

有创-无创序贯性机械通气治疗手术后呼吸衰竭患者的气道管理效果分析

程娟 杨小红

(西安交通大学医学院附属第一医院 710061)

摘要:目的:通过对呼吸衰竭进行探究,采用优化气道管理进行预防。方法:通过选取我院心脏术后重症监护室收治的呼吸衰竭患者,共计患者人数120例,采用临床护理。随后对患者进行分组,对于对照组患者未使用优化气道管理,对于观察组患者实施优化气道管理活动。结果:通过进行观察,观察组感染例数为3例,VAP发生率为10.00%。通过进行对比,观察组整体发生率较低($P < 0.05$)。

通过对呼吸衰竭患者机械通气和住院天数进行比较,观察组呼吸衰竭整体效果较优。结论:通过进行优化气道管理,能够有效降低呼吸衰竭的发生率和病死率其具有一定意义。

关键词:优化气道管理;呼吸机呼吸衰竭;效果分析

在目前来说有创机械通气在临床上进行广泛应用中,其中主要并发症为呼吸衰竭。在目前来说呼吸衰竭发病率为8%-78%,其主要结合患者由于自身肺部结构改变,同时在免疫力低下的情况下容易发生合并呼吸衰竭。重症呼吸衰竭作为当前一种主要疾病,是常见的死亡原因,作为肺部感染疾病来说,在现阶段广谱抗生素^[1]的不断应用中,其他药菌株不断增加,病原菌的分布以及耐药性也在不断改变。优化气道管理是指同一现场的工作人员自发的进行品质管理,这些小组作为全面管理环节中的一环,通过运用各种统计工具随后进行工作现场活动的维护。近年来,优化气道管理在其他专业中的成功运用为相关性呼吸衰竭的护理工作提供了有益借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过选取我院心脏术后重症监护室收治的患者,就诊时间在2018年1月到2019年1月,共计患者人数120例,其中男性患者53例,女性患者67例。患者年龄在28岁以上80岁以下,所有患者均采用CT检查,按照当前相关诊断标准,分别确诊为。诊断按照当前诊断标准,其中以时间为分组,前半年为对照组,后半年为观察组。通过对两组患者进行分组,其中对照组和观察组呼吸机相关呼吸衰竭患者无较大差异($P < 0.05$)。

1.2 方法

对于对照组患者采用常规感染、祛痰以及营养支持等治疗,在稳定内环境以及相关有创机械通气的治疗。在气管插管后,给予正压通气。在患者缺氧情况改善后,使用压力-其通气和指令相结合的方式。

对于观察组患者来说在对照组患者基础上进行优化气道管理治疗。采用有创-无创机械通气,使用间歇口鼻面罩给氧,双水平气道正压通气,模式设置为ST,依据患者的病情程度以及缺氧情况进行气压设置,通气时间应在2h以上,给予间歇给氧。

具体效果如下:

第一,呼吸道的湿化。在建立人工气道后,加重、湿化功能丧失。在机械通气量增加时,呼出气增加,将会导致水分明显丢失。术后机械通气后,通过使用常规注射用水人呼吸机湿化装置,将温度调至39°C,撤离人工鼻。在临床实际中,通过加用0.45%生理盐水使用微量泵进行3-8ml/h气管内泵入,并以痰液吸出、分泌物稀薄作为目标,并取得理想的湿化效果。

第二,吸痰护理。人工气道正压通气一般不能进行有效咳嗽,需要借助机械吸引排出呼吸道的分泌物,并保证呼吸道畅通。在改善气体交换的同时,如果过于频繁的吸痰将会造成气道损伤。为了及时清除呼吸道分泌物的效果,最低限度的减少气道损伤,减少吸痰带来的并发症。通过要评估患者是否需要吸痰,如果痰液滞留在人工气道、口腔中,如果出现痰鸣音、湿啰音及时进行吸痰。在患者烦躁不安、呼吸频率加快的同时应及时吸痰。

第三,指导和鼓励病人有效咳嗽。在进行深呼吸训练后,深吸一口气。目前来说,患者在术后存在伤口疼痛的情况,一般不能产生有效咳嗽。使用加压胸壁法,护士用双手放置于双侧胸壁,使用双手向胸壁内施加压力,帮助有效咳嗽,及时清除呼吸道分泌物,避免分泌物进入气道。

第四,依照医嘱给予雾化吸入,一般安排在胸部振动体疗前,

先雾化再排痰,以此来减轻病人排痰消耗。进行科室人员的合理排班,根据科室人员状况进行弹性排班,并注意技术力量搭配,确保患者的安全。

1.3 观察指标

机械通气和住院天数比较。

1.4 统计学分析

各项研究数据均接受统计学软件SPSS19.00的分析和处理,当 $P < 0.05$ 时,认为数据之间的比较差异有统计学意义。

2 结果

对照组和观察组呼吸衰竭患者机械通气和住院天数比较

通过对呼吸衰竭患者机械通气和住院天数进行比较,观察组呼吸衰竭整体效果较优($P < 0.05$)。

表1.患者机械通气和住院天数比较

组别	机械通气时间	住院天数	VAP发生时间
观察组	5.71 ± 2.56	7.30 ± 2.45	5.34 ± 1.46
对照组	9.75 ± 3.68	12.87 ± 4.35	3.56 ± 1.05
t	6.981	8.642	7.667
P	0.000	0.000	0.000

3 讨论

在目前来说有创机械通气在治疗48h后进行机械通气的停用,在排除人工气道后48h内将会出现肺部感染性炎症。在目前来说在人工气道下机械通气破坏了支气管粘膜上皮包,从而使患者的生理功能受到破坏。

呼吸衰竭患者存在不同程度的胸闷、气喘以及呼吸困难情况,作为手术后的常见并发症,严重时还会出现神经异常改变。有创-无创序贯性机械通气,作为一种新型治疗方式,能够缓解缺氧情况,通过结合有创、无创进行调节,整体并发症少,然而由于技术难度高,需要专人进行配合。通过进行气道管理,在改善慢阻肺患者呼吸状态以及低氧血症状态的同时,有利于保证呼吸道的通畅并提升治疗效果。作为一种无创的支持形式,能够迅速改善患者的呼吸衰竭,对于一些呼吸道插管和免疫抑制剂患者,能够有效减少呼吸死腔改善气道黏膜的纤毛运动,整体效果相对较。在调节机体功能的基础上进行整体的治疗。通过对呼吸衰竭患者机械通气和住院天数进行比较,观察组呼吸衰竭整体效果较优($P < 0.05$)。综上所述,通过进行优化气道管理的治理,其具有一定意义。

参考文献

[1]王吉,张敏,石敦义,余锋,王璐.有创-无创序贯性机械通气治疗手术后呼吸衰竭患者的气道管理效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(12):1654-1655.

[2]郭福燕,冉蕾,刘会霞,李会彦,魏维,翟闻芳,李静.经鼻高流量湿化氧疗治疗手术机械通气拔管后急性呼吸衰竭及气道管理[J].国际呼吸杂志,2019(06):429-433.

[3]王德锋,吴翔昊,聂晓东.有创与无创序贯性机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭患者临床效果分析[J].临床合理用药杂志,2016,9(19):153-154.

[4]张银英,李云,杨仙姬,吴文娟,刘霞.有创-无创序贯性机械通气治疗手术后呼吸衰竭的气道管理[J].国际护理学杂志,2007(07):724-726.