



•临床护理•

分析 ICU 气管插管清醒患者的躁动原因及护理效果

贺利平

南华大学附属第二医院 湖南衡阳 421001

摘要:目的 分析 ICU 气管插管清醒患者的躁动原因以及观察护理效果。方法 选取 2014 年 10 月—2016 年 10 月收治的 114 例心外 ICU 气管插管清醒患者,随机分成对照组和观察组各 57 例。对照组予常规护理,观察组患者给予针对性护理。观察并比较两组患者插管时、插管后 3d、7d 及拔管时的 HAMA 和 HAMA 评分,测定生活质量评分。结果 插管前,两组 HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义($P>0.05$);观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的 HAMA、HAMD 评分显著低于对照组($P<0.05$)。插管前,两组生活质量评分差异无统计学意义($P>0.05$);观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的生活质量评分显著高于对照组($P<0.05$)。结论 通过护理人员与患者间采取多种方式结合的护理方法,能够有效缓解患者情绪,增强患者治疗信心,提高患者的积极配合度,并提高生活质量,促进患者的康复,值得在临床上大力推广。

关键词: ICU; 气管插管清醒患者; 躁动; 心理护理

Abstract: Objective To analyze the causes of restlessness in patients with ICU intubation and observe the effect of nursing care. Methods from October 2014 to October 2016 admitted 114 cases of patients with external ICU trachea intubation sober patients, randomly divided into control group and observation group, 57 cases each. The control group was given routine care, and the observation group was given targeted nursing. The HAMA and HAMA scores of 3D, 7d and extubation in two groups were observed and compared, and the quality of life scores were measured. Results there was no significant difference in HAMA and HAMD scores between the two groups after intubation ($P>0.05$). The scores of HAMA and HAMD in the observation group after intubation, after 3D, after 7d and extubation were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). Before intubation, there was no significant difference in the quality of life score between the two groups ($P>0.05$). The quality of life scores in the observation group after intubation, 3D, after 7d and extubation were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion the nursing methods of nursing staff and patients to take a variety of ways combined, can effectively alleviate the patients, enhance the confidence of patients, improve the patient's active cooperation, and improve the quality of life, promote the rehabilitation of patients, it is worthy of clinical promotion.

Keywords: ICU; trachea intubation; sober patients; restlessness; psychological care

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 15-171-02

气管插管作为人工气道连接患者和呼吸机,是抢救呼吸衰竭、呼吸道梗阻等危重患者的关键手段,在临床上应用广泛 [1]。由于气管插管容易导致清醒患者出现无法沟通、吞咽困难等现象,因此,对于患者而言十分痛苦,容易出现各种负面情绪与心理问题,甚至出现抗拒治疗和护理 [2]。本文为分析 ICU 气管插管清醒患者的躁动原因以及观察护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 10 月—2016 年 10 月收治的 114 例心外 ICU 气管插管清醒患者,随机分成对照组和观察组各 57 例。对照组中,男 35 例,女 22 例,年龄 19—70 岁,平均 (48.4 ± 4.1) 岁, GCS 评分 6—11 分,平均 (8.3 ± 1.8) 分,疾病类型为先天性心脏病 29 例、瓣膜置换术 18 例、冠状动脉旁路移植术 10 例。观察组中,男 37 例,女 20 例,年龄 20—70 岁,平均 (48.1 ± 3.9) 岁, GCS 评分 5—10 分,平均 (8.1 ± 1.6) 分,疾病类型为先天性心脏病 30 例、瓣膜置换术 16 例、冠状动脉旁路移植术 11 例。两组患者年龄、性别等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究纳入患者均行气管插管,且处于清醒状态,均签署知情同意书,在征得患者及家属同意后进行。

1.2 方法

对照组予常规护理,对气管常规消毒并密切观察患者病情变化,防止痰液堵塞,口头告知患者如有不适可通过手势等提醒护理人员,对烦躁患者使用约束带固定等。

观察组患者给予针对性护理。①插管前心理护理,在对患者进行插管之前,医护人员应当告知患者以及患者家属插管的方法、必要性以及应当注意的事项,及时与患者沟通,告知患者将会出现的不适感,握住患者的手鼓励其患者,减轻患者的心理负担,使得患者做好心理准备。医护人员在进行操作的时候应当动作熟练敏捷,使患者具有安全感。②建立良好的护患关系,医护人员应当主动与患者进行沟通,主动做自我介绍并告知医院的环境,尽最大能力消除患者的陌生感。

对于具有反抗心理的患者,医护人员应当以亲切的语气耐心告知其插管的必要性,以及正常的不适反应。由于患者无法进行沟通,因此医护人员应当多用手势、表情给予患者鼓励,主动了解患者,观察患者的神情以及手势,知道患者的需要,主动关心患者,让患者觉得自己被关心,主动配合治疗。另外,允许患儿家属对其进行短时间探望,使得患者感受到家人的支持和关怀,更加具有战胜病魔的勇气。③非语言交流的应用,由于患者的某些需求,医护人员可能无法及时理解,因此医护人员可以主动提供纸和笔或者铃铛,让患者画图或写字给予提示,医护人员根据患者在纸上笔记进行揣摩,然后询问患者,患者只需要利用摇头或点头示意。另外,医护人员可以教患者一些简单地手势代表其想表达的意思,比如,竖大拇指,代表口渴,小拇指代表饥饿,摇铃铛表示需要如厕等。④合理使用镇静剂和肢体约束,某些患者由于留管时间较长,不愿配合,医护人员可以遵循医嘱给予混着镇静剂,帮助患者减轻或消除不适之感;对于意识比较恍惚或者表现出较为烦躁的患者,医护人员利用约束带适当约束腕部,需要注意的是束带下需要给予衬垫保护患者,避免患者受到伤害。

1.3 评判标准

参考相关文献 [2-5] 进行疗效评定,观察并比较两组患者插管时、插管后 3d、7d 及拔管时的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分。采用 WHO 的 QOL 测定量表进行生活质量评分 [6],从心理、社会、生理、环境 4 个维度进行观察,分数越高,则生活质量越好。

1.4 统计学处理

统计学处理软件选择 SPSS15.0 软件;其中计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪状态比较

插管前,两组 HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义($P>0.05$);观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的 HAMA、HAMD 评分显著低于对照组



($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 HAMD 评分及 HAMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	项目	插管前	插管 3d 后	插管 7d 后	拔管前
对照组	HAMA 评分	8.14 $\pm$ 1.47	21.69 $\pm$ 3.57	31.68 $\pm$ 3.68	37.85 $\pm$ 4.12
	HAMD 评分	5.12 $\pm$ 1.46	18.35 $\pm$ 5.24	25.45 $\pm$ 6.12	29.36 $\pm$ 4.12
观察组	HAMA 评分	8.00 $\pm$ 1.44	11.23 $\pm$ 3.12	13.17 $\pm$ 2.16	14.18 $\pm$ 2.29
	HAMD 评分	5.17 $\pm$ 1.40	8.42 $\pm$ 1.22	10.12 $\pm$ 2.16	11.32 $\pm$ 2.68

2.2 两组生活质量评分比较

0.05)。见表 2。

插管前, 两组生活质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的生活质量评分显著高于对照组 ($P <$

表 2 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	插管前	插管 3d 后	插管 7d 后	拔管前
观察组	57	45.16 $\pm$ 3.46	54.56 $\pm$ 5.12	64.33 $\pm$ 5.65	70.35 $\pm$ 3.57
对照组	57	45.12 $\pm$ 3.45	46.13 $\pm$ 4.66	47.45 $\pm$ 3.47	57.85 $\pm$ 4.15

3 讨论

由于患者处在重症监护病房的特殊环境内, 各类抢救设施较多, 再加上身上用以监测的各类电极与管道, 忙碌的医护人员, 同病房患者的死亡以及呻吟, 都会为患者带来恐惧感 [7]。气管插管患者存在语言障碍, 而肢体语言难以得到医护人员的理解, 患者内心的不适与身体的疼痛难以有效表达。患者对自身病情不够了解, 其相应治疗或预后, 都会增加患者的焦虑感。患者的不信任与缺乏安全感是由于医疗环境与医护人员专业技能的原因, 患者不熟悉主治医师与主管护理人员, 医护人员责任心不够, 再加上医护人员在临床操作中忽视了患者感受, 未能采取有效的心理护理, 未能与家属做好交流得到有效协助, 使得医护人员在会诊或查房等过程中让患者产生不信任与不安全感 [8]。因其患者治疗时间较长, 再加上 ICU 特殊环境, 家属无法时时陪护患者, 而医护人员又忙于自身工作, 未能及时有效地与患者交流, 患者难以表达自己的需要, 从而产生无助感。同时患者因其环境的压抑与病情的反复, 导致患者失去治疗信心, 患者不希望医护人员走出自己视线范围内, 希望得到全面的照顾, 才会感觉安全。

本研究结果显示, 插管前, 两组 HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的 HAMA、HAMD 评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。插管前, 两组生活质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组插管 3d 后、7d 后、拔管时的生活质量评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。因此, 通过护理人员与患者间采

取多种方式结合的护理方法, 能够有效缓解患者情绪, 增强患者治疗信心, 提高患者的积极配合度, 并提高生活质量, 促进患者的康复, 值得在临床上大力推广。

参考文献

- [1] 张丽丽. 经口气管插管固定方法的比较 [J]. 临床护理杂志, 2008, 6(7):68--69.
- [2] 梁金仙, 黄顺, 李洪云, 等. ICU 气管插管清醒患者躁动原因分析及护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(z2):10.
- [3] 郭素云, 叶德琴. ICU 气管插管清醒病人应用非语言沟通宣教图册的效果 [J]. 护理研究, 2014, 28(12):4567--4568.
- [4] 马惠美. 非语言沟通在神经内科 ICU 危重患者护理中的应用 [J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(2):128--128.
- [5] 宋志英, 刘玉玲, 李建荣, 等. 改进非语言性沟通技巧对 ICU 护理工作满意度的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(14):137--138.
- [6] 田东风. 浅谈非语言性沟通在护患关系中的应用 [J]. 母婴世界, 2015, 6(20):147--147.
- [7] 黄焱, 徐小欣, 张丽华, 等. ICU 气管插管患者非计划管的原因分析及护理 [J]. 医学美学美容 (中旬刊), 2014, 09(2): 202.
- [8] 刘路. ICU 气管插管病人的镇痛、镇静及护理 [J]. 国际护理学杂志, 2009, 28(7): 865--868.

(上接第 170 页)

患者病情, 保持脑室外引流管的通畅, 严格监测患者病情, 按照拔管指征及时观察, 可对术后并发症进行防范, 确保患者安全, 对保障术后快速康复意义重大。同时, 做好健康宣教工作, 对患者的不良生活行为进行纠正, 建立正确、规范的行为习惯, 可使机体调整至理想状态, 防范疾病复发。本次研究结果实验组的血压、颅内压及患者的意识状况均得到了明显的改善, 且护理满意度高于对照组。

综上, 针对高血压脑出血合并脑疝患者行急诊手术的护理配合, 可有效改善患者的血压、颅内压及患者的意识状况, 提高护理满意度, 具有非常重要的开展价值。

参考文献

- [1] 李毅钊, 钟志坚, 孙海鹰, 等. 丘脑基底节区高血压脑出血的显微外科治疗及预后相关因素分析 [J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2016, 43(1): 12--15.
- [2] CHEN T, XU G, TAN D, et al. Effects of platelet infusion,

anticoagulant and other risk factors on the rehaemorrhage after surgery of hypertensive cerebral hemorrhage [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2015, 19(5): 795--799.

[3] 陈东辉, 程宏伟. 高血压脑出血术后再出血的多因素分析 [J]. 安徽医科大学学报, 2015, 50(6): 873--876.

[4] 郭强, 张爱莲, 宋志斌, 等. 基地核区高血压脑出血术后患者生命质量及影响因素分析 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(7): 514--523.

[5] 苏宁, 张义松, 王忠, 等. 标准外伤骨瓣治疗高血压脑出血合并脑疝形成治疗体会 [C]//2014 全国神经损伤大会暨天坛全国神经创伤学术研讨会. 2014.

[6] LEFFERT L R, CLANCY CR, BATEMAN B T, et al. Hypertensive disorders and pregnancy-related stroke: frequency, trends, risk factors, and outcomes [J]. Obstet Gynecol, 2015, 125(1): 124.