

• 护理研究 •

气道护理联合体位管理对小儿支气管肺炎患儿通气功能及住院时间的影响研究

袁燕萍

龙岩人民医院儿科 福建龙岩 364000

【摘要】目的 探讨气道护理联合体位管理对小儿支气管肺炎患儿通气功能及住院时间的影响。**方法** 选取 2023 年 1 月-2024 年 12 月本院治疗的 86 例小儿支气管肺炎患儿开展研究工作, 这 86 例对象经随机数字表法划分为对照组与试验组, 各组对象是 43 例。对照组给予常规护理, 试验组则在常规护理的同时增加体位管理、气道护理。对比两组对象的通气功能改善情况 [指标包括第 1 秒用力呼气容积 (FEV1)、用力肺活量 (FVC)、最大通气量 (MVV)]、临床症状消失时间与住院时间。**结果** 干预前, 两组患儿 FEV1、FVC、MVV 水平等数值对比 $P > 0.05$; 治疗 7d 后, 试验组患儿的 FEV1、FVC、MVV 水平均显著高于对照组, 比较 $P < 0.05$; 试验组患儿的喘息、咳嗽、肺部啰音等时间以及住院时间均短于对照组, 比较 $P < 0.05$ 。**结论** 针对小儿支气管肺炎, 实施气道护理联合体位管理能够很好的改善患儿的通气功能, 缩短临床症状, 促使患儿尽快康复, 值得推荐。

【关键词】 小儿支气管肺炎; 气道护理; 体位管理; 通气功能; 住院时间**【中图分类号】** R473**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 36-121-02

小儿支气管肺炎是呼吸道疾病, 好发于 2 岁以下的小儿, 其发生与小儿呼吸道解剖生理特征、免疫功能不健全、病原体感染等因素有关。小儿以气促、咳嗽、喘息、肺部罗音等为主要临床表现, 严重者还会引起心衰、呼吸衰竭等并发症, 对小儿的生命和健康造成极大危害。临床上主要采用抗感染和对症支持等措施, 但对其进行科学、有效的护理是提高小儿预后的关键。传统护理陌生以病情监测、药物治疗、日常生活护理为主, 虽可达到基本护理要求, 但对清除气道分泌物和改善通气功能的作用不大。气道护理主要通过气道湿化和吸痰等方法清理气道内分泌物, 维持气道畅通; 体位管理是指通过调节小儿体位, 借助自身的重力效应, 促使痰引流, 提高肺通气/血流比率, 提高通气效果^[1]。本文探讨气道护理联合体位管理对小儿支气管肺炎患儿通气功能及住院时间的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月-2024 年 12 月本院治疗的 86 例小儿支气管肺炎患儿开展研究工作, 这 86 例对象经随机数字表法划分为对照组与试验组, 各组对象是 43 例。对照组: 女性 18 例, 男性 25 例, 年龄 7 个月到 3 岁, 平均年龄 (1.48 ± 0.53) 岁; 病程 12 到 72h, 平均病程 (35.766 ± 5.44) h。试验组: 女性 19 例, 男性 24 例, 年龄 6 个月-3.2 岁, 平均年龄 (1.52 ± 0.55) 岁; 病程 13-73h, 平均 (35.88 ± 5.63) h。两组患儿的各项基本资料对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对患儿进行常规护理, 进行病情监测, 严密监测患儿的体温、心率、呼吸、血氧饱和度, 同时注意咳嗽、喘息、肺部罗音等临床表现。在医生的指导下给予患儿合理治疗药物治疗, 观察患儿治疗效果和副作用。病房要保持清洁、安静, 温度 20-22℃, 湿度 55-65%, 要经常打开窗户, 避免受到烟雾和冷空气的刺激。饮食方面要注意进食清淡易消化的食物, 且要富含营养, 提倡多喝, 少吃多餐, 不要吃得太过。

1.2.2 试验组

在对照组的基础上进行气道护理联合体位管理, 具体为:

(1) 气道护理: ①气道湿化: 针对未建立人工气道的小儿, 给予 2mL 生理盐水 + 0.5mg 布地奈德混悬液 + 0.25mL 的丁胺醇溶液, 进行雾化, 每次雾化 10-15 分钟, 每天 2-3 次; 对痰多、痰咳不出者, 可采用鼻腔冲洗或向呼吸道内滴入生理盐水的方式处理, 每次用量 1-2 毫升, 每天 3-4 次, 以便稀释痰液, 让气道保持湿润通畅, 帮助痰液排出。②吸痰护理: 对小儿出现严重咳嗽、肺部啰音加剧、呼吸急促、血氧饱和度和降低等情况, 应立即吸痰。在吸痰之前, 先用 100% 氧气吸入 2-3 分钟, 然后使用无菌吸痰管吸痰, 在吸痰时动作轻柔, 以免对呼吸道粘膜造成伤害, 每次吸痰时间不超过 15 秒, 之后再吸氧, 对痰的颜色、性质和数量进行观察。③口腔卫生: 每天两次用生理盐水清洗口腔, 注意口腔卫生, 防止感染。(2) 体位管理: 根据患儿年龄、身体状况和耐受情况, 采用适当的体位, 每天体位护理时间不低于 4 小时。①半卧位: 病情较轻, 能自主翻身者, 采取半卧位, 将床抬起 30°-45°, 并在其背上垫柔软枕头, 以使患儿感到舒适, 这样可以减少肺部淤血, 提高通气能力。②侧卧位: 对于痰多、喘息严重的患儿, 采取左右卧位交替方式, 每 2 小时变换一次体位, 借助重力作用, 促使患侧肺内痰液引流出来, 避免痰堆积。③俯卧位: 对于病情稳定的 1 岁以上的小儿, 可采用俯卧位, 一天 2-3 次, 一次 15-30min, 俯卧时在患儿胸前、腋下垫软枕, 让其头偏向一侧, 避免窒息, 以此增大肺通气面积, 提高供氧能力。在调整体位的时候要注意动作轻柔, 避免对患儿造成牵拉和压迫, 注意观察患儿的脸色和呼吸, 若有任何不适立即停止。

1.3 观察指标

①通气功能: 分别于干预前及治疗 7d 后, 采用肺功能检测仪 (型号: MasterScreenPaed) 检测患儿 FEV1、FVC、MVV, 检测时由专业医护人员指导患儿配合, 记录检测结果。②临床症状消失时间: 记录两组患儿咳嗽消失时间、喘息缓解时间、肺部啰音吸收时间。③住院时间: 统计两组患儿从入院到出院的总时间。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料以

($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。P < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿干预前后通气功能指标比较

表 1: 两组患儿干预前后通气功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 / 例数	FEV1 (L)		FVC (L)		MVV (L/min)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=43)	1.66±0.58	1.86±1.05	1.32±0.54	1.72±0.25	3.52±0.66	4.31±0.67
研究组 (n=43)	1.67±0.56	2.65±1.08	1.33±0.51	2.68±0.33	3.51±0.68	6.20±1.46
t	0.855	7.642	0.556	7.264	0.696	8.086
P	0.828	0.000	0.915	0.000	0.838	0.000

2.2 两组患儿临床症状消失时间及住院时间比较

干预前, 两组患儿 FEV1、FVC、MVV 水平等数值对比 P > 0.05; 治疗 7d 后, 试验组患儿的 FEV1、FVC、MVV 水平均显著高于对照组, 比较 P < 0.05; 见表 1。

试验组患儿的喘息、咳嗽、肺部啰音等时间以及住院时

间均短于对照组, 比较 P < 0.05。见表 2。

表 2: 两组患儿临床症状消失时间及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别 / 例数	喘息消失时间	咳嗽消失时间	肺部啰音消失时间	住院时间
对照组 (n=43)	3.66±0.42	4.26±0.85	4.32±0.61	10.21±0.55
研究组 (n=43)	2.53±0.28	2.32±0.67	2.63±0.52	7.03±0.42
t 值	14.680	9.065	12.467	10.764
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

小儿支气管炎是以气道粘膜充血、水肿、分泌物增多为主要特征的疾病, 其发生发展过程中出现低氧和二氧化碳潴留等临床表现。及时清理气道分泌物, 保持呼吸道通畅, 提高通气功能, 是护理的重要环节。传统护理主要包括翻身和拍打背部等, 但由于缺少针对性的气道护理和系统性体位管理, 很难有效地缓解呼吸道梗阻, 不利于患儿康复。

气道护理是提高患儿通气能力的关键, 气道湿化可以有效地降低痰液对气道的堵塞程度, 并对气道粘膜起到一定保护作用。超声雾化吸入是通过对气道直接刺激, 快速解除支气管痉挛, 从而改善患儿喘鸣症状, 达到了改善患儿呼吸功能的目的。通过吸痰护理, 可将呼吸道中堆积的痰液及时排出, 防止痰阻塞气道造成低氧, 提高肺通气 / 血流比率^[2]。体位管理是指通过改变患儿体, 借助重力的作用促使痰液排出, 扩大肺部通气面积, 提高氧合状况。半卧位可以减少腹部器官对胸腔的压力, 使膈肌位置下降, 胸腔容积增大, 使通气功能得到提高; 采用交替侧卧位的方法, 可以让患侧的肺部保持低位, 通过重力来帮助排痰, 防止痰在肺部堆积, 并减少健侧肺的压力, 确保健侧肺的通气效率; 俯卧位能增大肺背侧区域的通气面积, 提高肺的顺应性, 特别适合于存在严

重肺部炎症 (如急性呼吸窘迫综合征相关炎症) 且常规氧疗后氧合仍不良的患儿^[3]。本研究结果显示, 治疗 7d 后, 试验组患儿的 FEV1、FVC、MVV 水平均显著高于对照组, 比较 P < 0.05; 试验组患儿的喘息、咳嗽、肺部啰音等时间以及住院时间均短于对照组, 比较 P < 0.05。由此可见, 气道护理联合体位管理, 可有效清除气道分泌物, 维持气道通畅, 提高肺通气能力。同时, 二者联合可加快肺部炎症消退, 缩短康复时间。

综上所述, 针对小儿支气管炎, 实施气道护理联合体位管理能够很好的改善患儿的通气功能, 缩短临床症状, 促使患儿尽快康复, 值得推荐。

参考文献:

[1] 李淑莲. 综合护理干预在小儿肺炎支气管炎康复中的作用 [J]. 基层医学论坛, 2025, 29(6):112-115.
[2] 张丽. 小儿肺炎的气道精准护理干预效果 [J]. 实用医药杂志, 2019, 14(6):137-139.
[3] 陆叶, 谈君. 集束化气道护理联合气道廓清技术对小儿肺炎患儿排痰情况及症状恢复情况的影响 [J]. 婚育与健康, 2025, 31(7):139-141.

(上接第 120 页)

响到治疗效果。对慢性支气管炎患者实施健康教育非常必要, 能通过心理干预、生活方式指导、呼吸训练、疾病宣教、深呼吸和有效咳嗽指导、出院指导等措施增进患者对相关健康知识的认知, 保持积极乐观的心态, 规范行为习惯, 积极配合治疗和护理工作, 利于提升治疗效果, 并加快康复进程, 缩短住院时间, 减轻家庭经济压力^[3]。健康教育是一项科学的护理方法, 能满足患者的护理需求, 利于疾病的治疗, 但同时也对护理人员提出了更高的要求, 要求其树立“以患者为中心”的服务观念, 不断提升专业水平和沟通能力, 提升健康教育的质量和效率^[4]。

本次实验证实, 在对慢性支气管炎患者实施健康教育后, 其治疗效果显著提升, 总有效率高达 94.3%, 肺动脉高压、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病等并发症的发生率显著降低, 以

上数据相比于仅采用常规护理的患者差异明显, P < 0.05, 本次试验结果类似于白海芬^[5]的实验结果。可见, 健康教育在慢性支气管炎患者护理中具有积极的应用价值, 值得推广。

参考文献:

[1] 林煜华, 贺舰灵. 系统健康教育在慢性支气管炎护理中的作用 [J]. 内科, 2025, 11(4):448-448.
[2] 常明凤. 健康教育在慢性支气管炎患者护理中的应用 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2025, 23(2):319-320.
[3] 常晨曦. 健康教育在慢性支气管炎患者护理中的临床价值分析 [J]. 中国保健营养旬刊, 2022, 22(9):3487-3487.
[4] 孙攀. 系统健康教育在慢性支气管炎护理中的作用 [J]. 临床医学研究与实践, 2024(4):89-89.
[5] 白海芬. 健康教育在慢性支气管炎患者护理中的临床应用效果 [J]. 中国医药指南, 2023, 14(29):245-246.