低 ICU 噪音分贝，积极改善患者诊疗舒适度。

参考文献

- [1]陈芬. ICU 病房环境噪音污染情况调查与防护对策[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(23):51-53.
- [2]林金金. ICU 病房应用人性化护理[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(12):1768-1770.
- [3]邓小超. 外科 ICU 噪音污染情况与防护对策[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(10):20-21.