

一种“头戴式”经口气管插管固定方法的效果评价

周翔, 王晓琼, 金莹莹, 卢云燕, 胡超

(浙江省台州医院, 浙江临海 317000)

摘要:目的 观察“头戴式”经口气管插管固定方法的有效性与实用性。方法 选择 120 例经口气管插管患者为研究对象, 根据随机数字表分成对照组和观察组各 60 例。对照组采用“一字型”固定法, 观察组采用“头戴式”固定法。比较两组固定方法的气管插管移位情况、非计划拔管率及口腔并发症的发生率。结果 观察组发生移位的例数明显少于对照组 ($P < 0.05$), 口腔并发症发生率明显少于对照组 ($P < 0.05$), 两组非计划拔管率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 “头戴式”固定法比传统“一字型”固定方法效果更好, 更适用于经口气管插管患者。

关键词: 气管插管; 固定方法; 非计划拔管 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.12.016

中图分类号: R472

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2019)12-0052-03

经口气管插管在临床上较为常见, 是保证患者气道通畅的有效方式, 其中气管插管非计划拔管 (unplanned endotracheal extubation, UEE) 是患者带管期间最严重的不良事件。非计划拔管是指患者有意造成或者任何意外所造成的拔管, 即医护人员非计划范围内的拔管^[1]。气管插管固定不当是气管插管非计划拔管重要因素之一^[2-3], 可导致患者窒息、气道损伤, 严重危害患者生命, 甚至致患者死亡^[4-6]。为降低气管插管患者非计划拔管的发生率, 提高患者安全性, 通过临床探索、讨论与实践, 本研究采用“头戴式”固定法, 并取得较好效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 纳入标准: 符合经口气管插管指征, 并使用呼吸机辅助呼吸的卧床患者; 气管插管前意识清楚, 肌力 IV ~ V 级。排除标准: 面部烧伤者, 口咽腔感染者, 有精神疾病或精神障碍者; 牙齿不健全或无齿者; 需进行气管切开治疗者。本研究获得伦理委员会批准, 患者家属知情并签署知情同意书。选择 2016 年 1 月至 2017 年 12 月浙江省台州医院重症医学科收治的符合纳入标准的患者 120 例, 根据随机数字表分为对照组和观察组各 60 例。对照组: 男 33 例, 女 27 例; 年龄 20 ~ 72 岁, 平均 (42.53 ± 12.54) 岁; 插管时间 2 ~ 11 d, 平均 (4.65 ± 1.72) d; 约束 9 例。观察组: 男 32 例, 女 28 例; 年龄 25 ~ 76 岁, 平均 (41.64 ± 11.79) 岁; 插管时间 2 ~ 11 d, 平均 (4.50 ± 1.78) d; 约束 10 例。两组患者的性别、年龄、插管时间、约束例数等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

作者简介: 周翔 (1990-), 男, 本科, 护士。

收稿日期: 2019-08-11

1.2 方法

1.2.1 人员培训 由研究者对管床护士进行统一培训, 内容包括物资准备规范、气管插管固定方法和操作流程, 培训结束后统一考核, 能熟练掌握固定方法者方可参与试验。

1.2.2 固定方法

1.2.2.1 对照组 采用“一字型”固定方法。取 1 根 65 cm × 2.5 cm 3M 胶布, 胶布背面朝向操作者绕过患者后颈部, 根据患者头围, 两端分别撕开保护纸 20 cm, 露出粘面, 紧贴脸颊, 缠绕外露的插管与牙垫两圈, 松紧度以能放进一横指为宜, 见图 1。

1.2.2.2 观察组 采用“头戴式”固定法。取 2 根 70 cm × 2.5 cm 的 3M 胶布, 再取一块底边 15 cm、高 15 cm 的等腰三角形状棉布, 底边留空, 能使 3M 胶布穿过, 在三角形顶角缝制裤袂一条, 得到一“固定头带”。将 2 根 3M 胶布分别穿过“固定头带”, 胶布背面朝向操作者, 见图 2, 并垫于患者头后部, 根据患者头部大小, 上方 3M 胶布撕开合适长度, 露出粘面, 两端分别从耳轮上方绕过, 粘在脸颊上, 并缠绕于外露的插管与牙垫上两圈, 下方 3M 胶布撕开合适长度, 露出粘面, 两端分别从后颈绕过, 粘在脸颊上, 并缠绕于外露的插管与牙垫上两圈。充分贴服脸颊及嘴角边上的胶布, 松紧度以能放进一横指为宜, 见图 3。



图 1

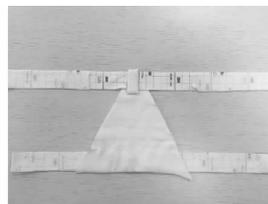


图 2



图 3

1.2.3 评价指标

1.2.3.1 气管插管移位 气管插管移位是指气管插管改变原有的刻度,内陷或向外脱出,气管插管发生轻度及以上移位则定为气管插管移位。观察并记录患者插管外刻度距门齿的距离(本研究中的气管插管管外标有刻度,一分为 2 cm,半分为 1 cm),每 2 h 测量 1 次,同时听诊双肺呼吸音,以判断插管是否移位。无移位,指气管插管外口与门齿的距离不变;轻度移位,指气管插管外口与门齿的距离上下移位 0.5 cm 之内;中度移位,指气管插管外口与门齿的距离上下移位 0.5~1 cm,未引起脱管或导管下滑影响右肺通气;重度移位,指气管插管外口与门齿的距离上下移位 1 cm 以上,引起脱管或导管下滑堵塞右侧支气管^[7]。

1.2.3.2 非计划拔管 在气管插管期间内,患者自行将气管插管拔除或气管插管不慎完全脱出,即为非计划拔管。

1.2.3.3 口腔并发症 口腔并发症是指气管插管带管期间口腔出现黏膜损伤、溃疡、糜烂。带管期间每日 4:00、12:00、20:00 采用洗必泰漱口液进行口腔护理,并检查口腔状况,观察口腔及牙龈黏膜有无受压后损伤、溃疡、糜烂等,做好记录。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析,计量资料采用独立样本 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验和 Fisher 确切概率检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组移位情况比较 观察组发生移位 6 例,对照组发生移位 16 例,观察组明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组移位情况比较

组别	例数	导管移位/例				移位率/%
		未移位	轻度移位	中度移位	重度移位	
对照组	60	44	9	4	3	26.7
观察组	60	54	4	2	0	10.0

注:两组移位率比较, $\chi^2 = 5.566, P = 0.018$

2.2 两组非计划拔管率比较 观察组未发生非计划拔管,对照组发生 3 例非计划拔管。采用 Fisher 确切概率检验比较两组非计划拔管率,结

果显示,两组非计划拔管率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 两组口腔并发症发生率比较 对照组发生口腔黏膜损伤 5 例,口腔溃疡 3 例,口腔糜烂 1 例。观察组发生口腔黏膜损伤 2 例。采用 χ^2 检验比较两组口腔并发症发生率,结果显示,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.904, P < 0.05$)。

3 讨 论

3.1 “头戴式”固定方法效果较传统方法效果好

3.1.1 增强固定效果 本研究结果显示,观察组移位率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组采用“头戴式”固定方法,利用两根 3M 胶布粘贴固定,共 4 个粘面,可增加粘面面积,增强固定效果。而对照组采用“一字型”固定方法,一根 3M 胶布作用效果不稳定,很容易受外力因素改变原有的深度,如呼吸机管路重力的牵拉作用、躁动患者改变原有体位时意外拉扯管路。

3.1.2 避免非计划拔管 两组非计划拔管率比较差异无统计学意义,但非计划拔管属于严重的不良事件,本不应该发生,而对照组发生非计划拔管 3 例,重置气管插管耗时长,不但增加了患者痛苦,也增加了护理人员的工作量和经济成本。而观察组未发生非计划拔管,是因为“头戴式”固定方法中枕后的“头带”起到了反作用的效果。当外力牵拉导管时,两根 3M 胶布通过“固定头带”加强固定,形成反作用力;当外力增大时,“头带”刚好紧贴患者后枕部,向外拔气管插管的力转化为将患者头部抬起的力,气管插管能依旧固定在患者气道中,保持气道通气的有效性^[8]。

3.1.3 减少口腔并发症 本研究结果显示,采用“头戴式”固定方法可减少气管插管患者口腔并发症的发生。“头戴式”固定方法从四个方向作用于气管插管,均匀受力,分解了气管插管对口唇、牙龈、舌面的压力,无论从向上、向下、向左、向右、向外方向牵拉气管插管,都有反作用力相互制约,符合力学原理,增加了气管插管在气道中的稳定性,使气管插管不易发生移位,从而减轻了牙垫及导管对口腔的摩擦,减少口腔并发症的发生。而传统的“一字型”固定方法,由于呼吸机管路重力的牵拉作用,牙垫对局部的舌面、牙龈、口唇造成持续的摩擦和压力,易发生溃疡,甚至局部组织

坏死^[9]。

3.2 “头戴式”固定方法适应证及注意事项 “头戴式”固定法适用于成人牙齿健全者,不适用于面部烧伤者、经鼻气管插管者及牙齿不健全者。由于本研究针对成人气管插管固定方式的改良,并不适用于小儿或新生儿患者。在临床操作中,“头戴式”固定法需要提前准备好“固定头带”,遵循一人一用原则,存在成本高,制作不简便,操作繁琐等不足之处,还需要日后进一步完善。

参考文献:

[1] 国家卫生计生委医院管理研究所护理中心. 护理敏感质量指标实用手册(2016 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:59-61.

[2] LEE T W, HONG J W, YOO J W, et al. Unplanned extubation in patients with mechanical ventilation: experience in the medical intensive care unit of a single tertiary hospital[J]. Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2015, 78(4): 336-340.

[3] 骆双双. PDCA 循环管理对降低气管插管患者非计划性拔管风险的实施效果[J]. 中医药管理杂志, 2016, 24(21): 111-112.

[4] 韩艳, 魏丽丽. ICU 患者非计划性拔管危险因素及防范措施研究进展[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(5): 598-601.

[5] 丁丽丽. 神经内科 3 例气管插管患者非计划性拔管原因分析及护理对策探讨[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(1): 19-20.

[6] MAYTRA S N, AHMED S M, KUNDRA P, et al. Republi-cation: all India difficult airway association 2016 guidelines for tracheal intubation in the intensive care unit[J]. Indian Journal of Anaesthesia, 2016, 60(12): 922-930.

[7] 侯候芮, 朱瑾, 贾铮, 等. 经口气管插管两种不同固定方法的效果比较[J]. 临床误诊误治, 2012, 25(11): 48-49.

[8] 钟博华, 苏宝燕, 王英, 等. 立体型经口气管固定法对 ICU 患者的固定效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 148-150.

[9] 金润女, 林平冬, 陈丽娟, 等. 不同固定方法对经口气管插管患者口腔黏膜的影响[J]. 东南国防医药, 2014, 16(5): 541-543.

强化营养管理在有营养风险的大疱性类天疱疮患者中的应用效果观察

丁银儿, 翁羽骅, 施跃英

(杭州市第三人民医院, 浙江杭州 310009)

摘要:目的 观察强化营养管理在有营养风险的大疱性类天疱疮患者中的应用效果。方法 对存在营养风险的 100 例大疱性类天疱疮患者按随机数字表分为对照组和观察组各 50 例, 对照组采用常规营养管理方法, 主要进行常规饮食指导; 观察组采用强化营养管理方法, 由营养科医生精确计算患者需补充的各种营养素, 护士监督执行。对两组患者皮肤损伤控制时间、新发水疱停止时间、糜烂面完全干涸时间、糖皮质激素开始减量时间、平均住院床日、疗效及营养状况进行观察。结果 观察组在新发水疱停止时间、糜烂面完全干涸时间、糖皮质激素开始减量时间、平均住院床日明显低于对照组, 干预 7 d 后血清白蛋白水平高于对照组; 观察组皮肤损伤治疗有效率为 96%, 对照组为 80%, 经比较 $\chi^2=6.061, P=0.014$ 。结论 强化营养管理能提高大疱性类天疱疮患者的治疗效果。

关键词:大疱性类天疱疮; 营养管理; 疗效 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.12.017

中图分类号:R472

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2019)12-0054-03

大疱性类天疱疮(bullous pemphigoid, BP)是一种常见的自身免疫性大疱性疾病。该病易反复发作, 发病过程中因疾病本身特点, 易丢失大量营养成分, 导致患者营养不良, 影响药物治疗效果。

BP 常需长时间应用糖皮质激素等免疫抑制剂治疗, 增加了患者感染的风险, 而且该病多发于老年人, 老年人由于咀嚼功能差, 消化吸收功能减退及进食量少等原因, 容易发生营养缺乏, 营养风险更大, 因此提供合理的营养支持极其重要。强化营养管理是指对存在营养风险的患者加强干预措施的落实与管理。2017 年 1 月至 2018 年 11 月, 杭

作者简介:丁银儿(1969-)女,本科,主管护师。

收稿日期:2019-07-18