

· 护理园地 ·

# 非计划性拔管的原因分析及对策

方英英<sup>1</sup>,孔小雪<sup>2</sup>

**〔摘要〕** **目的** 了解发生非计划性拔管的高危因素,为预防非计划性拔管提供依据。**方法** 回顾性分析 2012 – 2014 年 46 例非计划性拔管的临床资料,探讨其危险因素。**结果** 非计划性拔管类型主要包括胃肠管(30.43%)、各类引流管(30.43%)、气管插管(13.04%)。发生相关因素主要在普通病房(82.61%)、ICU(17.39%)、护士(80.43%)、护师及主管护师(19.57%)、晚夜班(78.26%)、白班(21.74%)、年龄≥60 岁(69.57%)、年龄<60(30.43%)、意识不清(63.04%)、意识清醒(36.96%)。发生拔管原因的前 3 位依次为为患者依从性不好(23.91%)、护理人员的评估不足(28.26%)、管道固定不牢(26.09%)。**结论** 合理配置护理人力资源,对患者的肢体进行有效的约束,加强导管的固定,正确的评估拔管的风险等可以降低非计划性拔管的发生。

**〔关键词〕** 非计划性拔管;护理;风险管理

**〔中图分类号〕** R472 **〔文献标志码〕** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.06.031

非计划性拔管(unplanned extubation,UEX)是指插管意外脱落或未经医护人员同意,患者将插管拔除,也包括医护人员操作不当所致拔管<sup>[1]</sup>。UEX 的发生可造成对患者的直接损伤、住院日期的增加、医疗用费的增加、医护人力资源耗费、医疗纠纷的发生、甚至可危及到患者的生命安全<sup>[2]</sup>。近年来,关于非计划性拔管的研究日益增多,但基层医院收治患者的来源,地方人文等因素存在一定的特殊性,因此,本研究通过我院非计划性拔管调查,分析相关因素,为落实重点环节的控制,保障患者的安全,提升护理质量提供参考。

## 1 对象与方法

- 1.1 对象** 本组 46 例非计划性拔管患者,男 28 例、女 18 例,年龄 14 ~ 90 岁,发生在综合重症监护病房 8 例、普通病房 38 例。
- 1.2 方法** 收集本院 2012 年 1 月 – 2014 年 6 月的《护理不良事件上报表》,对表格中所填写的内容如:发生非计划性脱管的病区、在班护士的职称、管道的名称、发生的时间、患者的年龄、发生的原因、患者的意识及约束状况等内容进行汇总,统计分析。

## 2 结 果

**2.1 管路的类型** 46 例非计划性拔管分别为:胃肠管、各类手术引流管、气管插管、静脉留置管、导尿管及镇痛泵管。胃肠管、各类手术引流管和气管插

管占 73.9%。见表 1。

**2.2 拔管的相关因素** 46 例非计划性拔管中科室的分布、当班护士的职称、发生拔管的时间、患者的年龄、意识状态的分布比例见表 2。

| 表 1 46 例非计划性拔管的管路类型 |    |        |
|---------------------|----|--------|
| 管路类型                | 例数 | 构成比(%) |
| 胃肠管                 | 14 | 30.43  |
| 各类手术引流管             | 14 | 30.43  |
| 气管插管                | 6  | 13.04  |
| 静脉留置管               | 5  | 11.11  |
| 导尿管                 | 5  | 11.11  |
| 镇痛泵管                | 2  | 4.35   |

| 表 2 46 例非计划性拔管的拔管相关因素 |    |        |
|-----------------------|----|--------|
| 因素                    | 例数 | 百分率(%) |
| 科室                    |    |        |
| 普通病房                  | 38 | 82.61  |
| ICU                   | 8  | 17.39  |
| 当班责任护士职称              |    |        |
| 护士                    | 37 | 80.43  |
| 护师及主管护师               | 9  | 19.57  |
| 发生时间                  |    |        |
| 晚夜班(17:30 – 7:30)     | 36 | 78.26  |
| 白班                    | 10 | 21.74  |
| 患者年龄                  |    |        |
| ≥60 岁                 | 32 | 69.57  |
| <60 岁                 | 14 | 30.43  |
| 意识状态                  |    |        |
| 意识不清                  | 29 | 63.04  |
| 意识清醒                  | 17 | 36.96  |

**2.3 拔管的原因** 发生 UEX 的原因包括:患者的依从性不好、护理人员的评估不足、管道的固定不牢、对患者的四肢约束不到位、医生对患者的镇静不到位、运送途中护理不当及患者强制拔管。见表 3。

表 3 46 例非计划性拔管的拔管原因

| 原因         | 例数 | 百分率(%) |
|------------|----|--------|
| 患者的依从性不好   | 11 | 23.91  |
| 护理人员评估不足   | 13 | 28.26  |
| 管道的固定不牢    | 12 | 26.09  |
| 对患者压束不到位   | 6  | 13.04  |
| 运送途中护理不当   | 2  | 4.35   |
| 镇静不够       | 1  | 2.17   |
| CT 检查中意外拔管 | 1  | 2.17   |

3 讨论

**3.1 人员因素相关风险** ①基层医院普遍存在人力资源不足问题,护士与实际床位配比不足 1:0.6,重症监护病房人力资源配置实际床护比为 1:2.5(达标),与普通病房人力资源配置实际床护比为 1:0.3(不达标)比具有相对的优势,这可能是导致普通病房患者发生 UEX (82.61%) 高于 ICU (17.39%) 的原因;②护士当班发生 UEX 率明显高于护师及以上职称人员,同时表 3 显示因护理人员评估不足发生 UEX 的原因占 28.26%,这与年轻护士知识不全面,临床实践经验缺乏,预见性不足,对风险的处置应对性差有关;③本医院收治的患者大部分是农民,大于等于 60 岁的占 69.57%,文化程度偏低,对护理人员健康宣教的理解性和依从性差,这可能是导致 UEX 发生的一个重要因素。

**3.2 环境造成的风险** 晚、夜班发生 UEX 的风险较大,这与毫丽洁等<sup>[3]</sup>研究结果一致。许翠花等<sup>[4]</sup>的研究结果表明:未采取适当的肢体约束是发生 UEX 的一个重要危险因素。夜间由于迷走神经兴奋,肺泡通气不足,中枢神经系统的敏感性大大下降,导致患者神情恍惚,容易发生自行拔管行为,同时陪护人员精力明显不足,多数处于睡眠之中易造成非计划性拔管。

**3.3 技术与用具不当的风险** 重视护理用具的正确选择可降低因用具不良带来的风险。本研究中,因管道固定不牢发生 UEX 的占 26.09%。以往给予引流管,鼻导管等固定时都是采用传统的两条普通胶布交叉固定法,因患者出汗、口腔分泌物浸湿等原因,导管易脱出。

3.4 改进措施

**3.4.1 关注护理人力资源的配制与管理** 医院需重视人力资源的配置,避免盲目加床。护士长排班要体现高年资护士与低年资护士搭配,晚、夜班患者多或病情重时要落实双班制,以降低临床护理风险,晚、夜班的二线班护士长需根据情况合理调配护理人力资源。

**3.4.2 强化年轻护士培训** 对年轻护士的培训必需有新的思路,首先加强对低年资护理人员管道护理知识的培训与考核,改变以往我院将管道护理的专科知识作为取得护师职称以上人员培训内容的方 式,调整为取得护士职称人员培训的内容。同时科学确认护理岗位及层级,明确各层级护理人员的任 责资格和岗位职责、技术要求与护士的分层次管理 有机结合,充分发挥不同层次护士的作用<sup>[5]</sup>。

**3.4.3 有针对性的强化对患者的健康教育** 针对老年人固执、耐受性及接受能力差的问题,护理人员要强化对患者及家属进行健康宣教意识,确保健康教育有成效,重点关注依从性较差的老年人。

**3.4.4 适当的约束、镇静和合适工具** 对于有拔管倾向的患者,适当有效的约束可以限制患者活动,从而阻止非计划性拔管的发生<sup>[6]</sup>。但使用约束带的患者由于身体活动受限,使其感到身心疲惫,容易产生烦躁、愤怒等情绪,致使患者失去理智而发生 UEX<sup>[2]</sup>,因此对于术后疼痛明显、持续躁动不安、紧张易怒及无法耐受气管插管等的患者,在进行有效约束的前提下,可遵医嘱适当给予镇静处理。另外普通胶布固定导管黏性差易脱落,研究表明 3M 公司的加压胶布稳定性较好,可以减少导管脱落<sup>[7]</sup>。

【参考文献】

[1] Epstein SK, Nevins ML, Chung J. Effect of unplanned extubation on outcome of mechanical ventilation[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2000, 161(6):1912-1916.

[2] 李俊花. ICU 气管插管患者非计划性拔管的原因分析与护理对策[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(9):816-818.

[3] 毫丽洁, 郑秀云, 赵思思, 等. ICU 气管插管患者非计划性拔管的临床特征分析及对策[J]. 护理学报, 2011, 18:49-51.

[4] 许翠花, 张玉侠, 顾 莺, 等. 新生儿留置胃管非计划性拔除的现况调查与分[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(3):241-243.

[5] 蒋玉娣, 张 颖, 岑爱萍. 军队医院聘用制护理人力资源管理存在的问题与对策[J]. 东南国防医药, 2012, 14(6):549-550.

[6] 王晓弥, 洗富女. ICU 气管插管病人非计划性拔管的原因分析及对策[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(6):433-434.

[7] 钱援芳, 徐东娥. 根因分析法在住院患者非计划性拔管管理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(11):979-980.