

Application of Prone Position Ventilation in Patients with Acute Respiratory Distress

Yuanyuan He Mingmin Peng

Xiangyang No.1 People's Hospital, Xiangyang, Hubei, 441000, China

Abstract

For patients with acute respiratory distress, prone position ventilation is an economical, effective and safe ventilation method, which can obtain good results in clinical application. However, in fact, the clinical implementation of prone position ventilation is difficult, especially for critically ill patients or obese patients, it is more difficult to carry out nursing and turning over. On the whole, it is difficult to apply prone position ventilation technique to the clinical treatment of acute respiratory distress patients, so it is necessary to implement good nursing measures.

Keywords

prone position ventilation technique; acute respiratory distress; nursing

俯卧位通气技术在急性呼吸窘迫症患者中应用的护理探讨

贺媛媛 彭明敏

襄阳市第一人民医院, 中国·湖北 襄阳 441000

摘要

对于急性呼吸窘迫症患者来说, 俯卧位通气技术是一项经济、有效且安全的通气方法, 在临床应用过程中, 能够获取良好的效果。但是, 从事实上来看, 俯卧位通气技术在临床上的实施具有一定的难度, 特别是对于外科危重患者或是肥胖患者来说, 对其实施护理和翻身的难度均较大。从总体上来看, 将俯卧位通气技术应用于急性呼吸窘迫症患者的临床治疗中具有一定的难度, 所以需要在其中落实良好的护理措施。

关键词

俯卧位通气技术; 急性呼吸窘迫症; 护理

1 引言

给予患者应用俯卧位通气技术, 也就是在对机械通气进行应用的过程中, 指导患者采用俯卧式体位, 以促使患者的下垂不张区域肺扩张, 有利于患有急性呼吸窘迫综合症的患者, 其膈肌的运动方式以及位置得到改变、功能残气量得到增加、分泌物得到有效引流等, 最终实现氧合以及通气灌注比例的有效改善, 有利于促使患者的治疗效果得到提升。

2 急性呼吸窘迫症

急性呼吸窘迫症的死亡率相对较高, 并且病因较为复杂, 不同病因所导致的病症发生, 其发病机制也各不相同, 目前认为肺内原因和肺外原因均能够导致急性呼吸窘迫症发生, 最为显著的临床综合病症则是顽固性低氧血症。患者发病以后, 通常会存在显著的呼吸窘迫症状, 并且其中存

在的低氧血症难以采用常规的氧疗进行纠正。当前对急性呼吸窘迫症进行治疗, 主要可以采用机械通气治疗和非机械通气治疗两种手段, 但是更加有效的治疗方法仍在探索之中。

3 实施方法及护理

3.1 实施前准备

在给予患者实施俯卧位通气之前, 护理人员英语患者及患者家属进行充分的解释, 帮助其对治疗的目的、作用、方法以及可能出现的各种不良情况进行有效了解, 以减少其抗拒心理, 并能够树立对于治疗和护理的信心。在行俯卧位之前的半小时, 即应为患者暂停鼻饲, 以避免出现食物返流的情况, 之后对患者的各种管道进行检查并妥善固定, 注意留出足够的长度, 以避免翻身时管道牵拉脱出。对患者的翻身方向进行确定, 在翻身之前, 将各种引流管夹闭, 保障患者的呼吸通畅。将心电图联线以及电极片取下, 以避免患者皮肤出现压疮。另外, 为了减轻患者治疗过程中的不适感, 可适当进行应用镇静剂和肌松剂。

3.2 实施步骤

第一, 保障至少有五人参与护理工作, 其中四名护理

【作者简介】贺媛媛(1987-), 女, 中国湖北襄阳人, 本科, 主管护师, 从护理研究。

人员配合医生将患者移向与翻转方向相反的一侧,暂时脱开呼吸机的管道,此时应注意对管道进行良好保护,将双手伸直贴紧身体侧将患者翻转至俯卧位,两侧的护理人员应给予患者身体每一部分足够的支撑力,以避免患者受伤或是出现导管、仪器脱落等情况。

第二,立即为患者接上呼吸机,并将心电图的电极以及导线置于患者背部,将各种引流管开放,以保障引流的有效性和持续性。注意在患者的颈部与头部之间留有一定的空隙,以避免气管导管出现打折、移位或受压的情况。将患者的双侧上肢置于头部两侧或身体两侧,根据患者需求提升患者的舒适度,若患者存在躁动情况,则可适当对其进行约束,以避免患者出现拔管情况。

3.3 观察病情

在给予患者应用俯卧位通气的整个过程中,护理人员应强化针对患者的护理工作,连续对患者的心率、血压、呼吸等生命体征的变化情况进行密切观察,避免患者因为紧张、恐惧等不良情绪导致危险事件出现,以保障患者治疗过程中的安全。护理人员还需对呼吸机的参数变化进行观察,特别是气道峰压以及潮气量的改变情况,且应注意对患者的瞳孔对光反射以及意识进行观察,若患者在清醒过程中出现挣扎以及躁动不安等情况,应及时通知医生,且在情况必要时可给予患者追加镇静剂。

3.4 管道护理

护理人员应注意对患者的鼻胃管、人工气管导管、输液管道等进行经常的整理和检查,保障各个管道的通畅和妥善固定,避免各管道出现扭曲、移位、滑脱、受压等不良情况。

3.5 评估患者的耐受程度

护理人员应增加对患者的巡视频率,积极询问患者的主观感受,增加及对患者的安慰和鼓励,对患者对于俯卧位通气的耐受程度进行评估,若患者存在胸腹部伤口疼痛的情况,则应为患者适量应用镇静和镇痛,并协助患者对头部以及双上肢的位置进行调节,以提升患者治疗过程中的舒适度。

3.6 并发症的预防

治疗过程中患者发生并发症的可能性较大,面部水肿为发生率最高的并发症,护理人员应注意每隔2~4h帮助患者对头部以及肢体的位置进行更换,并将头部垫高 15° ~ 30° ,同时注意避免患者的眼部、髌部、会阴部受到压迫并产生压疮;避免患者的头颈部出现过度牵拉的情况,注意帮助患者对头部进行转动,避免眶上神经受到压迫,并帮助患者对双手进行合理放置,以避免患者臂丛神经受到损伤;定时帮助患者的踝关节以及腕关节进行活动,以避免患者出现肌肉萎缩的情况,同时给予患者穿着弹性袜,以避免患者发生深静脉血栓。

4 结论

4.1 俯卧位通气改善氧合的可能机制

患者肺部表现为弥漫性肺间质水肿在肺内存在不均匀

的情况,其中重力依赖区为最重,通气的功能也就更差,同时在患者的非重力依赖区,其肺泡通气功能基本处于正常状态,而介于二者之间的部分,其通气情况则基本处于正常状态。

将以上病理特点作为依据,俯卧位通气改善氧合的可能机制主要为:

①血流及水肿的重分布;

②背侧通气改善,肺内通气重分布,通气血流灌注比值匹配度更高;

③功能残气量出现增加情况;

④减少对患者心脏的压迫。

4.2 俯卧位通气适应症

这一措施主要适用于氧合障碍患者,不论患者因何原因导致肺水肿出现,在对呼气末正压进行合理使用但仍不能够将吸入氧浓度降低至60%以下,也就能够对俯卧位通气进行应用。根据相关研究显示,并非全部患者对于俯卧位通气均能够产生相应的反应。

4.4 俯卧位通气的禁忌证

部分急性呼吸窘迫症并不适用俯卧位通气,例如脑水肿患者、面部骨折患者、锁骨骨折患者、颅内高压患者等,同时孕妇以及血流动力学严重不稳定的患者也不能够对俯卧位通气进行应用。

总之,对于急性呼吸窘迫症患者来说,俯卧位通气技术一项安全、经济且有效的通气措施,在患者的氧合得到改善的基础上,降低患者的吸入氧浓度以及气道峰压,能够降低患者发生肺损害以及氧中毒的概率。对于护理人员来说,其应对患者的病情变化进行严密观察,能够正确对患者的体位进行转换,并保障患者能够获取足够的氧气,同时尽早发现和及时处理并发症,以保障患者在临床治疗过程中的安全性。

参考文献

- [1] 张冰. 俯卧位通气技术在急性呼吸窘迫综合征患者中的应用及护理措施探究[J]. 中国医药导刊, 2015,17(9):960-961.
- [2] 李兰,周彦君,王杨,等. 俯卧位机械通气治疗急性呼吸窘迫综合征不同吸痰深度的应用[J]. 海南医学, 2017,28(10):1679-1681.
- [3] 郭梅萍,岳茂兴,郑琦涵. 俯卧位通气技术在急性呼吸窘迫症患者中应用的护理体会[A]. 2014第十届全国中西医结合灾害医学学术大会论文集[C]. 中国中西医结合学会灾害医学专业委员会,江苏省中西医结合学会灾害医学,重症医学专业委员会, 2014:518-520.
- [4] 胡雯琪,宋盼盼,李杰红,等. 1例体外膜肺氧合联合CRRT及俯卧位通气治疗ARDS病人的护理[J]. 全科护理, 2015(13):1258-1259.
- [5] 高鹏. 1例重症甲型H1N1流感患者俯卧位通气联合血液净化的护理[A]. 第三届世界灾害护理大会论文集[C]. 中华护理学会%世界灾害护理学会, 2014:1446.