



综合护理干预对降低 ICU 气管插管患者非计划性拔管的效果研究

陈 成 (浙江大学医学院附属第二医院, 310009)

摘要: **目的** 探讨综合护理干预对降低 ICU 气管插管患者非计划性拔管的临床效果。**方法** 选取我院 ICU 诊治的气管插管患者 120 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各 60 例, 对照组给予常规护理干预, 观察组在对照组的基础上给予综合护理干预, 统计两组非计划性拔管发生情况, 比较两组患者 SCL-90 因子评分及护理满意度。**结果** 观察组非计划性拔管发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组 SCL-90 各因子评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.01$); 观察组护理满意度显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** ICU 气管插管患者中应用综合护理干预有效降低非计划性拔管率, 改善患者心理状态, 提高护理满意度。

关键词: 综合护理干预 ICU 气管插管 非计划性拔管

中图分类号: R473 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-191-02

气管插管是一种建立人工气道机械辅助通气抢救危重病人的重要手段, 被广泛运用于 ICU 中^[1]。气管插管非计划性拔管是包括护理人员操作失误等原因导致的插管脱落或未经医护人员许可患者自行拔出插管。作为气管插管常见的并发症, 非计划性拔管会损伤患者呼吸道, 引发脑部不可逆低氧, 严重时可导致患者死亡, 此外非计划性拔管必然要经历再次插管, 患者要承受更多的痛苦^[2]。本研究选取我院自 2013 年 12 月至 2015 年 12 月 ICU 诊治的气管插管患者 60 例, 实施综合护理干预, 取得良好的临床效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院自 2013 年 12 月至 2015 年 12 月 ICU 诊治的气管插管患者 120 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各 60 例。对照组中男性 40 例, 女性 20 例, 年龄最小 18 岁, 最大 76 岁, 平均年龄 (53.27±18.74) 岁; 入住 ICU 原因: 脑出血 13 例, 重度复合外伤 14 例, 肺部疾病 10 例, 外科手术后 23 例; 插管方式: 经鼻插管 8 例, 经口插管 52 例。观察组中男性 38 例, 女性 22 例, 年龄最小 20 岁, 最大 75 岁, 平均年龄 (52.30±19.82) 岁; 疾病类型: 脑出血 15 例, 重度复合外伤 15 例, 肺部疾病 8 例, 外科手术后 22 例; 插管方式: 经鼻插管 10 例, 经口插管 50 例。两组患者在性别、年龄、入住 ICU 原因及插管方式等方面相比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规护理干预, 包括健康宣教、心理疏导、严格按照医嘱给予镇静剂治疗、气管插管常规护理等。观察组在对照组的基础上给予综合护理干预, 具体措施如下^[3]: (1) 护理人员培训干预: 对 ICU 护理人员进行气管插管护理操作培训, 分析失败案例, 分享成功案例, 提高护理人员护理技巧和应对气管插管非计划性拔管情况的应急处理能力; (2) 对患者进行风险评估: 护理人员要对患者进行气管插管非计划性拔管风险评估, 针对高风险患者给予预见性护理干预; (3) 合理有效的约束固定方法: 约束前, 护理人员要向患者及家属讲解约束器具使用的必要性, 有利于取得患者及家属的配合; 约束时患者要保持患者肢体功能位, 尽可能降低患者的不适感; (4) 合理使用镇静剂: 对于气管插管非计划性拔管高风险患者遵医嘱给予镇定剂镇痛镇静, 同时要密切关注患者生命体征, 以防患者病情被镇静掩盖; (5) 心理护理干预: 护理人员采取非语言沟通的方式与患者积极交流, 使用手势、文字等方法示意, 缓解患者负面情绪, 消除患者孤独感, 稳定患者心理状态。

1.3 观察指标

统计两组非计划性拔管发生情况, 比较两组患者 SCL-90 因子评分及护理满意度。SCL-90 因子评分观察患者护理后心理状态, 分数越高, 表面心理状态越差; 护理满意度评价标准: 共 20 项, 满分为 100 分, 分 5 个等级, <60 分为差, ≥60 分且 <70 分为一般, ≥70 分且 <80 分为比较满意, ≥80 分且 <90 分为满意, ≥90 分为非常满意, 护理满意度 = (非常满意 + 满意 + 比较满意) / 总数 × 100%。

1.4 统计学方法

应用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析处理, 统计描述各组数据均以平均数 ± 标准差来表示; 两组间数据的比较采用 t 检验; 计数资料进行卡方检验, 在 $P<0.05$ 时差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的非计划性拔管情况

观察组非计划性拔管发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1: 两组患者的非计划性拔管情况的比较 (例)

组别	n	非计划性拔管例数	发生率 (%)
对照组	60	13	21.67
观察组	60	4	6.67 ^a
t			5.5511
P			<0.05

注: 与对照组相比较, ^a $P<0.05$ 。

2.2 比较两组患者 SCL-90 因子评分

观察组 SCL-90 各因子评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.01$), 见表 2。

表 2: 两组患者 SCL-90 因子评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	躯体化	抑郁	焦虑	恐惧
对照组	60	1.77±0.26	1.87±0.28	1.90±0.31	1.97±0.33
观察组	60	1.24±0.13 ^b	1.29±0.14 ^b	1.32±0.16 ^b	1.35±0.18 ^b
t		14.1229	14.3513	12.8783	12.7760
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注: 与对照组相比较, ^b $P<0.01$ 。

2.3 比较两组护理满意度

观察组护理满意度显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3: 两组护理满意度的比较 (例)

组别	n	差	一般	比较满意	满意	非常满意	满意度 (%)
对照组	60	8	8	18	14	12	73.33
观察组	60	0	4	19	20	17	93.33 ^c
χ^2							4.3200
P							<0.05

注: 与对照组相比较, ^c $P<0.05$ 。

3 讨论

通过对临床资料进行整理分析, 我们发现气管插管非计划性拔管有四个常见原因^[4]: (1) 医疗操作失误: 护理人员进行患者口腔护理或对插管进行固定时操作不当致使导管脱落; (2) 气管插管缺乏固定不牢: 固定插管的胶布会由于患者呕吐物、口腔分泌物、出汗等因素的污染, 粘性下降, 起不到固定插管的效果; (3) 未采取适当的约束措施: 一些清醒的患者不能耐受气管插管对咽部的压迫和

(下转第 194 页)



表 3: 两组患者出院时护理满意度比较

组别	满意 (%)	不满意 (%)	χ^2	P
观察组 (n=67)	64 (95.5)	3 (4.5)	12.414	<0.01
对照组 (n=68)	49 (72.1)	19 (27.9)		

3 讨论

3.1 健康教育可以提高患者疾病知识知晓率

本研究结果显示, 观察组患者出院时的疾病知识知晓率相比对照组患者, 有了显著的提高, 说明健康教育可以帮助患者全面认识、充分了解消化性溃疡疾病的相关知识, 满足患者对消化性溃疡疾病相关知识的需求, 从而帮助患者提高自我保健能力。健康教育作为一种有效的护理干预方式, 其目的是为了向患者提供改变行为方式的技术、知识和服务技能, 帮助患者掌握预防疾病和促进健康的能力, 健康教育的核心是为了让患者树立健康意识, 帮助患者养成健康良好的生活方式和习惯^[5]。以往研究表明: 计划并组织系统全面的健康知识教育活动, 能够有效的纠正患者的健康危险意识, 提高患者的健康观念, 帮助患者培养并形成健康的行为和生活方式, 进而提高患者的生活质量^[6]。本研究中, 接受健康教育干预的消化性溃疡患者, 对消化性溃疡知识的熟练掌握程度显著提高。结合相应的临床治疗, 可以降低消化性溃疡的复发率及并发症的发生。

3.2 健康教育可以提高患者自我效能水平

本研究结果显示, 通过对消化性溃疡患者实施健康教育之后, 显著提高了患者的自我效能水平。研究表明, 具有较高水平的自我效能感的患者, 在健康促进、自我照护与疾病预后方面均有显著的正性预测作用^[7]。此外, 也有研究指出: 患者的一般自我效能感直接影响其疾病康复和治疗依从性等^[4]。本研究通过实施有计划、有组织、系统的健康教育, 显著提高健康教育组患者的自我效能水平, 进而帮助患者形成正确的行为生活观念, 从而形成健康的治疗模式, 健康教育效果明显。

3.3 健康教育可以提高患者的护理满意度

本次调查结果显示, 95.5% 的患者对消化性溃疡健康教育护士的

总体工作满意, 说明消化性溃疡教育护士能积极对患者进行健康教育, 通过优质的服务态度来增进患者与医务人员的情感, 努力提高疾病健康教育的质量, 同时也证实了以往的研究结果^[8], 健康教育护理干预有利于提高消化性溃疡患者了解健康知识, 提高患者对护理的满意度, 提高消化性溃疡患者的治疗效果。

综上所述, 在消化性溃疡患者的治疗过程中, 通过实施有计划、有组织、系统的健康教育, 可以帮助患者掌握全面的疾病基本知识, 提高患者其自我效能水平和护理满意度。这也提示广大医护人员, 在疾病治疗与护理工作中应开展疾病知识的宣传, 加强健康教育力度。

参考文献

- [1] 谭建荣. 消化性溃疡的病理生理学及治疗研究进展 [J]. 吉林医学, 2014, 35(3):597-598.
- [2] 象仁欠, 张雅欣, 刘光英. 胃镜检查克拉玛依地区消化性溃疡发病情况 [J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(11):639.
- [3] 赵晓云, 石艳艳. 强化护理干预在提高消化性溃疡患者护理质量及护理满意度中的作用 [J]. 检验医学与临床, 2015(13):1964-1965.
- [4] 汤莉娜. 综合护理干预对冠心病患者 SF-36 评分、自我效能、认知度及社会支持的影响研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 11:1238-1240.
- [5] 吕梦颖, 周燕苓, 肖娜. 健康教育对鼻咽癌患者自我护理能力和生活质量的影响 [J]. 中国健康教育, 2016, 02:162-164.
- [6] 黄海东. 健康教育对消化性溃疡患者生活质量及遵医行为的影响 [J]. 中国健康教育, 2015, 01:46-48.
- [7] 陈力, 陈玉龙, 徐春晖, 王业忠, 席睿. 消化性溃疡患者的心理状况调查及健康教育指导对 NK 细胞的影响 [J]. 世界华人消化杂志, 2013, 24:2480-2484.
- [8] 袁雪梅. 健康教育在提高护理满意度的重要性 [J]. 大家健康 (学术版), 2015, 15:208-209.

(上接第 191 页)

对粘膜的刺激, 厌烦监护仪器噪声, 对预后的担心均会使患者出现拔管倾向; (4) 插管方式: 经鼻气管插管患者耐受性要比经口气管插管患者高, 患者不易出现烦躁情绪。本研究针对上述原因采取在 ICU 气管插管患者中应用综合护理干预。综合护理干预是一种“以患者为中心”、“以人为本”的先进护理理念分别从护理人员培训干预、对患者进行风险评估、合理有效的约束固定方法、合理使用镇静剂、心理护理干预以及气管插管固定干预方面减轻患者在气管插管的痛苦, 提高患者满意度。从本研究结果来看, 观察组非计划性拔管发生率显著低于对照组 ($P<0.05$); 观察组 SCL-90 各因子评分均显著低于对照组 ($P<0.01$); 观察组护理满意度显著高于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述, ICU 气管插管患者中应用综合护理干预有效降低非计

划性拔管率, 改善患者心理状态, 提高护理满意度, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 姜艳丽, 肖娟, 周秀芳. 综合性护理干预降低 ICU 小儿气管插管非计划性拔管的效果分析 [J]. 临床医学工程, 2015, 22 (10): 1397-1398.
- [2] 刘红梅. ICU 气管插管患者综合护理干预对非计划性拔管的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26 (2): 474-475.
- [3] 仲爱玲. 集束化护理干预在预防 ICU 气管插管非计划性拔管中的应用 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36 (17): 2619-2620.
- [4] 李艳丽. 护理干预对减少 ICU 气管插管非计划性拔管的作用 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15 (50): 187.

参考文献

- [1] 张鸿. 健康教育在小儿哮喘护理应用中的效果分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 09(24):1889, 1891.
- [2] 任亚梅. 小儿哮喘采用健康教育护理的临床观察 [J]. 临床研究, 2016, 24(2):156-157.
- [3] 汪晓明, 汪卫平. 儿科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:261-263.
- [4] 胡亚美, 江载芳, 诸福棠. 实用儿科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002:1204-1205.
- [5] 朱建兵. 健康教育对小儿哮喘护理效果的影响 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(2):257-258.
- [6] 仲雪霞, 张秀花, 吴晓庆等. 小儿哮喘护理与健康教育 [J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(8):60.

(上接第 192 页)

发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难。轻度发作时多数以发作性咳嗽和胸闷为主要表现。严重发作时的患儿会出现烦躁不安, 端坐呼吸, 面色苍白, 口唇及指甲青紫^[6]。“三凹征”明显, 胸腹反常运动, 呼气延长, 多数有广泛的哮鸣音以呼气相为主。若气道阻塞很严重, 呼吸音就会明显减弱甚至消失。心率增快, 可发生奇脉、颈静脉怒张等体征, 病例严重则可发生心力衰竭从而出现肺底广泛中、小水泡音, 水肿及肝脏肿大等并发症。应该积极地治疗, 争取完全控制症状。

综上所述, 观察组行强化健康教育后的总有效率显著高于对照组 (92.3% > 70.71%), 且观察组的护理满意度 89.2% 明显高于对照组的 72.3%。最后观察组的肺功能指标也显著高于对照组。且有效提高了小儿哮喘患者的护理总有效率以及明显降低了其并发症的发生率。充分证明了, 优质护理中强化健康教育有显著的优势。