



ICU 非计划拔管的原因及干预措施

施晓青

苏州市吴江区第一人民医院 ICU 江苏苏州 215200

【中图分类号】R472 【文献标识码】A 【文章编号】1674-9561 (2017) 05-021-02

非计划拔管也称意外拔管,是指患者在病情不允许,医务人员无充分准备的情况下进行的,未经医护人员同意,患者将各种导管拔出体外或因某种原因导致导管脱落,也包括医护人员操作不当所致的拔管^[1]。轻者增加患者痛苦,增加感染机会,增加医疗费用,延长住院时间;重者危及患者生命,导致医疗纠纷发生。据统计,非计划性拔管后再重新置管的患者,死亡率达25%^[2]。美国,非计划性拔管的发生率在7~25%。蓄意拔管,即病人自行计划将插管拔除,占非计划性拔管的多数,其发生率高达69~87%;台湾,UEX发生率高达22.5%,其中91.7%属于自行拔管,8.3%属于意外;法国,426例机械通气的患者进行2个月的观察,发现46例(10.8%)至少经历一次UEX^[3]。美国Hartford医院将UEX选定的关于ICUCQI13项标准之一,中国也将其列为ICU持续质量改进12项指导性考核标准之一^[4]。

1 非计划拔管的危害

ICU非计划拔管是临床风险管理不容忽视的重点问题之一,它直接关系到患者的安全和有效治疗。气管插管的UEX事件可能造成患者的窒息、气管损伤、肺部感染、再插管困难等,如发现不及时或处理不当,可能导致患者死亡;若及时重新置管,患者病死率也将高达25%。发生UEX后可延长患者机械通气时间,延长患者ICU住院时间,住院费用也相应增加,在患者法律观念和维权意识日益增强的今天,UEX还将带来医患纠纷的隐患^[5]。

2 非计划拔管原因分析

2.1 患者因素

疼痛、紧张、舒适改变是发生UEX的主要原因,占自行拔管的38.1%。自行拔管中悲观、绝望等心理问题占9.6%~31.0%,ICU的特殊环境,限制探视制度都可能使患者产生紧张、烦躁、悲观、绝望等情绪,其结果是不配合治疗和护理,造成UEX事件的发生^[7]。Moons等人对SICU、CCU、ICU和急诊科前瞻性研究中认为:GCS昏迷指数越高,患者自我拔管的风险越高。1项调查显示,66%的患者在自行拔管时的GCS指数介于10~12分,Shu—Hui Yeh等人在文献中指出UEX发生率高是因为插管疼痛的患者很少能适当地使用镇静剂,Moons等报道:GCS评分较高和不合理镇静的病人是非计划性拔管的高发人群^[8]。

2.2 导管因素

王晓弥等提出经鼻气管插管与经口气管插管相比,患者更不易耐受经口插管,经鼻插管非计划性拔管的发生率相对降低^[8]。固定不合理:气管插管缺乏有效固定。病人因出汗、口腔分泌物和呕吐物污染使胶布失去粘性,无法起到固定作用。固定方法不正确:在固定时只固定了牙垫,气管导管没有有效固定^[9]。

2.3 医护因素

未采取有效的肢体约束:多篇文献报道,因约束不当而自行拔管的占16.8~90.32%。研究表明,由于身体约束,使患者身心疲惫,产生气愤、易怒情绪,致使其行为失去理智,增加患者的躁动使UEX事件上升。部分患者和家属对约

束患者上肢有强烈反感,甚至擅自解除约束,而引起患者自行拔管^[10]。医疗护理操作不当:翻身或更换体位,口腔护理,搬运患者过程中,护士在进行护理操作时未妥善固定好导管^[11]。护士知识、经验不足:方力争等的研究发现,在116例UEX患者有76例发生在年轻护士班上,与工作强度无关,而与缺乏经验有关。多篇文献提出护士忽视睡眠状态下,患者所存在的意外拔管的危险,因而对UEX预见性不够^[11]。机械通气模式不合理:机械通气模式不合理,出现人机对抗,患者过度烦躁,发生自行拔管^[11]。未及时评估拔管,Razek等9人对1178例气管插管的患者进行回顾性调查发现,18个月期间发生的61次UEX中64%的患者不需要再插管。因此,在最佳脱机预案指导下适时拔管是减少UEX发生的重要措施之一。国内的研究也提示撤机过程中发生UEX的患者大多可以更早拔管^[12]。

3 非计划拔管预防对策

ICU是集中救治危重患者的场所,其特点是病情危重,复杂多变,需要工作人员急救知识广泛,能应用多种监护、抢救仪器和设备,对病人进行严格监护。而ICU护士长期处于高度紧张状态,临床风险事件易发生在护理工作中,非计划性拔管是ICU风险管理中不容忽视的问题。从结果中表明,采取有效的护理干预措施,使非计划性拔管率显著降低,避免了医疗护理纠纷的产生。

3.1 有效沟通

沟通一直被认为是有效防止非计划性拔管的对策之一。主动向患者讲解各种插管的重要性及预后的乐观结果,领会患者在短暂失语期间通过示意、手势、书写表达的意思。ICU病房施行半封闭式的管理,没有家属陪伴,对自己疾病预后的担心等等,常使患者感到孤独、绝望,及时与患者进行有效沟通,帮助树立战胜疾病的信心。同时提高领会患者所要表达意思的能力,将患者大概要表达的意思制成图片,让患者指认或准备写字板等。另外,亲人的探视,可以唤醒患者痊愈的希望,并且让患者体验到正常的家庭生活。一项研究显示,ICU患者在回忆家属探视的过程中,会经常性地回想起亲人的照顾,并且认为这对于他们来说有很大的帮助。事实上,所有住院患者在住院期间都是十分渴望亲人的陪伴,尤其是ICU的患者。及时在探视期间与家属进行沟通,及时传递患者治疗的动态信息。鼓励家属与患者进行交流,给予心理安慰,增强战胜疾病的信心^[13]。

3.2 有效固定

槽体正确固定气管插管和气管切开导管。每班检查并及时更换固定胶布或固定带。还有研究发现,采用口导管保护套固定效果较好,使气管插管患者发生UEX明显下降^{[13][15]}。

3.3 实施保护性约束

约束不当在本次原因分析中比例最高占36.3%,有两方面的原因:约束带松紧不适宜,在护理过程中常会出现约束带过松或过紧情况,过松患者挣扎后约束带容易脱落,过紧会影响末梢血液循环。家属私自解开,未及时约束,此种情

(下转第23页)



3 讨论

针对一些清醒的小儿手术患者来说,术前有效的应用镇静药物,能够在很大程度上消除患儿的不良心理情绪,比如恐惧、焦虑情绪等,强化构建静脉通道的依从性^[3]。众所周知,理想的术前镇静用药应该就是不良反应少、效果好、起效快、药效短、用药途径易接受等^[4]。给药的路径一般涉及了静脉注射、肌肉注射、口服和直肠给药这几类,鼻内给药可以在中枢神经传输系统展开定向作用,具有吸收快,给药方便、无创性的优势,被患儿容易接受^[5]。右美托咪定作为一类 α_2 受体激动药,可以发挥优良的镇静催眠作用,有效维持自然非动眼睡眠,引发中枢性镇痛、镇静、抗焦虑的作用,给予患儿优良的镇静深度^[6]。根据本实验结果表明:两组 T_0 患儿的心率无显著差异 ($P > 0.05$); T_1 , T_2 , T_3 , T_4 各期实验组患儿心率明显低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);实验组的不良反应总发生率为 7.1%。对照组为 33.3%,两组差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,相较于咪达唑仑治疗路径,右美托咪定滴鼻可以减轻患儿低血压、心动过缓、呼吸抑制、腹痛、躁动等不良情绪,镇静效果明显,值得借鉴。

(上接第 21 页)

况通常发生在探视之后。家属在探视时看到患者被约束,失去自由,而私自解开。针对这两种情况,我科使用了一种约束手套,材料:一种软塑料,圆柱形裹住患者手部,患者的 5 指能伸展为宜,在约腕部处扎两条带子,患者的手既可以伸缩自如,又不能抓握东西,起到良好的防拔管作用。另一方面,反复向患者家属讲解留置各种导管的重要性及自行拔管的严重后果,告诉家属这样的约束是暂时的,更有利于病情的恢复^{[13][15]}。

3.4 适度使用镇静剂

对 ICU 患者给予镇静和(或)镇痛治疗,已成为重症监护医学的一个组成部分。机械通气时应用镇静剂和镇痛剂的目的是:使患者能耐受气管插管,抑制呼吸中枢的呼吸驱动力,减轻焦虑心情,使患者容易入睡,使呼吸机与患者自主呼吸同步。此外,镇静、镇痛剂能改善患者舒适度,使患者有安全感。越来越多的观点认为,在 ICU 适度的镇静更有助于患者体力的恢复。术后当麻醉药效丧失后,机体的疼痛加上周围环境的陌生,身边无亲人的陪伴,孤独、恐惧、对疾病的预后,使患者更加烦躁不安;气管插管后不能与人交谈、不能表达自己的想法等,就可能出现不耐管等现象,由此出现人机对抗等问题。适度的镇静可使患者血流动力学趋向平稳,患者感到舒适,更有助于体力的恢复,为早日拔管做准备^{[13][14]}。

3.5 制定规范的操作流程

规范护理操作(翻身拍背),并且加强培训^[13]。合理排班,争取合理的人力资源配比^[15]。每班评估拔管,医护合作,评估脱机,适时拔管^{[13][15]}。

4 结论

总之,作为一名 ICU 护理人员,除了掌握精湛、高超的护理技术外,更应对患者身心护理加以重视。为防止意外拔管给病人带来致命严重后果,在护理操作中,应加强责任心,切实做好 ICU 病房内留置各种导管患者护理和监护工作。应针对非计划拔管的危险因素采取有效预防措施和健康教育,提高护理质量,确保患者生命安全。同时鼓励护理人员,并

参考文献:

- [1] 白洁, 黄悦, 卞勇, 等. 咪达唑仑与右美托咪定用于先天性心脏病患儿麻醉前镇静的临床效果 [J]. 医学临床研究, 2016, 33(4):650-653.
- [2] 张东, 汪社霖, 苗二芽, 等. 右美托咪定与咪达唑仑术前经鼻给药用于小儿全麻手术的临床效果比较 [J]. 中国医师杂志, 2015(s1):23-28.
- [3] 纪宏新, 何世琼, 陈文, 等. 右美托咪定滴鼻用于患儿面罩吸入麻醉诱导前镇静的半数有效量 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2016, 37(1):6-9.
- [4] 卞勇, 姚莹, 王丹, 等. 水合氯醛口服复合右美托咪定滴鼻用于小儿核磁共振检查镇静的疗效及安全性评估 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2015, 36(12):1080-1085.
- [5] 邱永升, 贾英萍, 徐庆, 等. 右美托咪定滴鼻复合丙泊酚静脉注射用于小儿无痛结肠镜诊疗的临床研究 [J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(5):308-312.
- [6] 朱晓昌, 倪小磊, 王爽, 等. 右美托咪定和咪达唑仑口服预防小儿七氟烷麻醉术后躁动的效果 [J]. 江苏医药, 2016, 42(23):2641-2642.

为其创造机会不断更新护理新知识、新技能,扩展知识面,运用所学的知识结合患者病情,为医生提供可靠的依据,在护理工作中防微杜渐,保证医疗护理安全。

参考文献:

- [1] 陈爱萍.ICU 患者非计划性插管及相关研究发展 [J]. 中华护理杂志, 2007, 10(42): 934.
- [2] Carrin M, Aguso D, Marco S M, et al. 气管内插管、胃管和中心静脉导管的意外拔除 [J]. 世界医学杂志, 2000, 4(8): 9-12.
- [3] Intensive Care Med 2010,30(7):1348-1355
- [4] Critical Care Civetta JM.Third Edition,Chapter13,2010 北京地区三级医院评审标准,中华医院管理协会,2010
- [5] Phoa LL, Pek WY, Yap WS, et al. Unplanned extubation: A local experience [J]. Singapore Med J, 2012, 43(10):504-508.
- [6] 郝彩琴, 李瑞英. 护理实践与研究 2012 年第 9 卷第 3 期
- [7] 沈犁. 气管插管患者非计划性拔管的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2006, 41(1): 68-70.
- [8] Philip Moons et al. Development of a risk tool for deliberate self-extubation in intensive care patients [J]. Intensive care medicine, 2004, 30: 1348-1353.
- [9] 王晓弥, 沈富女. ICU 气管插管病人非计划性拔管的原因分析及对策 [J]. 中华护理杂志, 2010, 36(6): 433-434.
- [10] 庄一渝, 袁莲凤. 医护合作减低 ICU 气管插管非计划性拔管发生率 [J]. 护士进修杂志, 2007, 22(5): 417-419.
- [11] 陈爱萍, 蔡虹. ICU 患者非计划性拔管及相关研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2012, 42(10): 934-937.
- [12] Emel Eryuksel, Sait karakurt, Turgay celikel. Noninvasive positive pressure ventilation in unplanned extubation. Annals of Thoracic Medicine-Vol 4, Issue 1, January-March 2009.
- [13] 葛向煜 [J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(1)
- [14] 宋魏琦 [J]. 上海护理 重症监护病房患者非计划拔管相互因素分析
- [15] 贺玲 南京市鼓楼医院 2012 年非计划拔管原因分析