

心脏外科监护室建立人工气道患者的护理调查与研究

杨静

(陕西省人民医院心脏外科监护室 陕西西安 710068)

摘要:目的:针对心脏外科监护室建立人工气道的患者进行护理的心理方式探究。方法:将2021年1月至2021年12月来我院心脏外科监护室进行人工气道建立的56例患者作为观察组,将同期到我院心脏外科监护室进行人工气道建立的另外50例患者作为对照组。观察组、对照组分别采用个性化心理护理和常规护理,比较不同心理干预护理方式所取得的护理效果。结果:观察组患者的护理有效率为89.29%(50/56),对照组为80%(40/50), $P < 0.05$;结论:患者的需求是多样的,在气管插管术后产生不安全感、急躁、孤独、生气、恐惧、焦虑、抑郁等心理不适。因此,采取各种有效的沟通技巧,满足患者的需求,对提高护理质量,促进患者康复有着积极的临床意义。

关键词:心外科监护室;人工气道;个性化心理护理;护理效果;

心血管疾病是一系列涉及循环系统的疾病,是指人体内运送血液的器官和组织,主要包括心脏、血管(动脉、静脉、微血管),可细分为急性和慢性,一般都与动脉硬化有关。且这些疾病都有着相似的病因、病发过程及治疗方法。其中冠心病是由于冠状动脉粥样硬化使血管腔变窄后导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病;我国目前有冠心病患者高达6000万人,而且发病率在不断递增;它不但是老年人的常见病,而且也渐渐逼近了年轻人,是我国居民健康的“头号杀手”^[1]。目前临床上选用支架治疗,但也只是一种物理治疗,通过改善血管局部狭窄,减轻心肌缺血来使心绞痛得到缓解。但是,由于患者有冠状动脉硬化,其他部位同样也会发生狭窄,冠心病的危险性仍然存在,也就是说冠心病没有治愈,目前临床上冠心病治疗的相关诊疗技术有了很大的进步,同时也对临床护理的要求很高;冠心病病人只有得到及时、正确的治疗和科学、全面的临床护理,才能提高治疗效果、减轻病人痛苦、促进病人康复。

对于急危重症冠心病患者除了密切观察病人意识、皮肤、对外界反应及肢体活动情况。给予心电监护,观察心率、心律、呼吸、血压等变化,如心电图出现复杂或严重的心律失常或ST-T改变、Q波出现应及时与医生联系,并准备抢救。定期观察病人血压以及记录尿量,如若出现面色苍白、四肢厥冷、脉搏细弱、神态淡漠、大汗淋漓、出现紫绀,呼吸困难加重,伴血压明显降低,少尿或无尿者,应考虑并发症的发生^[2];必要时对于无法自主呼吸的病人行气管插管术以缓解因呼吸不畅而导致可能出现呼吸衰竭。

气管插管术对于呼吸道梗阻、呼吸肌麻痹、有不同程度意识障碍、短期不能清醒、吞咽及咳嗽反射减弱或消失、血气监测有低氧血症等均作为气管插管的适应证,是畅通呼吸道,拯救生命的一种紧急措施。气管插管后可达到清除呼吸道分泌物,解除痉挛,保持呼吸道通畅,防止感染的目的。然而气管插管手术绝大多数是在紧急情况下实施的,特别是在危重患者抢救时必须争分夺秒的进行气管插管手术,以便在短时间内成功救治患者的生命,而此时却忽视了患者的心理需求及对患者必要的解释。气管插管手术后患者面对不能进行语言沟通,内心的想法和身心的需求得不到满足等情况,这样往往会使部分危重患者更加恐惧,焦虑,影响病情的痊愈^[3]。

本文基于心脏外科监护室在2021年1月-2021年12月收治的106名气管切开患者进行有针对性和个性化的心理护理,取得一定临床经验,报道如下。

一、临床资料

1.1 一般资料

将2021年1月至2021年12月来我院心脏外科监护室进行人工气道建立的56例患者作为观察组,将同期到我院心脏外科监护室进行人工气道建立的另外50例患者作为对照组。确保两组患者

临床资料的一致性,以方便进行分组对照研究。观察组患者中男性患者27例,女性患者29例;先天性心脏病23例,CABG(冠状动脉旁路移植术)20例,瓣膜病6例,复杂性先天性心脏病7例;年龄最大为68岁,年龄最小为43岁。对照组患者中男性患者26例,女性患者24例;先天性心脏病19例,CABG(冠状动脉旁路移植术)18例,瓣膜病8例,复杂性先天性心脏病5例;年龄最大为73岁,年龄最小为47岁。

实行气管插管均选择7.0~8.5mm一次性低压高容性气管套管。本组106例患者其中102例患者是在全麻下实行气管插管手术,4例为局麻下实行气管插管手术。采用统计学软件检验两组一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。两组患者均为入住我院心外科监护室进行人工气道建立,符合人工气道建立的标准和原则。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①均为我院心脏外科监护室所收治的患者。②病症严重不得不进行人工气道建立患者。③存在人工气道建立的指征患者。④患者家属签署知情同意书,临床资料完整。

1.2.2 排除标准 ①不符合人工气道建立标准的患者。②合并严重的全身性感染的患者。③存在严重的器质性损害患者。④因各种原因无法建立人工气道的患者。⑤因各种原因无法完成本研究调查工作中途退出研究的患者。

二、手术期心理护理方法和结果

2.1 气管插管手术前的心理护理 气管插管手术绝大多数是在紧急情况下实施的,医护人员在匆忙的进行各种医疗器械及药品的准备,往往此时更加疏忽对患者必要的解释和心理护理。106例患者中90%的患者在实行气管插管前病情危急,在身心极度痛苦的情况下可能根本听不进去医护人员对他讲了什么,加之来来往往医护人员严肃的表情,嘈杂的环境更加剧患者的恐惧和濒死感。我们对意识清醒或非完全意识丧失者进行心理护理,护士在此时手握患者的右手,直视患者的眼睛以真诚的态度,亲切的语言简明扼要的讲解气管插管的必要性、手术部位、麻醉方法及术中可能出现的不适,并强调较好的配合病情恢复的时间越短。在每一项操作前均给予患者解释,医护人员要随时守护在床旁,注意观察患者情况,鼓励患者与医护人员配合,战胜疾病。当患者痛苦难忍时,除语言上给予安慰外,适时轻拍患者的手,以示安抚,使之感到被重视、被关心,有安全感。对躁动不安,不能充分合作的患者,必要时可使用中枢神经抑制药物。

2.2 气管插管手术后的心理护理 我们在对本组100例患者在气管插管手术后6h后,患者意识感觉恢复后,针对患者存在的身心问题进行一项简单的调查问卷,问卷的内容主要是询问患者目前

最担心的问题是什么?目前最想知道什么?希望医护人员给予那些讲解?

结果分析:从问卷我们得出 95 例患者最关心和担心的是自己的病情和疾病的预后情况,目前身心的不适和痛苦是否马上能够缓解或解除,却忽视了患者怎样配合医护人员才能尽快康复,针对这种情况护士的心理护理和健康宣教一定要站在患者的立场角度进行讲解教育并注意适当的时间才能使患者真正理解,愿意配合医疗护理措施,护士的心理护理及健康教育措施才能使患者易于接受和掌握。

三、非手术期心理护理方法和结果

3.1 气管插管术前的沟通 术前对于清醒的病人,医护人员必须简明扼要地向病人解释清楚:为什么要做这个手术,手术的必要性;手术的部位;用什么麻醉方法;手术过程中将会出现的不适感,应该如何配合医生等,这样可以使病人对手术有初步认识,并能使其心理方面有所准备。

3.2 气管插管术中的沟通 有了术前的解释工作,当患者术后清醒时,对于我们要为他摆体位、吸痰护理、翻身拍背、病人都会觉得这些是应该的操作,但当在进行插管操作时,由于对气道的刺激,病人会出现呛咳、呼吸困难、窒息感,会使病人感觉痛苦难受,出于无助与本能反应,病人会出现反抗不配合的表现,这时作为护理人员应该留在病人身边,随时观察病人的情况。当病人出现痛苦时,我们要一边适时地握住病人的手以示安抚,一边给予语言的安慰:“你要坚持一下,这个时候我们都知道你是很难受,不过你要尽量放松,拔管后很快就好了”。

3.3 选择合适的时间进行心理护理,我们一般选择医生查房后进行,针对医生对患者的病情分析有针对性的进行健康宣教,如患者目前肺部感染严重应加强吸痰,这时就应告诉患者保持呼吸道通畅和吸痰的重要性,让患者知道气管插管通道是目前维持生命治疗疾病的重要通道,千万不能自行拔出。在护士吸痰时配合咳嗽是将小气道的痰液咳到大气道,护士及时吸出痰液有利于病情恢复,告诉患者护士翻身拍背的目的,应适当忍受吸痰的不适。这时的健康宣教及心理护理易于接受并且体会深刻,最重要的是患者能配合护士吸痰。

3.4 针对患者的原发病制定相应的心理护理计划 对于急性呼吸衰竭、呼吸道梗阻患者,老年或长期患病住院者容易接受现实,比较配合,但年龄较轻者难于接受。后者除对气管插管担心外,更多是对原发病的预后担忧,除进行气管插管知识教育外,还要针对原发病进行制定教育计划,重点做好原发病的健康宣教,强调积极配合的重要性,训练有效咳嗽能力,争取早日拔除气管插管。

3.5 教会患者交流的技巧对认字及有书写能力的患者给予一块写字板和笔,并教会患者简单的手势。如做 ok 手势表示没有不舒服,很好。手放胸口表示胸闷气急,伸大拇指为要大便,小拇指为要小便等。告诉患者开放气管插管的气囊就可以发声,在吸痰后开放气囊让患者发声,患者确定自己可以发声一般很开心,这时告诉患者气管插管气囊的作用,告诉患者只要配合治疗护理就能及早拔除气管插管就能讲话发声,增强患者对治疗的信心。115 例患者均有书写能力,其中有 1 例患者讲方言,有一定的语言沟通障碍,我们请患者最信任的人将健康宣教的内容传达给患者听,使患者更容

易接受我们的健康宣教。

3.6 满足患者爱与被爱的需要 气管插管早期应经常对患者进行心理安抚,缓解患者身处监护室特殊的病房环境所产生的紧张焦虑情绪。在做其他治疗护理时,尽量站在患者可以看见的地方。告知患者可以拍床档呼叫医护人员。气管插管使患者不能用语言表达自己的想法和需求,虽然可以通过纸笔和手势与医护人员交流,但患者更渴望得到家人的关心和体贴。我们每日定时用手机让患者倾听外面亲人的关心和鼓励,即使患者身心得到极大的鼓励和安慰,又没有违背监护病房不准家属探望的原则。患者爱的需求得到满足后所产生的自信对疾病的康复具有重要作用。

四、护理有效率统计学方法

4.1 观察指标 统计两组患者呼吸机相关性肺炎的发生率,如果患者在进行人工气道建立的过程中一切工作顺利,未发生呼吸机相关性肺炎等并发症相关表现,说明有效;如果患者在进行人工气道建立的过程中存在不良状况,且出现了呼吸机相关性肺炎等并发症,说明无效。

4.2 结果

观察组患者的护理有效率为 89.29% (50/56),对照组为 80% (40/50);观察组呼吸机相关性肺炎发生率为 8.93% (5/56),对照组为 26% (13/50)。观察组的体外心脏外科监护室住院时间和护理有效率对照。见表 1。

表 1 两组患者的护理有效率和体外心脏外科监护室住院时间

组别	n	护理有效率	相关性肺炎发生率	体外心脏外科监护室住院时间
对照组	50	80%	26%	7-8 天
观察组	56	89.29%	8.93%	3-4 天

五、讨论

气管插管是紧急情况下的一个重要抢救措施,其术后的护理关键是保持呼吸道通畅,减少呼吸道损伤,防止感染及并发症的发生,更重要的是避免非计划性拔管意外的发生。通过对本组 106 例患者有计划,有时段,有个性及针对性的心理护理,本组 106 例患者最短 2 天最长 8 天拔除气管切开套管恢复健康。达到我们预期效果。通过对 100 例患者回顾性访谈中得知气管切开带给患者的痛苦经历对患者身心的影响极其深刻,特别是气管切开早期患者身心痛苦,紧张,恐惧的心理不能用语言表达,监护室中陌生的环境,与家人的分离极易使患者产生绝望的心理和不配合的行为。此时护士在不同时段的心理护理和健康宣教使患者明白自己疾病的原因,目前应该怎样做,使患者意识到护士随时关注,关心他(她)并使患者从被动到主动配合治疗,为顺利康复创造有利条件^[4]。

参考文献:

- [1] 张波.内科护理学(三)[M].北京:人民卫生出版社,2006:102-108.
- [2] 廖红梅.ICU 人工气道的管理[J].右江民族医学院学报,2011,33(1):119-120.
- [3] 陈秀霞.ICU 人工气道患者的集束化护理干预效果观察[J].当代医学,2012,18(3):119-120.
- [4] 李尧淘.神经外科 ICU 重症患者机械通气护理[J].现代医药卫生,2007,23(9):1317-1318.