# 239例气管插管病人护理体会

## Nursing experience of 239 cases with trachea intubation and mechanical ventilation

关桂红 （延边大学附属医院手术室，吉林 延吉 133000）

[关键词] 气管插管；机械通气；护理；
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0407-01

人工呼吸机应用于临床，已成为治疗各种原因引起的呼吸衰竭与呼吸停止的重要手段[1]。随着我院重症监护病房的建立，气管插管行机械通气治疗在危重患者的抢救中的应用日益广泛。对我院2007年4月至11月收治的239例气管插管患者运用特定的护理方法进行呼吸道管理后，取得了满意效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者239例，男125例，女114例；平均年龄43.5岁；其中心胸外科病人61例，神经外科病人46例，骨科病人19例，普外科病人18例，多发伤病人24例，外科术后病人71例。使用气管插管机械通气时间1.5～13 d，平均为8 d。

### 1.2 方法

呼吸机参数基本设定按常规执行，护理过程中根据病情需要适当给予PEEP、PS及肠内、外静脉营养支持并辅以专科病治疗。准确了解患者病情，熟练掌握呼吸机的操作性能，正确掌握吸痰的时机和吸痰的方法，严格无菌操作，加强气道的湿化，做到有效排痰，同时关心体贴病人从而减少机械通气并发症的发生。

## 2 结果

202例病人顺利脱机后拔管，病情平稳后转至普通病房继续治疗；34例病人因需要长期机械通气改为气管切开；3例病人死于全身衰竭，但是均未发生呼吸道并发症。除死亡3例病例外，其余病人全部康复出院。

## 3 护理体会

及时有效的气管插管为危重患者争取到宝贵的救治时间，有效提高危重患者抢救成功率[1]。插管要保证正确的气管插管深度并掌握正确有效的吸痰方法，当病人咳嗽或呼吸抑制时，听诊者湿罗音，通气机压力升高，血氧饱和度突然下降时应及时给予吸痰。有效吸痰的标志是患者能够安静，呼吸顺畅，无痰鸣音，血氧饱和度明显升高。保持呼吸道的湿化，在机械通气中，应定时向气道内滴入无菌蒸馏水或0.45%的盐水以保持气道湿化。对痰液较粘稠患者，可定时向气道内交替滴入α-糜蛋白酶及庆大霉素稀释液，以便稀释痰液和抑制细菌的生长。同时液体入量需保持在2 500～3 000 mL/d，呼吸机上湿化器内无菌蒸馏水的水量每天500～600 mL。胸部物理综合治疗也是有效护理的重要保障，主要有：①给予超声雾化吸入可以预防肺部感染，解除支气管痉挛，改善通气功能；②应用振动排痰机对肺组织进行准确的叩击，刺激病人的咳嗽机制，利于纤毛运动，结合其解痉及促进浆液细胞分泌的作用，对保持气道通畅有明显的优势，同时可以改善患者的通气功能，有效地减少了肺不张等并发症发生的机会；③气囊充气后可避免误吸及呛咳的发生，但若长时间压迫气道粘膜易导致局部糜烂、溃疡和坏死。因此气囊压力控制在2.45 kPa(25 mmHg)以下为宜，且每隔3～4 h放气5～15 min。机械通气患者往往病情危重、病情长、机体免疫力低下，增加了口腔感染的机会，因此对机械通气患者应每天给予2～3次口腔护理。口腔护理液可根据口腔的pH值选择，pH值小于7时选用20%碳酸氢钠；pH值大于7时选用2%～5%硼酸溶液；pH值为7时选用1%～3%的过氧化氢[2]。如果选用上述方法后，效果仍然不佳，可以配合医生采用纤维支气管镜吸痰。对一些呼吸道壁附着牢固的痰痂或深部痰痂者，缓解呼吸困难、解除支气管阻塞、延长患者的生存期和提高生活质量方面，纤支镜是唯一有效的清洁工具，为原发病治疗创造了条件[3]。在空气净化病区，应定期作好病室大消毒、做好病室空气培养监测。病情危重时期禁止家属探视，严格限制人员出入，加强呼吸机管道的消毒管理，严格消毒呼吸治疗器械及其管道，呼吸机连接管、湿化罐每天清洗消毒并更换，冷凝水收集瓶应置于气路最低位置，并及时倒出冷凝水以防止倒流。

护理人员高度负责的工作态度，丰富的理论知识与分析、判断能力，是提高护理质量，确保机械通气的疗效的基础，在保证护理工作有效进行及预防呼吸道并发症发生方面起着重要的作用。

[收稿日期] 2009-08-18 [修回日期] 2009-09-23

[参考文献]

[1] 张耐存. 急救气管插管57例分析[J]. 中国误诊学杂志，2008，8(35)：8574.
[2] 邓 洁，郑修霞，宫玉花，等. 经口气管插管患者口腔护理现状[J]. 中华护理杂志，2005，40(8)：623-624.
[3] 吕卫莎，张丽红. 困难气管插管术的护理配合[J]. 局解手术学杂志，2005，14(3)：216.

（编辑：周小林）