

气管切开患者气道内湿化不同的护理方法及效果观察

马伦娜

(陕西省人民医院急诊外科护士)

摘要: 目的: 观察在气管切开患者中应用气道内湿化不同护理方法的临床效果。方法: 从我院 2017 年 2 月至 2019 年 2 月收治的气管切开患者中随机抽取 120 例患者, 经计算机数字抽样法将其平均分为两组, 即试验组 (60 例) 与常规组 (60 例), 常规组患者采用传统湿化方法对患者进行气道内湿化, 试验组患者采用气管内持续湿化方法对患者进行气道内湿化, 对比两组患者的痰液粘稠度与并发症发生率。结果: 试验组患者的痰液粘稠度明显优于常规组, $P < 0.05$; 试验组患者并发症发生率明显低于常规组, $P < 0.05$ 。结论: 针对气管切开患者采用不同的气管内湿化护理方法具有不同的临床效果, 应用持续湿化方法可有效改善患者痰液粘稠度, 减少并发症的发生率, 具有一定的临床应用价值, 值得临床推广。

关键词: 气管切开; 气道内湿化; 护理方法

人工气道对正经抢救的患者而言是一项重要措施, 且对患者的生命安全具有一定的积极作用, 而保证患者气道湿化能够保障抢救工作顺利开展。人工气道不同于人体本身的气道, 呼吸道不可避免会缺失部分工程, 如对吸入气体进行过滤、保温、清洁等, 如果没有对患者的气道进行湿化护理, 在长时间的呼吸下, 患者会呈现出呼吸道黏膜干燥的情况, 对患者呼吸道造成严重损伤^[1]。因此, 在人工气道下通常会应用合理、有效的护理方式进行气道内湿化, 保护患者呼吸道黏膜组织, 确保患者的生命安全。本文以我院收治的气管切开患者为例, 探讨气道内湿化不同护理方法对患者的临床效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 2 月至 2019 年 2 月我所收治的气管切开患者 120 例, 分组方式为计算机数字抽样法, 组间分布为试验组 ($n=60$) 与常规组 ($n=60$)。试验组患者男女性别分布为 26/34。年龄范围为 26~72 周岁, 平均年龄为 (43.27 ± 6.35) 周岁。常规组患者男女性别分布为 27/33。年龄范围为 27~74 周岁, 平均年龄为 (43.29 ± 6.31) 周岁。两组患者年龄、性别等一般资料经统计学软件分析可得: 统计结果不具备明显差异 ($P > 0.05$), 可比性校准结果合格。本次研究经医学伦理委员会批准可执行, 所有患者均签署相关协议书。

1.2 方法

常规组患者采用传统湿化方法, 具体内容有: 护理人员使用针筒抽取 0.45% 的 NaCl 溶液, 每 30min 沿着患者的气管套壁滴入 3 滴~5 滴, 在对患者进行气道湿化护理时, 需要根据患者的痰液粘稠度对湿化液量进行合理调整, 湿化液量的剂量应当控制在 10mL/d~17mL/d 之间, 持续护理一周。

试验组患者采用持续气道湿化方法, 具体内容有: 护理人员使用微量泵滴注 0.45 的 NaCl 溶液, 微量泵持续在每 30min 1.9mL, 去掉头皮针头的软管, 并将其插入气管套管内 3cm, 采取适当的措施

表 2: 并发症发生率对比 (%)

组别	例数	刺激性咳嗽	痰痂形成	肺部感染	气道黏膜出血	并发症发生率
试验组	60	1 (1.67)	2 (3.33)	0	1 (1.67)	4 (6.67)
常规组	60	3 (5.00)	4 (6.67)	2 (3.33)	3 (5.00)	12 (20.00)
χ^2						4.6154
P						0.0317

3 讨论

对于气管相关疾病患者而言, 通过气管切开术可得到良好的临床效果, 将气管切开后能显著提升通气量, 解除患者呼吸道梗阻症状。然而气管经切开后, 由于呼吸道受到影响, 容易导致呼吸道黏膜干燥, 气体经由导管直接进入肺部, 从而有极大可能导致肺部感染, 因此必须要对气管切开患者做好相应的护理工作, 保证患者气道湿化, 预防呼吸道黏膜干燥症状^[2]。传统气道湿化方法虽然可以让患者气道具有一定的湿化效果, 但无法维持较长时间, 存在着一定的不足之处, 从而影响到湿化效果, 引起相应的并发症; 持续气道湿化方法是一种新型气道湿化护理方式, 相对于传统气道湿化方法而言, 不仅能具有一定的湿化效果, 且能够用过持续湿化让患者气道保持长时间的湿润, 具有流速稳定、滴速可控等优势, 且能有效减少并发症的发生率, 具有较高的应用价值^[3]。本次研究结果显

示: 试验组患者的痰液粘稠度明显优于常规组; 试验组患者的并发症发生率明显低于常规组。各组间差异明显, $P < 0.05$ 。

综上所述, 对气管切开患者气道湿化采用不同的护理方式具有不同的临床效果, 其中, 持续气道湿化方法具有较高的应用价值, 值得临床推广。

1.3 研究指标

通过一周护理后, 对比两组患者的痰液粘稠度与并发症发生率。痰液粘稠度分为三个等级, I 度为稀痰, 痰液类似于米汤、泡沫形状, 通过吸痰后, 玻璃接头内壁无明显痰液残留; II 度为中度粘痰, 其浓度较 I 度大, 且更粘稠, 通过吸痰后, 玻璃接头内壁有少量痰液残留, 可通过水冲洗干净; III 度为重度粘痰, 粘稠度高, 外观呈黄色, 通过吸痰后, 玻璃接头内壁上有大量痰液残留, 不易用水冲洗干净。

1.4 数据处理

计量数据与计数数据分别采用平均值 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$)、百分比 (%) 表示, 并分别应用 t、 χ^2 检验。经处理后的数据将统一输入统计学软件 SPSS22.0 中进行统计学分析, 得到结果 $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 痰液粘稠度对比

经护理, 试验组患者的痰液粘稠度明显优于常规组, 且 $P < 0.05$, 差异较为显著, 详情见表 1。

表 1: 痰液粘稠度对比 (%)

组别	例数	I 度	II 度	III 度
试验组	60	42 (70.00)	16 (26.67)	2 (3.33)
常规组	60	24 (40.00)	27 (45.00)	9 (15.00)
χ^2		10.9091	4.3854	4.9041
P		0.0010	0.0362	0.0268

2.2 并发症发生率对比

经护理, 试验组患者的并发症发生率明显低于常规组, 且 $P < 0.05$, 差异较为显著, 详情见表 2。

示: 试验组患者的痰液粘稠度明显优于常规组; 试验组患者的并发症发生率明显低于常规组。各组间差异明显, $P < 0.05$ 。

综上所述, 对气管切开患者气道湿化采用不同的护理方式具有不同的临床效果, 其中, 持续气道湿化方法具有较高的应用价值, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 史秋平. 气管切开患者气道湿化的护理对策分析[J]. 智慧健康. 2019, 5(29): 88-90.
- [2] 李雪梅. 观察气管切开患者给予不同气道内湿化护理措施的效果分析[J]. 中国社区医师. 2019, 35(21): 149-150.
- [3] 彭蓉. 观察气管切开患者给予不同气道内湿化护理措施的效果[J]. 数理医药学杂志. 2017, 30(06): 945-946.