

UE 可视喉镜在 ICU 经鼻气管插管的护理配合研究

廖林凤

桂平市人民医院, 广西 贵港 537200

【摘要】目的: 探究 UE 可视喉镜在 ICU 经鼻气管插管影响。**方法:** 抽取 2019 年 7 月至 2020 年 3 月我院收治的 300 例经鼻气管插管患者作为本次研究对象, 以住院床号的单双位分为对照组和观察组, 每组各 150 例。两组均给予 UE 可视喉镜, 其中观察组加以护理配合, 对两组满意度、血流动力学指标、并发症进行对比。**结果:** 两组插管前心率、MAP 无明显差异 ($P>0.05$), 插管时、插管后观察组心率、MAP 明显优于对照组, 差异明显 ($P<0.05$); 观察组并发症发生率 (3.33%) 明显低于对照组 (11.33%), 差异明显 ($P<0.05$); 观察组满意度 (96.00%) 明显高于对照组 (88.00%), 差异明显 ($P<0.05$)。**结论:** UE 可视喉镜在 ICU 经鼻气管插管获得满意效果, 且血流动力学稳定, 并与护理人员进行配合, 使并发症有效降低, 且满意度高, 具有重要临床价值。

【关键词】 ICU; 气管插管; 并发症; UE 可视喉镜;

[中图分类号] R473

[文献标识码] A

[文章编号] 2096-5249 (2020) 24-0151-02

气管插管是急救复苏与临床麻醉中的核心技术, 重症监护病房中的患者因各种原因导致其痰液难以排出^[1]。严重者, 可出现呼吸衰竭, 需进行气管插管, 插管后, 大量弄性痰液排出, 另外, 因 ICU 患者病情危重, 且病程长, 以及抵抗力差等, 因此, 口腔感染增加^[2]。ICU 内该些特点, 其需具备更高的气道护理要求。UE 可视喉镜现已被广泛用于各个医院除手术室外的其他临床工作中, 其在插管成功率高、时间短, 插管反应轻、安全性^[3]。好本文现对我院 ICU 患者实行 UE 可视喉镜经鼻气管插管护理, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取 2019 年 7 月至 2020 年 3 月我院收治的 300 例经鼻气管插管患者作为本次研究对象, 以住院床号的单双位分为对照组和观察组, 每组各 150 例。对照组男女比例为 78:72, 年龄 18~78 岁, 平均年龄为 (48.19±1.94) 岁, 观察组男女比例 84:66, 年龄 18~75 岁, 平均年龄为 (46.84±1.09) 岁, 两组资料对比无差异 ($P>0.05$), 可进行对比。

1.2 方法 对照组给予 UE 可视喉镜, 对患者开放外周静脉通道, 且给予去痰给氧, 以及给予镇痛药物, 待药起效后, 使用 UE 可视喉镜行气管插管。操作者左手持喉镜, 右手推动患者颈部, 使其张口, 将喉镜置入口中。通过屏幕你能够观察到舌根、会厌等, 单手提 UE 可视喉镜, 是声门充分暴露, 导管从其鼻腔置入, 随后判断插管是否成功、深度, 并对其导管进行固定。

观察组在对照组基础上加护理配合, 对关于 UE 可视喉镜完成气管插管的培训进行加强,

主要由护士长组织科室人员学习插管相关知识, 以及探讨护理配合中需要注意的事项, 可将护理配合点印成卡片等类型, 随后依次分发与每位护理人员中, 合理安排护理人员的排班与操作。由高年资护士带教学员, 结束后, 可进行相关考核。考核合格者, 且可给予独立完成镇痛镇静操作流程。该项操作需与护理人员相互配合, 可从心里干预、体位管理、物品管理方面进行, 辅助操作者完成气管插管的护理

管理。心理干预: 可从认知疗法、心理暗示法、疏导法入手。认知疗法主要对患者实行方式, 讲解其 ICU 人员、UE 可视喉镜、镇痛镇静过程等, 以及插管是否无痛情况下实行, 消除其压力。疏导法: 对患者讲解各种心理疗法, 耐心解答患者的疑问, 消除其紧张情绪, 并对其心理障碍进行疏导。与此同时, 可给予患者心理暗示, 使其以一种健康态度面对疾病, 从而消除其恐惧感, 并尽量满其要求, 使患者感受到被尊重感。体位管理: 对患者取平卧位, 给其建立静脉通道, 连接监护仪, 固定其四肢, 给予镇痛药物后, 取去枕平卧, 对其肩部垫起, 协助气管插管, 托起患者下颌, 待插管后, 应用胶布进行固定, 随后铺无菌单, 需注意患者头部。物品管理: ①备齐喉镜、无菌手套、牙垫、防雾剂胶布、听诊器等; ②准备相应的急救物品与仪器; ③检查气管导管套囊, 保证无破损与漏气, 可在导管外壁前段涂抹润滑剂等, 以及将喉镜管弯曲丁型, 以备不时之需; ④检查负压引流装置; ⑤对喉镜应用 2.4% 戊二醛浸泡消毒。

1.3 观察指标 对两组满意度、血流动力学指标、并发症对比。①依据医院自制满意度调查表对此次护理满意度予以评估, 分为满意、较为满意、不满意三部分。②对患者心率、MAP 观察。③观察插管后有无并发症出现 (牙齿松动、咽痛、声音嘶哑、黏膜损伤)。

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 ($\bar{x} \pm s$) 用于表达计量资料, χ^2 用于检验计数资料, P 决定是否有差异, 其中 $P<0.05$ 表示数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 血流动力学相关指标对比 两组插管前心率、MAP 无明显差异 ($P>0.05$), 插管时、插管后观察组心率、MAP 明显优于对照组, 差异明显 ($P<0.05$), 详见表 1。

2.2 插管并发症对比 观察组并发症发生率 (3.33%) 明显低于对照组 (11.33%), 差异明显 ($P<0.05$), 详见表 2。

2.3 满意度对比 观察组满意度 (96.00%) 明显高于对照组 (88.00%), 差异明显 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 1 对比两组血流动力学相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	心率 (min/次)			MAP(mmHg)		
	插管前	插管时	插管后	插管前	插管时	插管后
对照组	71.48±10.95	77.19±5.39	72.29±4.91	94.59±8.54	109.39±9.28	101.63±10.61
观察组	72.49±11.29	73.69±2.19	71.09±2.49	95.39±9.33	102.39±8.69	96.36±5.11
t 值	0.786	7.367	2.670	0.774	6.743	4.825
P 值	0.432	0.001	0.001	0.439	0.001	0.001

(下转第 153 页)

及时进行超声介入造瘘术,就可以缓解胆囊压力,使胆管口处结石回到胆囊腔,解除梗阻,缓解疼痛症状,并且进行胆囊造瘘术可以将胆囊内胆汁引流,消除水肿炎症,为胆囊切除术做好准备。超声介入造瘘术后择期手术治疗具有以下优点:可用于大部分急性胆囊炎的治疗,适应性强;操作简单,可在床旁经超声定位后局麻实施,针对病情复杂的患者可反复穿刺;造瘘术完成后不需要再次置入导丝,仅需要将穿刺通道扩张并外套管;超声介入造瘘术安全性较高,术后并发症发生率少。除上述优点外,进行超声介入造瘘术时,可对引流出的胆汁进行细菌培养,为日后选择抗生素提供理论依据,可促进炎症消退^[6]。为老年急性胆囊炎患者手术时,主要以时间短、创伤小、延长生存期为主要治疗原则,因此超声介入胆囊造瘘术为老年急性胆囊炎患者的首选治疗方式。结合本次研究结果可知,超声介入造瘘术后择期手术治疗较直接外科手术治疗炎症控制时间更短,且术后出现并发症的风险明显降低($P<0.05$)。

综上所述,对老年急性胆囊炎患者进行超声介入造瘘术

治疗,能够有效缓解各种临床症状,高效可行、操作简单、安全性高,可有效缩短炎症控制时间,减少并发症,值得推广应用。

参考文献

[1] 王效勇.超声引导下经皮胆囊穿刺置管引流术治疗急性胆囊炎临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(02):60-61.
[2] 张晓惠,程全安,常国峰,等.超声引导下经皮胆囊造瘘术姑息治疗急性胆囊炎的临床效果观察[J].影像研究与医学应用,2019,3(07):125-126.
[3] 王常志.超声引导下经皮胆囊穿刺置管引流术对急性胆囊炎老年患者术后留置尿管时间及生存质量的影响[J].医学理论与实践,2019,32(11):1693-1695.
[4] 周健平,郭力,付佳,等.超声引导下胆囊穿刺置管引流术治疗老年急性胆囊炎的临床护理[J].长春中医药大学学报,2019,35(02):360-362.
[5] 叶勇,伍远维,李俊龙,等.超声引导下经皮胆囊造瘘术姑息治疗急性胆囊炎效果观察[J].中国实用医药,2019,14(34):54-55.
[6] 赵永梅.超声引导经皮经肝胆囊穿刺引流术治疗急性胆囊炎的效果分析[J].影像研究与医学应用,2020,4(07):160-161.

(上接第151页)

表2 对比两组插管并发症(例,%)

组别	例数	牙齿松动	咽痛	声音嘶哑	黏膜损伤	并发症发生率
对照组	150	4	3	5	5	17(11.33)
观察组	150	0	2	2	1	5(3.33)
χ^2 值						4.710
P 值						0.001

表3 对比两组满意度(例,%)

组别	例数	满意	较为满意	不满意	满意率
对照组	150	71	61	18	132(88.00)
观察组	150	106	38	6	144(96.00)
χ^2 值					4.347
P 值					0.001

3 讨论

UE可视喉镜具有高分辨率摄像头,以及含有防雾技术,镜柄端拥有显示图像的功能,且声门显露更加便捷^[4]。UE可视喉镜镜柄角度设计合理,直接从正中位置,无需躲避舌体、角度等问题,能够直达声门,对寻找声门事件有所降低,以及并发症均可降低。另外,方便携带且体积小,被广泛用于临床麻醉的气管插管及急救复苏^[5]。以往喉镜在气管插管中需满足相应条件,如:头后仰至口轴、咽轴、喉轴三轴一线;张口度在两横指以上;该些原因均可使并发症发生率以及气管损伤增加^[6]。

以往插管口腔气道空间小,对神经反射具有强烈刺激,易引发心率、血压出现波动,严重可出现心脏骤停^[7]。现对可视喉镜气管插管做相关护理配合,重视体位管理,虽然对张口度与头部后仰要求不高,但做好体位管理可利于患者的舒适度,便于操作者进行插管^[8]。对镜头应用防雾剂或是碘

伏棉球擦拭,便于提高一次性插管成功率。以及准备相关急救药品^[9]。本文现对UE可视喉镜用于ICU经鼻气管插管中,患者血流动力学优于对照组,且并发症发生率低,以及满意度高。

综上所述,UE可视喉镜在ICU经鼻气管插管获得满意效果,且血流动力学稳定,并与护理人员进行配合,使并发症有效降低,且满意度高,具有重要临床价值。

参考文献

[1] 张益国,姜蕴晖,魏海滨,等.光棒、UE可视喉镜、直接喉镜在气管插管的应用效果比较[J].中国临床医生杂志,2016,44(11):59-61.
[2] 万向学.国产UE可视喉镜与普通喉镜用于小儿气管插管的临床对比分析[J].现代中西医结合杂志,2015,21(11):1232-1234.
[3] 周伟,夏继林,黄国平,等.UE可视喉镜在剖宫产术全身麻醉气管插管中的应用价值[J].实用临床医药杂志,2018,22(13):87-89.
[4] 李丽娟,宋昱,王宇,等.UE可视喉镜在声带微创手术中的应用[J].中国微创外科杂志,2015,3(12):1088-1090.
[5] 裴森,华丽,魏江涛,等.McCoy喉镜、UE可视喉镜与纤维支气管镜在肥胖患者气管插管中的应用对比[J].医学理论与实践,2018,31(14):2067-2069.
[6] 董法贤,郑德志,张永新,等.UE可视喉镜联合可调式气管导管在全身麻醉插管中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(3):51-54.
[7] 肖杨,徐冰清.UE可视喉镜在非麻醉专业住培学员气管插管培训中的应用[J].巴楚医学,2019,2(2):126-128.
[8] 高广明,宋玉梅.国产UE可视喉镜在小儿气管插管中的应用价值分析[J].中国医疗器械信息,2017,23(9):70-71.
[9] 丁俊.国产UE可视喉镜在麻醉科外出急救气管插管中的临床观察[J].中外医学研究,2018,16(8):149-150.