



ICU 紧急气管插管配合护理分析

刘丹 成都市公共卫生临床医疗中心 四川成都 610011

摘要：紧急气管插管是ICU抢救患者的一个紧急重要措施，掌握紧急气管插管的时机、方法及原则，维持患者的生命体征。在气管插管过程中应该做好护理配合工作，并在气管插管后做好护理，减少护理并发症的发生。

关键词：紧急 气管插管 ICU 护理

中图分类号：R472 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2016) 12-223-01

紧急气管插管是保证呼吸功能障碍患者建立有效通气最有效最优先考虑的方法，也是ICU危重患者抢救成功的关键。ICU聚集了全院各科室病情急、危重、病情变化之快的患者。当患者出现以下病情变化时即需要进行紧急气管插管术：①患者突发自主呼吸停止。②满足不了患者的通气和氧供需要需行机械通气者。③呼吸道分泌物多不能自主清除者。④误吸患者。⑤急性呼吸衰竭患者。一旦患者出现以上一种情况，即需要紧急气管插管，我们护理人员就要做好气管插管时的配合及气管插管后的护理工作。气管插管前做好病情评估、用物准备工作及充分的抢救准备工作，可增加气管插管的成功率及降低气管插管并发症的发生。

1 临床资料

我科从2015年6月~2016年6月共行紧急气管插管22例，其中因为血氧饱和度下降行气管插管10例，因为患者痰阻气道行气管插管10例，气管插管意外滑脱，病情需要重新气管插管2例，均一次性插管成功，时间均在2分钟之内。

2 插管时的护理配合

2.1 病情评估

了解患者的病情，包括现病史和既往史以及有无气管插管史，严密监测患者的生命体征，检查患者的颈部活动度以及有无假牙，并由医生和患者家属沟通交代病情，签署气管插管同意书。

2.2 用物准备

根据患者的体型选择管径合适的气管插管、喉镜（我科一般是麻醉科医师自带）、根据患者病情准备牙垫、气囊测压表、无菌手套、固定导管的胶布、吸引器、吸痰管、简易呼吸器（我科每个床单元均各备一个）、抢救车推至床边、气管插管辅助用药、备好呼吸机，装好呼吸机管道，检测完毕处于待机状态，当然，也要保证充足的光线度。

2.3 气管插管过程中的配合

若是清醒患者，做好解释工作和心理护理，使其积极配合。取下床头板，病人取仰卧位，头部尽量靠近床头，如有活动义齿应取下，检查牙齿有无松动，注意保护，清除口鼻腔、咽喉分泌物。将病人头向后仰，使口、咽、喉三轴线尽量重叠，插管径路接近为一条直线^[1]。若喉头暴露仍不明显，患者肩部可垫薄枕略抬高5~10cm，插入喉镜，充分暴露声门。根据医嘱静推得普利麻等麻醉药，做到动作迅速。及时吸净口咽部分泌物的痰液，以免影响插管视野，并且密切监测患者的生命体征，尤其是血样饱和度的变化，气管插管插入后协助麻醉医师取出导管内芯，及时吸净痰液。麻醉科医师观察患者胸廓起伏，并听诊两肺呼吸音是否对称，观察血样饱和度上升是否明显，然后固定插管位置，充气囊，测气囊压力，用牙垫、胶布固定，根据患者病情使用呼吸机，观察患者的生命体征是否平稳，若患者烦躁，合理使用约束带，并观察局部皮肤及血运情况，将以上病情变化写入护理记录单，并记录插管的深度。

3 气管插管后的护理

3.1 一般护理

①每天开窗通风2次，每次30-60分钟，保持病室内空气清新，维持适宜的温湿度。②定时更换气管插管固定胶布，并做好口腔护理，每6小时一次，选择活性银离子漱口液进行冲洗式口腔护理，一人手扶固定气管插管，防导管滑脱，一人进行口腔护理，并观察口腔黏膜

及胶布固定处皮肤的完整性。③交接班时查看气管插管深度和气囊压力，并每4小时测气囊压力一次，并做好记录。④严密观察患者的生命体征，尤其是呼吸、血样饱和度及循环改善情况。⑤监测呼吸机的各种参数，并做好记录。

3.2 人工气道管理

①保证充足的液体摄入量。②按需吸痰。过多过频的吸痰会刺激患者，导致心律失常、缺氧、烦躁等并发症，且会增加感染的机率；当患者出现呛咳、呼吸机气道高压报警指征时吸痰，吸痰管柔软，粗细适宜，压力合适，尽可能选择密闭式吸痰管，减低感染的机会。③做好气道湿化。长期使用呼吸机的患者，不采用人工鼻，选择湿化罐加湿加湿，温度达到36~37度，暂停机械通气时，选择氧疗系统装置，观察痰液的色、质、量，防痰阻气道。④更换体位时防止合理调节呼吸机气臂和呼吸机管道，随气管插管过度牵拉、扭曲及滑脱，并且要防止患者意外拔除气管插管。⑤根据患者病情，尽早撤离呼吸机，拔除气管插管。

4 拔除气管插管后的护理

①拔管前指导患者有效呼吸。②拔管后教会患者有效咳嗽咯痰方法，并每天做穴位振动排痰一次，若痰液仍粘稠难咯，可行雾化吸入后经口咽通气管吸净痰液。③严密监测生命体征，尤其是患者呼吸的节律、频率及深浅度，保持呼吸道通畅。④做好心理护理，减轻患者的焦虑和不安。

5 体会

ICU患者病情重，病情变化发生之突然，因此紧急气管插管多见，插管后患者常出现至少一种并发症，且过长时间和过多插管均会增加ICU患者病情恶变的危险^[2~4]，所以我们要做好以下工作，提高护理工作质量，减少ICU患者紧急气管插管并发症的发生：（1）每个床单元备齐简易呼吸器、吸引器、呼吸机等，并使之处于完好备用状态，一旦发现患者血氧饱和度下降要，及时查找原因，并做好气管插管的准备，尽量缩短插管时间，从而避免并发症的发生。（2）麻醉科医师未到之前，可用简易呼吸器辅助呼吸。（3）护士要熟悉气管插管的流程及常见并发症的处理，对医师在插管时碰到问题要及时给予协助处理。（4）气管插管时做好病情观察并记录，尤其是心率及血氧饱和度的变化，发现心跳骤停要迅速进行心肺复苏。虽然麻醉科医师是气管插管的主要操作者，但我们护理人员的配合起到了十分重要的作用，只有熟悉掌握了以上的注意事项，才能为抢救患者的生命争取时间。

有效的护理措施实施，不仅能减轻患者的痛苦，并且可以大大降低并发症的发生。

参考文献

- [1] 曹因明. 麻醉学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:58.
- [2] 刘芬, 赵文辉, 李声华. 手术室外紧急气管插管并发症分析. 中国误诊学杂志, 2006, 6 (19):3720-3721.
- [3] 段惠玲, 许宁兰, 杨玉岩. 急救气管插管并发症的预防与护理, 宁夏医学院学报, 2006, 28 (6):557-558.
- [4] 邓晓明. 困难气管插管的处理. 继续医学教育, 2006, 15: 58-68.