

重症肺炎患者俯卧位通气的护理分析

李燕金

龙岩市第一医院重症医学科 福建龙岩 364000

【摘要】目的 分析俯卧位通气护理在重症肺炎患者中的作用。**方法** 选择我院 2023 年 1 月~2023 年 12 月就诊的 66 例重症肺炎患者, 根据随机数字表法分为两组, 每组 33 例, 对照组给予仰卧位通气, 观察组提供俯卧位通气, 比较两组不良事件发生率、血氧饱和度、动脉血氧分压。**结果** 观察组的不良事件发生率低于对照组, $P>0.05$ 。改变后 30 分钟和改变后 1 小时, 观察组血氧饱和度、动脉血氧分压均高于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 俯卧位通气护理在重症肺炎患者中的效果显著, 值得推广。

【关键词】 重症肺炎; 俯卧位通气; 血流动力学

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-4393 (2024) 19-089-02

重症肺炎是急危重症, 其发病机制尚不明确。低氧血症是临床上最常见的一种并发症, 对其进行有效的预防和及时的呼吸支持是非常必要的^[1]。俯卧位通气(俯卧位通气)是指通过翻身床或手工进行的操作, 可提高患者的功能性残气量, 促进痰液引流, 提高患者供氧效果。俯卧位是重症肺炎治疗的重要手段, 俯卧位通气能使受压的肺脏缩小, 使肺部的通气面积增大, 使肺与肺之间的气体流量比率得到明显的提高, 使患者的氧分压和氧气饱和度得到明显的改善。可有效提高肺功能, 其疗效确切, 但长期使用俯卧位通气机可导致患者有一定程度的压迫性伤害, 所以对监护提出更高的要求。俯卧位通气的基础上需要加强护理干预^[2]。为分析俯卧位通气护理在重症肺炎患者中的有效性, 此次研究纳入我院接诊的重症肺炎患者 66 例进行分析。

1 资料和方法

1.1 基线资料

2023 年 1 月~2023 年 12 月, 在我院选择 66 例肺炎患者, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各为 33 例。对照组, 女 15 例、男 18 例; 年龄 30~77 岁, 平均(50.30±5.65)岁。观察组, 女 18 例、男 15 例; 年龄 32~78 岁, 平均(50.45±5.78)岁。两组肺炎患者的资料相比, ($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合美国胸科学会 2001 制定的重症肺炎诊断标准; ②行机械通气治疗; ③可耐受面部朝下体位。

排除标准: ①血流动力学不稳; ②严重心律失常; ③脊髓损伤。

1.3 方法

两组均接受抗感染治疗、营养支持治疗等。对照组给予仰卧位通气, 上肢置于身体两侧, 将头部偏向一侧, 定时为患者翻身, 以避免压疮。观察组提供俯卧位通气, 如果患者采用肠内营养支持治疗, 需要在体位改变前半小时或 1 小时停止肠道营养, 在进行翻身之前, 要先检查一下胃潴留的状况。防止因翻身而引起的反流、呕吐等并发症, 引起误吸或窒息。取出电极, 将引流管、尿管等进行夹闭, 然后翻身, 将导管打开, 适当的固定, 同时要注意心电图监测是否有异常。适当镇静, 控制住患者的四肢, 避免管道拉断。根据患者的重量, 4~6 个人进行翻身, 床边护士负责将患者的气管插管或气管切开套管进行固定, 避免发生拔管, 查看管子是否有张力, 然后抽痰、麻醉后翻身。患者将头歪向一边, 选用特制的硅胶头减压垫。为了防止误拔气管内管, 健侧上肢放在头部,

上臂在下。两条腿保持着一定的距离。用柔软的枕头托住患者的肩部和髌骨, 防止胸部和腹部受到压迫, 并在两个小时内更换头的受压位置, 使患者始终平躺在气垫上。对容易受压皮肤进行早期治疗。患者卧位 6 个多小时, 最多 20~22 个小时。通常的治疗间隔是根据患者对俯卧位通气的应答及忍受水平而定的。在俯卧位时, 会有更多的呼吸道分泌物排出, 要做好呼吸道的清洁工作, 注意通气管路的畅通, 要及时将凝结水倒掉。

1.4 观察指标

(1) 不良事件发生率, 包含呼吸机相关肺炎、非计划拔管、误吸。(2) 血氧饱和度、动脉血氧分压。

1.5 统计学处理

软件为 SPSS25.0, 相关的计数资料(不良事件发生率)、计量数据(血氧饱和度、动脉血氧分压)表现形式为 $n(\%)$ 、 $(\bar{x}\pm s)$, 分别做 χ^2 、t 检验。通过数据分析、验证可以获得 P 值, ($P<0.05$) 即是差异显著性的标准。

2 结果

2.1 两组肺炎患者的不良事件发生率相比

见表 1, 观察组的不良事件(呼吸机相关肺炎、非计划拔管、误吸)发生率低于对照组, ($P>0.05$)。

表 1: 不良事件发生率相比 {n (%)}

组别	例数 (n)	呼吸机相关肺炎	非计划拔管	误吸	不良事件发生率
观察组	33	1 (3.03)	0 (0.00)	1 (3.03)	2 (6.06)
对照组	33	2 (6.06)	1 (3.03)	2 (6.06)	5 (15.15)
χ^2 值					1.4383
P 值					0.2304

2.2 两组肺炎患者的血氧饱和度、动脉血氧分压相比

见表 2, 两组体位改变前 30 分钟的血氧饱和度、动脉血氧分压相比, ($P>0.05$)。改变后 30 分钟和改变后 1 小时, 观察组血氧饱和度、动脉血氧分压均高于对照组, ($P<0.05$)。

3 讨论

肺炎是呼吸内科常见的多发病, 随着病情的持续发展, 会出现严重的肺部感染。重症肺炎以咳嗽、呼吸困难和血压下降等症状为主, 并伴有呼吸衰竭。肺炎除了呼吸道疾病外, 还可累及其它系统, 且有多种并发症。患者肺部通气不足、血流灌注不均衡等因素与免疫损伤或理化因素有关, 从而会影响肺功能^[3]。重症肺炎不得到有效的救治, 可引起多脏器功能紊乱综合征, 甚至多脏器功能衰竭, 从而威胁到患者的

健康。对于这种疾病，传统的抗菌药物不能取得很好的疗效，还必须配合使用机械通气，以缓解患者的临床症状，提高呼吸道的的气体交换，从而加速疾病的康复。

机械通气治疗中，由于患者的体位不同，其对肺部的通气能力也存在一定的差异，需要根据患者的具体情况，为其制定最佳的操作体位^[4]。在仰卧位进行机械通气时，由于肺、心脏等的收缩，使得背部附近的肺组织扩张不全，同时也会受到较大的重力影响。通过变换体位，采用俯卧位通气，可以确保肺门在低位，从而在重力的影响下，促使肺部的分泌物快速的排出，防止出现感染。而且在这种体位中，因为肺的收缩力减弱，使得肺的膨胀更快，改善肺内的血液循环。然而，在俯卧位通气过程中，进行各项护理工作，对护士的专业技能提出了更高的要求，要细致地进行护理，对患者的病情进行严密的监测，并采取各项保护性措施，将各个导管进行固定，防止发生移位、脱落等情况，共同配合进行各项护理工作^[5]。俯卧位可更好地促进肺部的血液流动和气流交换，调节胸部顺应性，提高氧气吸收，目前在重症肺炎患者中已经取得良好效果。根据本次的调查显示，改变后 30

分钟和改变后 1 小时，观察组血氧饱和度、动脉血氧分压均高于对照组， $P < 0.05$ 。

综上所述，俯卧位通气护理在重症肺炎患者有利于改善患者的血气指标，具有较高应用价值。

参考文献：

[1] 杨立品, 赵莎莎. 早期营养支持联合俯卧位机械通气对重症肺炎患者胃肠道功能及血气指标的影响 [J]. 四川解剖学杂志, 2023, 31(2):66-68.

[2] 韩美玲, 严颖, 许甜甜, 等. 风险等级防控护理对重症肺炎俯卧位通气治疗患者安全性与疗效的影响 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2024, 19(4):526-529.

[3] 徐海燕, 赵燕君, 余玲萍, 等. 呼吸机俯卧位机械通气对重症肺炎老年患者呼吸机相关肺炎及气道菌群分布的影响 [J]. 医疗装备, 2023, 36(13):69-71.

[4] 潘麒. 俯卧位通气在老年重症肺炎呼吸衰竭患者中的应用分析 [J]. 基层医学论坛, 2023, 27(14):136-138.

[5] 王金波. 俯卧位机械通气对重症肺炎伴呼吸衰竭患者生理状况的影响 [J]. 反射疗法与康复医学, 2023, 4(14):65-67.

表 2: 血氧饱和度和动脉血氧分压相比 { $\bar{x} \pm s$ }

组别	血氧饱和度 (%)			动脉血氧分压 (mmHg)		
	改变前 30 分钟	改变后 30 分钟	改变后 1 小时	改变前 30 分钟	改变后 30 分钟	改变后 1 小时
观察组 (n=33)	81.27±5.51	90.39±4.94	91.28±6.71	50.38±8.98	62.32±9.89	65.15±11.21
对照组 (n=33)	81.33±5.67	82.43±4.54	86.12±5.51	50.56±8.41	54.56±7.89	56.56±9.24
T 值	0.0435	6.8153	3.4140	0.0840	3.5234	3.3967
P 值	0.9654	<0.0001	0.0011	0.9333	0.0008	0.0012

(上接第 87 页)

状态，提示若提供舒筋活络、活血化瘀等对症处理措施可显著改善患者相应临床症状。有学者提出^[1]，针对急性腰扭伤患者中医特点给予相应中医护理措施，可与常规临床治疗起到相辅相成的治疗作用，获得更为理想的临床疗效，其中熏蒸可使药物直接送达患处；按摩可局部机体温度上升有利于改善微循环状态；情志护理可显著改善患者相应负面情绪有利于提高其配合治疗积极性及依从性。本文研究可知，对照组经常规护理后疼痛程度、腰部活动度改善效果并不理想；研究组在常规护理基础上加用中医护理后，其 VAS 量表评分、

腰椎前屈角度均较之前显著改善，此结论与李彩平^[2]研究结果相符。

综上所述，应用常规护理基础上加用早期中医护理配合可显著改善急性腰扭伤患者疼痛程度、腰部活动度，有利于提高其生活质量，值得今后推广。

参考文献：

[1] 李毛霞, 陶莹. 中医护理在中医院的应用现状调查 [J]. 中华现代护理杂志, 2023, 16(10): 1137.

[2] 李彩平. 急性腰扭伤患者早期中医护理干预效果观察 [J]. 中外医学研究, 2022, 10(18):89-89.

(上接第 88 页)

3 讨论

高血压属中老年人中最易发生的疾病，而高血压脑出血则是此病容易发生的严重并发症，疾病发生后有较高的致残及致死风险，尤其老年高血压脑出血患者，需予以绝对重视。关于高血压脑出血的治疗，临床多主张若患者具备手术指征行手术治疗，以帮助患者促进颅内血肿被有效清除，进而减轻神经系统损伤。不容忽视的是，老年高血压脑出血患者接受手术治疗，无论哪种术式，受到自身年龄、体质、病情的影响，术后发生并发症的风险较高，给护理人员提出了更高的要求及更严峻的挑战。肺部感染是老年高血压脑出血患者术后较常发生的并发症，对患者的治疗效果、恢复效率均会造成不良影响。本文研究组患者接受集束化护理，通过集束化护理小组制定的护理内容与计划施护，重视参与护理工作综合素质提升，在基础护理、呼吸道护理、口腔护理方面予以加强，并给予用药及饮食干预。研究结果显示，研究组患

者与对照组患者相比肺部感染持续时间更短，两组对比存在明显差异， $P < 0.05$ 。此结果充分证明了集束化护理的高效，表明老年高血压脑出血术后肺部感染中应用集束化护理可提高护理效率，缩短患者的恢复时间。

参考文献：

[1] 李娟, 秦德广, 黄文勇, 李克乐. 集束化护理在老年高血压脑出血术后肺部感染中的应用 [J]. 南昌大学学报 (医学版), 2023, 5(54):76-77.

[2] 李振燕. 集束化干预在 ICU 脑卒中机械通气患者肺部感染防控中的应用价值 [J]. 中国护理管理, 2022, 7(z1): 132-133.

[3] 于国华, 哈立新. 集束化管理在大面积脑梗死患者中的应用 [J]. 中国现代医生, 2021, 8(13): 140-142.

[4] 周彩虹, 郑瑞双, 李乐之, 等. 集束化护理预防神经外科气管切开患者肺部感染的研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2023, 23(21): 5208-5210.