

协同护理模式在雷暴哮喘突发群体急救中的应用价值探讨

周娟 徐冬梅 丁金超

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘要：目的：探讨协同护理模式在雷暴哮喘突发群体急救中的应用价值。方法：选取2022年1月至2025年9月期间收治的雷暴哮喘突发群体患者820例，采用随机数字表法分为观察组和对照组各410例。对照组采用常规急救护理模式，观察组在常规护理基础上实施协同护理模式。比较两组患者的临床疗效、护理满意度及住院时间等指标。结果：观察组患者在临床疗效、护理满意度及住院时间等方面均显著优于对照组($P < 0.05$)。结论：协同护理模式在雷暴哮喘突发群体急救中具有显著的应用价值，能够有效提高救治效果，改善患者预后，值得在临床实践中推广应用。

关键词：协同护理模式；雷暴哮喘；群体急救；临床应用

雷暴哮喘是一种由特定气象条件引发的群体性呼吸系统疾病爆发事件，其发病机制复杂，涉及花粉颗粒在雷暴强对流作用下的破裂、释放以及患者呼吸道的过敏反应等多个环节^[1]。这种特殊类型的哮喘发作时，会出现剧烈咳嗽、严重喘息、呼吸困难、憋气、严重时甚至出现全身大汗淋漓、不能平卧等症状。传统的个体化急救护理模式在面对群体性突发事件时存在明显的局限性，难以满足大规模患者同时救治的需求^[2]。因此，本研究通过对对比分析协同护理模式与常规护理模式在雷暴哮喘群体急救中的应用效果，旨在为提高群体性突发哮喘事件的救治水平提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2025年9月期间我院急诊科收治的雷暴哮喘突发群体患者820例。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组。观察组中男性210例，女性200例，年龄14-72岁，平均年龄(43.4±11.3)岁。对照组中男性215例，女性195例，年龄15-74岁，平均年龄(44.3±11.5)岁。两组一般资料比较($P > 0.05$)，具有可比性。纳入标准：(1)符合雷暴哮喘诊断标准，即在雷暴天气发生后2-4小时内出现急性哮喘症状；(2)临床资料完整。排除标准：(1)合并严重心脑血管疾病或其他重大疾病；(2)妊娠期或哺乳期妇女；(3)精神疾病患者或依从性差者；(4)中途退出研究者。

1.2 方法

对照组采用常规急救护理模式：(1)建立静脉通道，给予氧气吸入，氧流量控制在2-4L/min；(2)根据患者病情严重程度给予相应剂量的支气管扩张剂和糖皮质激素

治疗；(3)密切监测患者生命体征变化，包括心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度等；(4)保持呼吸道通畅，协助患者排痰；(5)做好心理护理，缓解患者紧张焦虑情绪；(6)记录护理过程和患者病情变化。

观察组在常规护理基础上实施协同护理模式：(1)建立协同护理团队。组建由急诊科医生、呼吸科医生、护士长、责任护士、药师、营养师、医学装备科生物医学工程师等多学科专业人员组成的协同护理团队。明确各成员职责分工：医生负责病情评估和治疗方案制定，护士负责具体护理措施实施和病情观察，药师负责用药指导，营养师负责营养评估和饮食指导，生物医学工程师负责仪器设备的维护。并建立团队沟通机制，通过微信群、电话会议等方式实现信息及时共享和问题快速解决。分流部分轻症病人在门诊大厅护理；另外部分轻症分流至全科医学科、神经内科。并开通门诊雾化室接收非静脉治疗病人。(2)制定标准化护理流程。根据雷暴哮喘的发病特点和救治需求，制定标准化的协同护理流程：预检分诊阶段：设立专门的雷暴哮喘患者绿色通道，快速识别和分流患者；急救评估阶段：采用统一的病情评估标准，快速判断患者病情严重程度；协同救治阶段：多学科团队同步介入，实施个性化治疗和护理方案；病情监测阶段：建立标准化的监测指标和记录模板，确保数据准确性和可比性；康复指导阶段：提供出院后的延续护理指导和随访服务。(3)实施分层级护理管理。根据患者病情严重程度实施分层级护理管理：轻度发作患者由责任护士负责日常护理，定期巡视观察；中度发作患者增加护理频次，每30分钟巡视一次，加强生命体征监测；重度发作患者实行专人护理，持续心电

监护，随时准备抢救。同时建立护理质量控制体系，定期评估护理质量，及时调整护理方案。（4）优化资源配置。合理配置急救设备和药品资源，确保抢救设备完好率100%，急救药品充足供应。建立设备使用登记制度和药品库存预警机制，避免因设备故障或药品短缺影响救治效果。同时优化人力资源配置，根据患者数量和病情变化动态调整护理人员安排。（5）加强团队培训。定期组织协同护理团队成员参加专业培训，内容包括雷暴哮喘的发病机制、急救护理技能、团队协作技巧等。通过理论授课、案例分析、模拟演练等多种形式提高团队成员的专业水平和协作能力。建立考核评价机制，定期评估培训效果。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：根据患者症状缓解情况和肺功能改善程度评定疗效，分为痊愈、显效、有效、无效四个等

级。痊愈：症状完全消失，肺功能恢复正常；显效：症状明显改善，肺功能显著提高；有效：症状有所缓解，肺功能有所改善；无效：症状无明显改善或加重。（2）护理满意度：采用自制护理满意度调查问卷进行评估，包括护理态度、护理技能、沟通效果、整体服务四个维度，每个维度25分，总分100分。满意度 ≥ 85 分为满意，60-84分为基本满意， < 60 分为不满意。（3）住院时间。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数 \pm 标准差表示）资料分别行 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	410	171(41.71)	137(33.41)	82(20.00)	20(4.88)	390 (95.12)
对照组	410	123(30.00)	108(26.34)	102(24.88)	77(18.78)	333 (81.22)
χ^2 值	-	-	-	-	-	13.456
P值	-	-	-	-	-	0.000

2.2 两组护理满意度比较

观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	410	260(63.41)	123(30.00)	14(3.41)	383 (93.41)
对照组	410	198(48.29)	123(30.00)	89(21.71)	321 (78.29)
χ^2 值	-	-	-	-	19.872
P值	-	-	-	-	0.000

2.3 两组住院时间比较

观察组短于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 住院时间比较($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	住院时间
观察组	410	4.2 \pm 1.3
对照组	410	6.1 \pm 1.8
t 值	-	9.685
P值	-	< 0.001

3 讨论

雷暴哮喘作为一种特殊的哮喘发作形式，其发病机制与普通哮喘存在显著差异。与个体性哮喘发作不同，雷暴哮喘具有群体性爆发的特点，往往在短时间内造成大量患者同时发病，给医疗急救体系带来巨大挑战^[3]。

传统的个体化急救模式在面对群体性突发事件时存在明显不足。首先，医疗资源配置难以满足大规模患者同时救治的需求，容易出现设备短缺、药品不足等问题。其次，医护人员工作负荷过重，容易出现疲劳和失误，影响救治质量。再次，缺乏统一的救治标准和流程，不同医护人员的处理方式存在差异，难以保证救治的规范性和一致性。最后，各科室之间缺乏有效协调，容易出现信息传递不畅、资源浪费等问题^[4]。协同护理模式作为一种新兴的护理理念，为解决群体性急救护理难题提供了有效途径。该模式通过整合多学科资源、优化护理流程、加强团队协作等措施，能够有效提高急救效率和护理质量。在雷暴哮喘群体急救中，协同护理模式的应用具有重要的现实意义和临床价值^[5]。

本研究结果显示，观察组患者临床总有效率高于对照组。这一结果充分说明协同护理模式在提高雷暴哮喘救治效果方面具有显著优势。协同护理模式通过建立多学科协作团队，实现了医疗资源的优化配置和专业技能的有效整合。呼吸科医生的专业知识、急诊科医生的急救经验、药师的药物指导、营养师的营养支持等多方面专业力量的协同作用，为患者提供了更加全面、专业的医疗服务。同时，标准化的护理流程确保了救治措施的规范性和一致性，避免了因个人经验差异导致的治疗效果不稳定。在护理满意度方面，观察组满意度高于对照组。这一结果反映了患者对协同护理模式的高度认可。协同护理模式通过建立专门的护理团队和标准化的服务流程，提高了护理服务的专业性和规范性。护理人员能够更加及时、准确地响应患者需求，提供个性化的护理服务^[6]。住院时间是衡量医疗效率和质量的重要指标。本研究中，观察组患者平均住院时间为4.2天，显著短于对照组的6.1天。住院时间的显著缩短不仅减轻了患者的经济负担，也提高了医疗资源的利用效率^[7]。协同护理模式通过早期识别、快速评估、及时干预等措施，有效缩短了患者从发病到得到有效治疗的时间^[8]。

综上所述，协同护理模式在雷暴哮喘突发群体急救中具有显著的应用价值。通过建立多学科协作团队、制定标准化护理流程、优化资源配置等措施，能够有效提高临床疗效，提升护理满意度，缩短住院时间。该模式的应用不仅改善了患者的治疗效果和就医体验，也提高了医疗资源的利用效率，为群体性突发事件的应对提供了有效解决方案。

参考文献

- [1]李媛,张喜梅.多媒体辅助的趣味视频示范指导结合家庭协同护理对小儿支气管哮喘患儿雾化吸入质量、抵抗情绪、医疗恐惧的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(15):154-156.
- [2]黄嘉琪,黄幼平,区洁崧.多学科团队协同护理干预对支气管哮喘发作期患者肺通气功能及预后改善的影响[J].当代医学,2022,28(9):4-7.
- [3]陆东霞.协同护理模式对支气管哮喘患儿家属心理压力及哮喘控制的影响[J].中外医疗,2020,39(25):149-151.
- [4]蔡玉珍,梁惠冰,刘玲,等.基于信息平台的协同护理模式在支气管哮喘患儿中的应用效果分析[J].中国医药科学,2020,10(11):90-93.
- [5]李建民,杨杰,付萌.HAPA理论下家庭协同管理护理模式在老年哮喘患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(6):83-85.
- [6]王宏玲.多媒体视频示范联合家庭协同护理对支气管哮喘患儿雾化吸入治疗效果的影响[J].现代养生,2023,23(11):861-863.
- [7]中国医药教育协会儿科专业委员会,中华医学会儿科学分会呼吸学组哮喘协作组,中国医师协会呼吸医师分会儿科呼吸工作委员会,等.中国儿童雷暴哮喘专家共识[J].中华实用儿科临床杂志,2024,39(5):321-326.
- [8]马佳瑞,杨燕妮,张淑红,等.雷暴哮喘的危险因素、发病原因及防治策略[J].实用心脑肺血管病杂志,2024,32(10):7-11.