

2012年机械通气患者撤机的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/4/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E6_9C_BA_c21_4050.htm 机械通气患者撤机的护理包括：间

歇停用呼吸机，待机撤机，适时采用无创机械通气辅以撤机。
1.间歇停用呼吸机 此方法适用于任何机型及工作模式的呼吸机，撤机时患者完全处于脱机状态。开始时先停机5

~ 10min，然后逐渐延长停机时间，缩短待机时间。待完全停用呼吸机12 ~ 24h后，患者在停机期间的生命体征表现平稳，动脉血气分析结果达到良好，呼吸功能明显改善，符合拔除气管插管指征后，表明患者已经具备顺利撤机的条件。在这里值得注意的是：撤机工作绝不能操之过急，特别是常年患病、呼吸肌疲劳的患者，更应循序渐进，撤机时间过快或过慢，反而是造成呼吸肌的疲劳，使患者病情加重，增加病人心理负担，造成撤机失败，进一步增加了撤机的难度。
2.待机撤机 此方法适用于应用SIMV PSV PEEP工作模式的机械通气患者。准备撤机前，患者始终处于使用呼吸机状态。撤机时，采用逐渐降低呼吸机各项工作参数的数值。一般操作办法是：第一步：将PEEP值按照每次递减0.49kPa，每日2次，每次间隔4 ~ 6h的方法进行操作，直至PEEP值递减至 < 0.4kPa.第二步：降低SIMV的呼吸频率。按照每日递减2 ~ 4次的方法进行操作，直至呼吸频率递减至 < 6次/min.第三步：降低PSV压力水平。按照每次递减0.196kPa，每次间隔2 ~ 4h的方法进行操作，直至PSV压力递减至 < 0.588kPa.当上述各项工作完成后，患者的各项指标均达到良好状态，即可完全脱机。必要时拔管后序贯无创呼吸机经面罩辅助通气，然后安全撤机。

此法适用于精神高度紧张、心理恐惧的患者，一般需3~4天时间。

3.适时采用无创机械通气辅以撤机接受机械通气的COPD病例，在感染控制后，由于气道阻塞状态和呼吸肌疲劳仍然存在，在人工气道有效地引流痰液及合理地应用抗生素后，支气管、肺部感染往往可以较为迅速地在短期内得到控制，临床上表现为痰液量减少，粘度变稀、痰色变白，体温下降，白细胞计数降低，胸片上支气管、肺部感染影消退，这一肺部感染得到控制的阶段命名为“肺部感染控制窗”，以后则肺部感染可能再度加重。肺部感染控制窗的出现，意味着患者的主要矛盾已经集中于通气功能不良，气道分泌物的问题已经居于次要位置。此时可拔除气道内导管，改用无创机械通气来辅助通气，继续帮助患者解决呼吸肌疲劳和通气不良的问题。尤其对于呼吸衰竭COPD的患者，以肺部感染窗为时机早期拔管，改用面罩无创通气可以显著改善治疗效果，既可以有效地减少有创机械通气的时间和总的机械通气时间，又可以显著减少呼吸肌相关肺炎的发生。

特别推荐：[#0000ff>2011年护士资格证成绩查询时间](#) [#0000ff>2011年护士资格证分数线](#) [#0000ff>2012年执业护士考试介绍](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) 相关推荐：[#0000ff>2012年ICU中的监测内容](#) [#0000ff>2012年ICU常规护理 100Test](#) 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com