

# 低水平支持的自主呼吸试验在脑梗病人介入术后的临床观察及护理

张 演

广西贵港市人民医院 广西贵港 537100

**【摘要】目的** 分析低水平支持的自主呼吸试验 (SBT) 以及护理干预在脑梗介入术后的临床效果。**方法** 选取 50 例脑梗介入术后患者作为本次研究对象, 均来源于我院 2019 年 5 月—2020 年 6 月期间收入, 按随机数字表法将其分为实验组与对照组, 各 25 例, 对照组给予 SBT+ 常规护理, 实验组给予 SBT+ 针对性护理, 分析 2 组应用价值。**结果** 经护理后实验组 NIHSS 评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 实验组拔管成功率明显高于 ( $P < 0.05$ )。**结论** 脑梗介入术后患者实施 SBT+ 护理干预效果显著, 可有效改善神经功能, 提高拔管成功率, 因此值得临床应用及推广。

**【关键词】** 低水平支持; 自主呼吸试验; 脑梗介入术; 护理

**【中图分类号】** R473.74

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-9753 (2020) 09-110-02

近年来, 我国逐渐步入老年趋势, 脑梗发病率逐年呈上升趋势, 主要由脑血管流通受到一定阻碍, 造成脑部供血障碍病变, 进而产生缺血、缺氧等症状, 若未及时给予救治, 可诱发脑神经功能损伤。现阶段, 临床以介入术为首选治疗方案, 虽然取得一定疗效, 但术后仍然需采用呼吸机辅助治疗, 因此给予针对性观察措施具有重要意义。而低水平自主呼吸试验 (Spontaneous breathing test, SBT) 应用于该类患者中可取得显著效果, 该措施主要选择低水平支持的自主呼吸模式, 通过短时间内动态观察, 进而评价其是否完全依赖自主呼吸能力。同时在此期间给予针对性护理干预, 改善脑梗患者预后效果具有重要作用, 进而提高其生活质量, 促进疾病快速康复<sup>[1]</sup>。鉴于此, 本文就此进行研究, 详细如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 50 例脑梗介入术后患者作为本次研究对象, 均来源于我院 2019 年 5 月—2020 年 6 月期间收入, 按随机数字表法将其分为实验组与对照组, 各 25 例, 2 组男女比例分别为: 12:13、14:11 例; 年龄分别为: 39—78 岁、40—77 岁, 平均值分别为: (59.11±4.50) 岁、(59.15±4.62) 岁; 两组资料差异无意义 ( $P > 0.05$ ), 可进行对比。

### 1.2 方法

2 组均实施 SBT: 对患者实施低水平压力支持通气 (PSV) 法实施脱机实验, 将 PS 水平设定为 5—8cmH<sub>2</sub>O。(1) 3min SBT: 试验期间需密切观察患者各项指标, 若患者超出以下指标时应终止 SBT, 并转为机械通气: 1、呼吸频率/潮气量 (浅快呼吸指数)  $< 90$ ; 2、呼吸频率 (RR)  $> 8$  次/min 或  $< 35$ /min; 3、自主呼吸潮气量  $> 6$ ml/kg; 4、心率  $< 140$  次/min, 且伴有心律失常; 5、动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>)  $> 90\%$ 。当患者通过 3min SBT 后, 可继续实施 SBT 30min。(2) 30min SBT: 试验中严密检测患者各项指标, 每 15min 记录 1 次。

对照组给予常规护理, 介入术后严格观察患者各项指标变化, 若出现异常给予相对应处理, 最大程度降低不良症状发生。实验组给予针对性护理干预: 具体如下: (1) 氧流量的观察与调节: 脑梗患者实施 SBT 试验期间需严密观察其各项指标变化, 并将患者氧流量维持在 5L/min, 若患者出现氧合降低, 首先检查输入氧气管路是否通常, 并密切查看管路有无打折, 湿化瓶有无拧紧, 再考虑患者本身因素。(2) SBT 观察时间: SBT 时间过长可增加脑梗患者呼吸肌负荷, 诱发呼吸肌损伤,

因此需依据患者具体状况, 取适宜的时间, 并在实施前给予 20g 速尿, 防止由时间过长产生阻力, 诱发心衰。(3) 心理护理: 针对行动、语言受限的患者, 需加强其心理干预, 积极消除其负面情绪, 且众多患者在介入术后, 易受到疾病打击, 出现绝望, 甚至产生放弃治疗行为, 因此护理人员需积极与患者进行沟通, 告知其治疗的机制及必要性, 促进其树立治疗信心, 提高护理及治疗的配合度。

### 1.3 观察指标

(1) 观察 2 组神经功能, 使用美国国立卫生研究院脑梗死量表 (NIHSS)<sup>[3]</sup>。其内容包括<sup>[2]</sup>: (1) 意识水平; (2) 眼球运动; (3) 面瘫; (4) 肢体运动; (5) 共济失调; (6) 感觉系统, 分值越高, 则表示神经功能越严重。(2) SBT 成功与拔管失败的评价标准<sup>[3]</sup>, SBT 成功: 生理成熟稳定, 主观感受舒适, 且潮气量 (VT)  $> 6$ ml/kg, BGA 显示无严重低氧血症和代谢性酸中毒, 且达到病情稳定水平。拔管失败: 拔管后患者无法咳嗽, 出现明显发绀、出汗以及胸闷, 且伴有一定的精神症状, SBP  $> 180$ mmHg, 心率  $> 140$  次/min 或减慢超过 20%, 同时出现严重的心律失常。

### 1.4 统计学处理

全文数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行计算分析, 其中均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 用于表达, 计量资料, 采取 t 检验, 百分比表达计数资料, 采取  $\chi^2$  检验, 其中  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较 2 组治疗前后的 NIHSS 评分

经护理后实验组 NIHSS 评分明显优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1: 比较 2 组治疗前后的 NIHSS 评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | NIHSS      |            |
|-----|----|------------|------------|
|     |    | 护理前        | 护理后        |
| 实验组 | 25 | 8.49±2.31  | 1.63±0.75  |
| 对照组 | 25 | 8.51±2.36  | 4.56±2.13  |
| t   |    | 0.030      | 6.488      |
| P   |    | $P > 0.05$ | $P < 0.05$ |

### 2.2 2 组拔管成功率

实验组拔管成功率为 92.00%, 显著高于对照组的 76.00%, 实验组拔管失败率为 8.00%, 明显低于对照组的 24.00% ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2: 2 组拔管成功率 (%)

| 组别       | 例数 | 成功率        | 失败率       |
|----------|----|------------|-----------|
| 实验组      | 25 | 23 (92.00) | 2 (8.00)  |
| 对照组      | 25 | 19 (76.00) | 6 (24.00) |
| $\chi^2$ |    | 9.524      | 9.524     |
| P        |    | P < 0.05   | P < 0.05  |

### 3 讨论

脑梗塞属于临床常见疾病之一,其具有较高的致残率及病死率,且众多患者可在发病后数小时出现死亡现象,对患者生命安全造成较大影响。因此早期给予其针对性治疗具有重要作用,进而缓解病情进展,提高临床治疗效率。

目前临床通常选择介入术为首选措施,但治疗后患者易出现不同程度的并发症,且心功能受到药物的影响,易产生心律失常,使其诱发心慌、呼吸困难,因此需及时给予机械通气治疗。但现阶段临床众多医师缺乏对脱机系统的认知,且脱机指标存在一定危险性及盲目性,若过早脱机可加重呼吸负担,产生不同程度的呼吸肌疲劳,但延迟脱机可诱发多种并发症。随后临床发现 SBT 可有效观察患者呼吸状况,进而为其是否成功撤机提供重要信息,能够提高患者拔管的成功率,同时尚无数据显示 SBT 可导致任何不良后果,受到临

床众多医师的青睐<sup>[4]</sup>。而针对性护理干预可有效为患者提供满意、放心、优质的护理服务,该护理模式将患者身心需求作为工作的首要任务。同时要求护理人员对患者病情实施密切观察,并对其实施心理干预、并发症干预等多个方面护理,进而为其提供高效护理服务。本文研究显示,实验组 NIHSS 评分明显优于对照组,充分说明脑梗介入术后患者实施 SBT+ 护理干预效果显著。

综上所述,脑梗介入术后患者实施 SBT+ 护理干预效果显著,值得临床应用及推广。

### 参考文献:

- [1] 张勇,宋平.ICU 气管插管患者自主呼吸试验通过后拔管失败原因分析[J].浙江医学教育,2020,19(2):54-56.
- [2] 沈剑,王振艳,马航,等.压力支持和 T 管自主呼吸试验对拔管结局预判准确性的比较研究[J].临床急诊杂志,2020,21(4):296-300.
- [3] 冯煜坤,席修明.自主呼吸试验通过后拔管失败原因分析[J].内科急危重症杂志,2019,25(2):120-122,159.
- [4] 刘燕,甘丽芬.情志康复联合针对性护理对脑梗死病人心理状态及不良反应的影响[J].中国临床神经外科杂志,2020,25(7):479-480.

(上接第 108 页)

和 SDS 评分不存在差异,  $P > 0.05$ ; 护理后评分具有差异,  $P < 0.05$ , 详细比较数据可见表 2。

### 3 讨论

对于肺癌患者而言,全身化疗可有效改善生存质量,减轻疾病损害。传统化疗时的给药方式为静脉穿刺给药,由于化疗周期较长,患者需要反复进行穿刺,可导致血管变硬、变细,影响血管弹性,增加穿刺难度。此外,传统静脉给药时,发生药物外渗、局部组织坏死、静脉炎等可能性较大,其中,相关调查显示,静脉炎的发生率可达 60%-78%。随着医疗技术的进步, PICC 置管逐渐取代了传统静脉穿刺,有效的降低了相关并发症的发生率,是目前接受化疗的最佳给药方式<sup>[3]</sup>。PICC 置管虽然具有危险性小、操作方便等优点,但是仍然无法避免某些并发症,通过实施整体性护理干预,有利于提升

护理人员的专业技能,增强患者认知度,可促进自我防护能力的提高,有利于置管时间的延长。

综上所述,肺癌 PICC 置管化疗患者一般护理干预具有积极意义,可有效改善不良情绪状态,降低相关并发症的发生率,可进行深入分析。

### 参考文献:

- [1] 邓小菊.系统化护理干预在肺癌化疗经外周静脉穿刺中心静脉置管术 (PICC) 置管患者中的应用效果[J].养生保健指南,2019,000(010):100.
- [2] 肖伶.系统化护理干预对肺癌化疗经外周静脉穿刺中心静脉置管患者疾病不确定感及生命质量的影响[J].医疗装备,2018,031(020):177-178.
- [3] 岳昭阳.肺癌经外周静脉置入中心静脉导管带管患者的自我护理[J].心理医生,2018,024(010):297-298.

(上接第 109 页)

少治疗不适感,提升治疗恢复效果。细节处理上,中医辨证护理更好的考虑患者在治疗恢复中所需要的生理、心理各方面需求,做好患者分型管理,保证灵活应对,提升护理工作的匹配性<sup>[4]</sup>。执行上,还需要做好患者分型的准确判断,设计对应的护理流程方案,保证后续执行准确。要做好有关教育指导,提升其治疗依从性,避免认知错误导致的不良问题。健康教育可以针对情况多样化方式展开,主要分为口头方式与书面形式的结合。书面形式可以减少人工消耗,口头形式可以针对强化,各自有对应的优势与不足,需要调动各方面的资源条件合理使用。尤其是智能化、信息化发展,各种网络信息方式在人们群体中传播,该方式成为当下健康教育工作的有效方法,随时浏览,成本低,运用便捷,素材形式多样,说明效果更为清晰,风格多变。

总而言之,中医辨证护理应用在肺癌化疗中可以有效减少不良反应,提升患者护理满意度,整体状况更为理想。

### 参考文献:

- [1] 李亚辉.肺癌化疗的中医护理方法及效果[J].光明中医,2020,35(13):2087-2089.
- [2] 王敏,李佳,冯平珍.中医护理对减少肺癌患者化疗不良反应的影响观察[J].健康大视野,2020,(15):99.
- [3] 欧阳长媚,董柳荃,陈楚钧.中医情志护理+经络穴位拍打治疗肺癌化疗患者睡眠障碍的效果[J].基层医学论坛,2020,24(21):3078-3079.
- [4] 张洁颖,吕云.中医护理干预对肺癌患者化疗期间不良情绪及生活质量的影响[J].检验医学与临床,2020,17(9):1215-1217,1220.