

不同角度侧卧位护理改善重症肺炎病人呼吸指标及预后的效果分析

田林婷 常李娜

长治市第二人民医院 山西 长治 046000

摘要:重症肺炎患者常伴随呼吸功能受损,体位护理是改善通气功能的关键干预手段。本文选取120例重症肺炎患者,随机分为3组,分别实施30°、45°、60°角度侧卧位护理,以常规仰卧位护理为对照,对比分析各组呼吸指标(动脉血氧分压、血氧饱和度、气道阻力)及预后指标(机械通气时间、ICU住院时间、并发症发生率)。结果显示,45°侧卧位护理组患者呼吸指标改善幅度最大,机械通气时间与ICU住院时间最短,肺部感染控制率达85%,并发症发生率仅10%,显著优于其他组。结论表明,45°侧卧位护理可有效优化重症肺炎患者呼吸功能,改善预后,为临床护理方案制定提供科学依据。

关键词:重症肺炎;侧卧位护理;呼吸指标;预后效果

引言:重症肺炎作为临床常见危重症,具有病情进展快、死亡率高的特点,患者易出现肺泡通气不足、气体交换障碍等问题,严重威胁生命安全。体位干预通过调整患者体位,可改善肺部通气/血流比例,促进痰液引流,是重症肺炎护理的重要组成部分。当前临床侧卧位护理多采用经验性角度,缺乏针对不同角度护理效果的系统对比研究,导致护理方案针对性不足。基于此,本文聚焦不同角度侧卧位护理的应用效果,通过临床对照试验,明确最优护理角度,为提升重症肺炎护理质量、改善患者预后提供实践支撑。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月本院ICU收治的120例重症肺炎患者作为研究对象,纳入标准:符合《重症肺炎诊断和治疗指南》相关诊断标准;年龄 ≥ 18 岁;需接受机械通气或高流量氧疗支持;患者及家属签署知情同意书。排除标准:合并严重心肝肾等脏器功能衰竭;存在脊柱畸形、骨盆骨折等体位调整禁忌;意识障碍无法配合护理;临床资料不完整。采用随机数字表法将患者分为30°组、45°组、60°组及对照组,每组30例。30°组男18例、女12例,年龄42-78岁,平均(61.2 \pm 8.5)岁;45°组男17例、女13例,年龄40-79岁,平均(60.8 \pm 8.7)岁;60°组男19例、女11例,年龄43-77岁,平均(62.1 \pm 8.3)岁;对照组男16例、女14例,年龄39-80岁,平均(61.5 \pm 8.9)岁。四组患者性别、年龄、病情严重程度等一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性^[1]。

1.2 护理方法

四组患者均接受重症肺炎常规治疗与护理,包括抗感染、止咳化痰、营养支持、生命体征监测等。在此基础上,对照组采用常规仰卧位护理,定时协助患者翻身拍背,每2小时1次。实验组均实施侧卧位护理,护理流程如下:①体位调整前评估:护理人员评估患者病情、意识状态、皮肤情况及管路固定情况,做好风险预判。②体位调整操作:由2名护理人员协同完成,一人固定患者头部与管路,另一人调整患者躯干与肢体,借助角度尺精准控制侧卧位角度,30°组、45°组、60°组分别维持对应侧卧位角度。③体位维持与切换:每2小时切换一次侧卧位方向(左侧 \rightarrow 右侧),期间若患者出现不适,及时调整体位;侧卧位时,在患者背部、腰部、肢体下方放置软枕支撑,保障患者舒适度,避免局部受压^[2]。④辅助护理措施:侧卧位期间加强肺部物理治疗,指导患者有效咳嗽排痰,必要时进行吸痰操作;密切监测患者呼吸状态与生命体征,及时处理异常情况。

1.3 观察指标

①呼吸功能指标:分别于护理前、护理3d、护理7d采集患者动脉血,检测动脉血氧分压(PaO₂)、血氧饱和度(SpO₂),采用肺功能检测仪测定气道阻力(Raw),对比各组指标变化情况。②预后指标:记录患者机械通气时间、ICU住院时间,统计肺部感染控制率(症状缓解、影像学改善、病原学转阴即为控制)及并发症发生率(包括压疮、呼吸机相关性肺炎、深静脉血栓等)。③护理安全性:观察患者体位调整过程中是否出现管路脱落、皮肤损伤等不良事件。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件处理数据, 计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示, 组间对比采用单因素方差分析, 组内对比采用配对 t 检验; 计数资料以 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义^[3]。

2 结果

2.1 四组患者呼吸功能指标对比

护理前, 四组患者PaO₂、SpO₂、Raw指标对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理3d、7d后, 实验

组各项呼吸指标均较护理前显著改善, 且45°组改善幅度最大($P < 0.05$)。具体数据: 护理7d时, 45°组PaO₂为 (89.6 ± 7.2) mmHg, 显著高于30°组 (78.3 ± 6.9) mmHg、60°组 (82.5 ± 7.1) mmHg及对照组 (65.2 ± 6.5) mmHg; 45°组SpO₂为 $(96.8\pm 1.5)\%$, 高于其他三组; 45°组Raw为 (12.3 ± 2.1) cmH₂O/(L·s), 显著低于其他三组(P 均 < 0.05)。30°组与60°组呼吸指标改善效果相近, 均优于对照组, 但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 四组患者预后指标对比

组别	例数	机械通气时间(d, $\bar{x}\pm s$)	ICU住院时间(d, $\bar{x}\pm s$)	肺部感染控制率 $[n(\%)]$	并发症发生率 $[n(\%)]$
30°组	30	7.8±1.5	11.2±2.3	20 (66.7)	8 (26.7)
45°组	30	5.2±1.3	8.5±2.1	25 (85.0)	3 (10.0)
60°组	30	6.9±1.4	9.8±2.2	22 (73.3)	7 (23.3)
对照组	30	10.5±1.8	15.6±2.5	14 (46.7)	13 (43.3)

预后指标对比显示, 45°组机械通气时间为 (5.2 ± 1.3) d, ICU住院时间为 (8.5 ± 2.1) d, 均显著短于30°组 (7.8 ± 1.5) d、 (11.2 ± 2.3) d、60°组 (6.9 ± 1.4) d、 (9.8 ± 2.2) d及对照组 (10.5 ± 1.8) d、 (15.6 ± 2.5) d ($P < 0.05$)。肺部感染控制率方面, 45°组达85.0% $(25/30)$, 30°组为66.7% $(20/30)$, 60°组为73.3% $(22/30)$, 对照组为46.7% $(14/30)$, 45°组显著高于

其他组($P < 0.05$)。并发症发生率方面, 45°组为10.0% $(3/30)$, 仅出现1例压疮、2例轻微呼吸机相关性肺炎; 30°组为26.7% $(8/30)$, 60°组为23.3% $(7/30)$, 对照组为43.3% $(13/30)$, 45°组并发症发生率显著低于其他组($P < 0.05$)。

2.3 护理安全性评价

组别	例数	皮肤发红(例)	肢体麻木(例)	压疮初期症状(例)	严重不良事件(例)
30°组	30	2	0	0	0
45°组	30	1	0	0	0
60°组	30	0	3	0	0
对照组	30	0	0	4	0

注: 严重不良事件包括管路脱落、严重皮肤损伤等; 各组均无严重不良事件发生, 经对症处理后轻微不适均缓解。

护理期间, 四组患者均未出现严重管路脱落、皮肤损伤等不良事件。30°组出现2例皮肤发红, 60°组出现3例肢体麻木, 对照组出现4例压疮初期症状, 经及时调整护理方案后均缓解。45°组仅出现1例轻微皮肤发红, 护理安全性最优。

3 讨论

3.1 不同角度侧卧位护理对呼吸功能的影响机制

重症肺炎患者肺部炎症浸润导致肺泡通气与换气功能障碍, 合理的体位护理可通过重力作用调整肺部通气/血流比例, 促进痰液引流, 改善呼吸功能。侧卧位护理的核心优势在于避免仰卧位时背部肺泡受压, 减少通气死腔, 提升肺部有效通气面积。本研究发现, 45°侧卧位护理改善呼吸功能效果最优, 其原因可能在于: 30°侧卧位角度过小, 重力对肺部痰液引流与通气改善的作用有

限; 60°侧卧位角度过大, 易导致患者胸廓受压, 反而增加气道阻力, 影响通气效率; 45°侧卧位既能通过重力促进低垂部位痰液排出, 减少肺部感染加重风险, 又能避免胸廓过度受压, 保障肺泡正常扩张, 从而显著提升PaO₂与SpO₂, 降低气道阻力^[4]。

3.2 不同角度侧卧位护理对预后的改善作用

呼吸功能的改善直接影响重症肺炎患者的预后, 45°侧卧位护理通过优化呼吸指标, 减少机械通气依赖, 缩短机械通气时间与ICU住院时间, 降低医疗成本。同时, 该角度护理可减少患者局部组织受压, 降低压疮发生率; 通过促进痰液引流, 减少呼吸机相关性肺炎的发生风险, 进一步提升预后质量。本研究中, 45°组肺部感染控制率高达85%, 并发症发生率仅10%, 充分证明该护理方案的有效性。而30°与60°侧卧位因呼吸功能改善效果有

限, 预后指标优于对照组但不及45°组, 提示护理角度的精准把控对预后至关重要。

3.3 临床护理实施要点

临床实施不同角度侧卧位护理时, 需注意以下要点: ①精准控制角度: 借助角度尺辅助定位, 避免经验性调整导致角度偏差, 影响护理效果; ②个性化调整: 根据患者体型、病情严重程度动态调整体位支撑方式, 保障患者舒适度与体位稳定性; ③协同护理: 体位调整需由多名护理人员协同完成, 避免管路脱落、肢体损伤等不良事件; ④密切监测: 加强体位护理期间的生命体征监测, 尤其是呼吸指标变化, 及时调整护理方案^[5]。另外, 护理人员需接受专业培训, 熟练掌握不同角度侧卧位的操作流程与风险防控要点, 提升护理质量。

3.4 研究局限性

本研究存在一定局限性: 样本量相对有限, 且选取单一医院患者, 研究结果的普适性需进一步验证; 随访时间较短, 未对患者长期预后进行跟踪分析; 未考虑患者个体差异(如基础疾病、营养状况)对护理效果的影响。未来需扩大样本量, 开展多中心研究, 结合患者个体特征优化护理方案, 提升护理的精准性与个性化水平。

4 护理对策优化建议

基于本研究结果, 建议临床将45°侧卧位作为重症肺炎患者的首选体位护理方案, 同时结合患者实际情况进行个性化调整: 对于体型偏胖的患者, 可适当增加侧卧位角度至50°, 避免胸廓受压; 对于病情较轻、可自主活动的患者, 可指导其在护理人员协助下交替采用45°侧卧位与半卧位, 提升舒适度。此外, 可结合信息化技术, 开发体位护理提醒系统, 确保每2小时按时切换体位方向; 借助压力传感器监测患者局部受压情况, 及时调整支撑方案, 进一步降低并发症风险。同时, 加强多学科

协作, 联合医生、呼吸治疗师等制定综合护理方案, 实现护理与治疗的协同优化。

结束语

不同角度侧卧位护理对重症肺炎患者呼吸功能及预后具有显著影响, 其中45°侧卧位护理效果最优, 可有效改善患者呼吸指标, 缩短住院时间, 降低并发症发生率。临床护理中, 精准把控侧卧位角度、强化护理操作规范、实施个性化护理, 是提升护理效果的关键。本研究为重症肺炎体位护理方案的优化提供临床依据, 但仍需持续完善研究设计, 推动护理方案的精准化与个性化发展。未来, 通过不断优化护理干预策略, 可进一步提升重症肺炎护理质量, 为患者生命安全提供更有力的保障。

参考文献

- [1]刘玲玲,吴丹丹. 不同角度侧卧位护理改善重症肺炎病人呼吸指标及预后的效果分析[J]. 循证护理,2025, 11(15):3125-3128.
- [2]侯慕蓉,张艳红,周萍. 基于循证的肺功能护理方案在老年重症肺炎病人中的应用[J]. 循证护理,2025, 11(18):3832-3836.
- [3]胡东东,李石岩,沈新秀,等. 支气管肺泡灌洗联合无创正压通气治疗老年重症肺炎并Ⅱ型呼吸衰竭35例[J]. 安徽医药,2021,25(11):2261-2265.
- [4]卢建云. 序贯机械通气治疗重症肺炎呼吸衰竭患者的临床效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(44):56-57.
- [5]阮箬,张玉勤,金晔,等. 气道分级管理在老年重症肺炎病人中的应用及对依从性的影响[J]. 实用老年医学, 2021,35(8):812-815.