

# 俯卧位机械通气在重症急性呼吸窘迫综合征患者中护理的效果观察

韦韡

贵州省毕节市七星关区人民医院, 贵州 毕节 551700

**【摘要】目的:** 探讨俯卧位机械通气在重症急性呼吸窘迫综合征患者中护理的效果观察。**方法:** 选择本院重症监护室 2017 年 2 月—2019 年 4 月收治的急性呼吸窘迫综合征患者共 80 例为对象。采用随机数字表法按患者入院顺序随机分为观察组和对照组各 40 例。对照组予以常规体位通气, 观察组予以俯卧位机械通气。记录两组治疗前和治疗后的氧合指数、平均动脉压(MAP), 并比较两组疗效。**结果:** 两组经治疗后, 氧合指数和 MAP 均较治疗前显著改善( $P < 0.05$ )。观察组治疗后的氧合指数和 MAP 均优于对照组, 且差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组治疗总有效率为 95.00%, 高于对照组, 且差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 相比于常规体位机械通气, 予以急性呼吸窘迫综合征患者间断式俯卧位机械通气, 有利于更好地改善患者氧合指数和平均动脉压, 提高治疗有效率。

**【关键词】** 俯卧位机械通气; 急性呼吸窘迫综合征; 护理

**【中图分类号】** R473      **【文献标识码】** A      **【文章编号】** 1008-0430 (2020) 13-0197-02

## 引言

急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 为弥漫性、炎性肺损伤, 会导致肺血管通透性及肺自重增加, 进而产生肺含气组织减少, 临床表现为呼吸窘迫、难以纠正的低氧血症。其病理生理改变为肺顺应性下降, 肺内分流增加与通气血流比例失调。急性呼吸窘迫综合征发病急, 病情进展快, 重症患者的病死率可达 35%~55%。因此, 挽救重症 ARDS 患者生命的首要措施是纠正患者的低氧血症。机械通气是目前重要的治疗手段, 能快速增加血氧含量, 但是对肺部病情的改善效果不明显。本文在机械通气过程中对重症 ARDS 患者采取俯卧位护理, 分析其对患者血流动力学、呼吸力学及血气分析指标的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择本院重症监护室 2017 年 2 月—2019 年 4 月收治的急性呼吸窘迫综合征患者共 80 例为对象。采用随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组各 40 例。其中观察组男 24 例, 女 16 例; 年龄 34~72 岁, 平均 (52.57±8.95) 岁。对照组男 25 例, 女 15 例; 年龄 33~73 岁, 平均 (52.77±8.83) 岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 研究具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准实施。

### 1.2 方法

对照组采取常规体位通气。观察组采取俯卧位机械通气, 具体内容如下:

1) 俯卧位时护理: 护士使用专用翻身巾将患者移动至床缘, 远侧手臂伸展, 压于同侧臂下, 患者置于侧卧位, 翻身巾下放置脂肪垫与软枕, 翻转移至床中央位置。患者头偏向一侧, 受压侧垫脂肪软垫及美皮康。2) 俯卧位后管路护理: 妥善固定各导管, 防止折叠或扭曲。保持气道通畅, 及时吸痰及清理口腔分泌物。俯卧位吸痰可由 2 人配合完成, 使用密闭式吸痰系统, 吸痰前吸入 100% 纯氧 2 min, 预防吸痰时 SpO<sub>2</sub> 骤降。预防非计划拔管, 并保持气囊压力在正常的范围内。俯卧位时呼吸道分泌物会从口角流出, 易产生固定导管胶布松脱, 必须密切观察气管插管固定情况, 一旦出现插管松动、胶布潮湿情况, 立即重新固定。

### 1.3 观察指标

记录两组治疗前和治疗后的氧合指数、平均动脉压 (MAP), 并比较两组疗效。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 对研究对象采集的数据进行分析处理, 计量数据采用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示; 计数资料采用 % 表示, 使用  $\chi^2$  对数据进行校检;  $P > 0.05$  为差异无统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后 MAP 和氧合指数比较见表 1。

表1 两组治疗前后 MAP 和氧合指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	氧合指数(mmHg)		MAP ( mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	126.57±21.14	247.17±16.56*	78.28±13.10	90.73±13.31*
对照组	40	128.77±22.05	210.45±20.36*	78.44±13.62	85.12±12.52*
t 值		0.476	6.512	0.354	4.116
P 值		0.683	<0.001	0.735	<0.001

2.2 两组疗效比较见表2。

两组疗效比较 [例( % )]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	40	25(62.50)	13(32.50)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	14(35.00)	20(50.00)	6(15.00)	34(85.00)
X <sup>2</sup> 值					6.587
P 值					0.042

### 3 讨论

急性呼吸窘迫综合征病理改变具有不均一性的重力依赖性,肺间质呈弥漫性水肿,会导致肺自重增加,仰卧位时,重力依赖性区为背部,会导致背侧肺组织受压迫。俯卧位机械通气治疗时,身体重力作用会使背侧肺组织压迫减轻,心脏对肺组织压迫减少,背侧萎缩肺组织复张,可在一定程度上对急性呼吸窘迫综合征患者的通气不均一性进行改善,也能减轻低氧血症。目前俯卧位机械通气的治疗时间尚未达成统一的标准,比较一致的是俯卧位机械通气的时间越长,对氧合改善的效果越明显。俯卧位通气可促进气体交换,增加功能残气量;改善膈肌运动方式和位置;有利于分泌物的引流;改善肺依赖区的通气血流灌注;减少纵隔和心脏对肺的压迫;改善胸壁的顺应性,改善通气、纠正低氧血症,明显改善患者的氧合情况。本文结果表明,俯卧位通气后4~8h氧合指数、氧分压及血氧饱和度明显改善;8h后氧合情况趋于相对稳定的状态。在俯卧位机械通气过程中,体位原因会增加压疮风险,也增加导管固定难度。因此,本文在护理过程中着重保护受压部位,对受压部位贴美皮康,特别是受压关节处,以最大程度预防压疮发生。

### 结束语

综上所述,俯卧位机械通气能有效改善ARDS患者的氧合,而且容易开展,效果较好,但是应该根据操作流程进行,加强俯卧位期间的皮肤及管道护理,以减少不良事件的

发生。

### 参考文献:

- [1] 应淑颖,周君芳.俯卧位通气治疗急性呼吸窘迫综合征患者的护理体会[J].中国现代医生,2019,57(35):143-146.
- [2] 林燕,俞超,高春华,张帅.ECMO联合俯卧位通气治疗1例重症急性呼吸窘迫综合征患者的护理体会[J].护理与康复,2019,18(11):92-94.
- [3] 李春娥,唐晚霞.ARDS并重度感染患者行俯卧位通气的效果观察及护理[J].名医,2018(11):191.
- [4] 廖亚显,罗艳,余锋尤.俯卧位机械通气在急性呼吸窘迫综合征中的应用及护理对策[J].海南医学,2018,29(13):1922-1924.
- [5] 胡昌妹,辜惠兰.俯卧位机械通气在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用效果及护理措施[J].中外医学研究,2020,18(26):96-98.
- [6] 操秋娥,张华秀.俯卧位机械通气在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用及护理措施[J].医疗装备,2019,32(02):160-161.
- [7] 刘会玲,虎于丁,朱君宇,王炜杰,赵滨.改良俯卧位方法在ICU ARDS患者俯卧位通气中的应用[J].国际呼吸杂志,2020,40(14):1078-1083.
- [8] 李晶晶,尤振香.对在ICU进行俯卧位通气的急性呼吸窘迫综合征患者实施综合护理对其发生压疮的影响[J].当代医药论丛,2019,17(07):278-279.