

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

冯晓红

四川省精神卫生中心·绵阳市第三人民医院 四川 绵阳 621000

摘要:重症肺炎患者多伴通气功能障碍、氧合指数下降及痰液淤积,易引发呼吸衰竭等不良预后,科学护理干预对改善呼吸功能至关重要。为探究不同角度侧卧位护理的应用价值,本文对比30°、45°、60°侧卧位护理的干预效果,系统分析患者呼吸频率、血氧饱和度、氧合指数等呼吸指标变化,统计肺部啰音消失时间、住院时长、并发症等预后指标。结果表明,适宜角度侧卧位可有效优化肺部通气换气功能,促进痰液引流,改善呼吸状态,降低并发症发生率。其中45°侧卧位综合干预效果最优,可为重症肺炎临床体位护理标准化方案提供参考依据。

关键词:重症肺炎;不同角度侧卧位;护理干预;呼吸指标;预后效果

引言:重症肺炎病情进展快、病死率高,患者普遍存在肺泡换气功能受损、气道分泌物潴留、肺顺应性下降等问题,易诱发低氧血症、呼吸衰竭、肺不张等并发症。体位护理是重症肺炎基础护理的核心内容,科学体位摆放可改善肺部通气分布、促进痰液排出、减轻肺部淤血。目前临床针对侧卧位护理角度尚无统一标准,缺乏系统对比分析。本文通过对照研究,分析不同角度侧卧位护理的临床应用效果,筛选最优护理体位,为提升重症肺炎临床护理质量、改善患者预后提供实践支撑。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院ICU 2023年1月—2024年1月收治的90例重症肺炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为三组,各30例,分别为30°侧卧位组、45°侧卧位组、60°侧卧位组。纳入标准:符合重症肺炎临床诊断标准;年龄18~75岁;入住ICU且接受机械通气或无创呼吸支持;患者及家属知情并签署同意书。排除标准:合并严重胸廓畸形、气胸、胸腔积液者;合并多器官功能衰竭、恶性肿瘤者;中途转院、放弃治疗或死亡者;无法配合体位护理干预者。三组患者年龄、性别、病情严重程度、通气方式等一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

三组患者均接受重症肺炎常规护理干预,包括抗感染、祛痰平喘、机械通气、营养支持、气道湿化、生命体征监测、口腔护理等基础治疗与护理。在常规护理基础上,三组分别实施不同角度侧卧位护理干预,体位摆放均由专业护理人员完成,使用体位垫固定,每2小时更

换一次体位(左右交替),单次侧卧位维持时间2h,每日干预时长不少于12h,持续干预7d。30°组:协助患者取左右交替30°低角度侧卧位,垫高背部与肢体,保障体位稳定,避免躯体偏移;45°组:协助患者取45°标准侧卧位,合理调整肢体摆放,放松胸腹部肌肉,保障呼吸顺畅;60°组:协助患者取60°高角度侧卧位,严格固定体位,规避体位滑落、压伤等问题。干预期间密切观察患者生命体征与耐受情况,出现不适立即调整体位^[1]。

1.3 观察指标

1.3.1 呼吸指标:对比三组患者干预前后核心呼吸指标,包括呼吸频率(RR)、血氧饱和度(SpO_2)、动脉血氧分压(PaO_2)、氧合指数(PaO_2/FiO_2)。(2)预后指标:对比三组患者预后相关指标,包括肺部啰音消失时间(定义为从干预开始至听诊肺部啰音明显减少或消失的天数)、痰液引流通畅时间(定义为从干预开始至痰液易于吸出或自行咳出的天数)、ICU住院时长。

(3)并发症发生率:统计三组患者并发症发生情况,包括肺不张、低氧血症加重、呼吸机相关性肺炎、压疮等,并发症发生率=并发症发生例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用LSD- t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者干预前后呼吸指标对比

干预前,三组患者呼吸频率、血氧饱和度、氧合指数等指标对比无显著差异($P > 0.05$)。干预7d后,三组

患者呼吸功能均得到改善,呼吸频率明显降低,血氧饱和度、氧合指数显著升高。组间对比显示,45°侧卧位组改善效果最优,其呼吸频率低于30°、60°组,血氧饱和度与氧合指数显著高于其余两组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。30°侧卧位角度偏小,肺部通气改善效果有限,痰液引流效率较低;60°侧卧位角度过大,患者胸腹部受压明显,呼吸舒适度下降,一定程度限制肺部扩张,干预效果不及45°侧卧位^[2]。各组患者干预前后呼吸指标对比结果详见表1。

表1 三组患者干预前后呼吸指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时段	呼吸频率 (次/min)	血氧饱和度 (%)	氧合指数 (mmHg)
30°组 (n=30)	干预前	28.36±3.25	83.15±2.64	126.35±10.26
	干预后	22.15±2.86	89.26±2.31	185.62±12.35
45°组 (n=30)	干预前	28.42±3.18	83.21±2.58	125.89±10.12
	干预后	18.63±2.52	94.58±2.16	236.58±11.68
60°组 (n=30)	干预前	28.39±3.22	83.18±2.61	126.12±10.21
	干预后	20.85±2.74	91.32±2.25	201.36±12.05
F值(干预后组间)		12.356	18.924	15.672
P值(干预后组间)		<0.001	<0.001	<0.001

注:与30°组干预后比较,* $P < 0.05$;与60°组干预后比较,# $P < 0.05$ 。

2.2 三组患者预后指标对比

预后指标统计结果显示,45°组肺部啰音消失时间、痰液引流通畅时间、ICU住院时长均显著短于30°组与60°组,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。30°组体位角度较低,气道低位痰液引流不彻底,肺部炎症吸收缓慢,康复周期相对更长;60°组体位过高,患者躯体压迫感较强,易出现呼吸疲劳,影响整体康复进度。45°侧卧位可有效平衡肺部通气与痰液引流效果,加速肺部炎症消退,缩短患者ICU治疗时间,提升整体康复效率。各组患者预后指标对比结果详见表2。

表2 三组患者预后指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肺部啰音消失时间(d)	痰液引流通畅时间(d)	ICU住院时长(d)
30°组	30	6.85±1.26	4.96±1.05	12.36±2.15
45°组	30	4.12±0.98	2.85±0.86	8.62±1.58
60°组	30	5.73±1.15	3.92±0.94	10.58±1.86
F值	-	45.632	38.214	28.956
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001

注:与30°组比较,* $P < 0.05$;与60°组比较,# $P < 0.05$ 。

2.3 三组患者并发症发生率对比

并发症统计结果表明,45°组并发症发生率最低,仅为6.67%,显著低于30°组(23.33%)和60°组(26.67%),

差异有统计学意义($P < 0.05$)。30°组因痰液淤积问题未彻底解决,肺不张、呼吸机相关性肺炎发生风险较高;60°组体位压迫明显,不仅易加重呼吸负担,还会提升局部皮肤受压损伤风险,压疮发生率更高。三组对比可见,适宜角度的侧卧位护理可有效规避各类并发症,保障患者治疗安全。各组患者并发症发生情况详见表3。

表3 三组患者并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	肺不张	呼吸机相关性肺炎	压疮	总发生率
30°组	30	3(10.00)	2(6.67)	2(6.67)	7(23.33)
45°组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	2(6.67)
60°组	30	2(6.67)	1(3.33)	4(13.33)	8(26.67)
χ^2 值	-	-	-	-	6.824
P值	-	-	-	-	0.033

注:与45°组比较,△ $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 侧卧位护理对重症肺炎患者的干预机制

重症肺炎患者因肺部炎症浸润、肺泡渗出及气道分泌物滞留,导致通气/血流比例失衡,引发持续性低氧血症,是呼吸功能恶化的核心原因。侧卧位护理通过改变患者体位,可有效调整肺部通气分布,改善背部及低垂部位肺泡萎陷,提升有效通气面积^[1]。同时,利用重力作用促进气道深部痰液自然引流,减少痰液淤积,降低肺部感染风险,改善肺泡换气功能,优化血氧指标。相较于平卧位,侧卧位可减轻心脏与肺部压迫,提升肺顺应性,为患者呼吸功能恢复创造良好条件。

3.2 不同角度侧卧位护理的效果差异分析

不同侧卧位角度对重症肺炎患者的干预效果存在显著差异。30°低角度侧卧位体位接近平卧,改变幅度小,对肺部低垂部位痰液引流、肺泡扩张的改善作用有限,无法充分纠正通气/血流比例失衡,呼吸指标改善较差,长期干预易致痰液堆积,增加并发症风险。60°高角度侧卧位倾斜度过大,胸腹部受压加重,胸廓扩张受限,抑制呼吸运动。机制上,角度超过50°后下侧胸腔受压显著,胸廓顺应性下降,膈肌上抬受限,患者需增加呼吸做功,部分抵消体位引流的氧合获益。同时,单侧压力过大易致压疮,患者耐受性差。45°侧卧位为最优角度,其机制在于:重力在水平与垂直方向的分力达到最优匹配,既能有效促使低位肺区肺泡复张、促进分泌物引流,又不会过度升高腹内压或压迫下侧胸廓影响膈肌运动。45°侧卧位在通气改善、痰液引流与舒适度之间取得最佳平衡,助力患者快速康复^[4]。

3.3 临床护理应用要点

结合本次研究结果,临床开展重症肺炎侧卧位护理

需把握以下核心要点：（1）体位选择：优先选用45°左右交替侧卧位作为标准化护理体位，严格把控体位摆放角度，使用专用体位垫固定，避免体位偏移影响干预效果。（2）更换频率：合理控制体位更换频率，以每2小时交替更换一次体位为宜，避免长期单侧卧位导致局部压迫与痰液引流不均。（3）病情监测：干预期间加强病情监测，实时观察患者血氧、呼吸频率、意识状态变化，针对耐受度较差的患者，可适当调整体位维持时长或暂时减小角度。（4）配套护理：同时做好皮肤护理、气道湿化、吸痰护理等配套干预，在优化呼吸指标的同时，规避压疮、气道损伤等并发症，全方位改善患者治疗预后。

结束语

本文通过对照研究明确了30°、45°、60°侧卧位护理对重症肺炎患者呼吸指标与预后的影响差异。研究证实，侧卧位护理可有效改善肺部通气换气功能，促进痰液引流，降低并发症发生率。其中45°侧卧位干预效果最为显著，其机制在于重力分力与膈肌位移达到最优匹

配，既能促进低位肺区复张，又不会过度压迫胸廓^[5]。临床可将45°左右交替侧卧位作为标准化体位护理方案，结合患者个体耐受情况优化护理细节。该研究为重症肺炎临床体位护理规范化开展提供了参考依据。

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]李京,王玉峦,王美芹,等.不同侧卧位角度护理对老年重症肺炎患者呼吸指标的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(21):4545-4548.
- [3]章利焱.不同侧卧位角度护理干预对老年重症肺炎患者呼吸指标的影响[J].健康导刊,2025,2(35):88-90.
- [4]雷冰瑶,尚向娜.不同侧卧位角度护理在老年重症肺炎患者护理中的应用[J].临床医学工程,2023,30(5):689-690.
- [5]吴素勤,栾娜,牛畅,等.45°与30°侧卧位护理在重症肺炎患者中的应用效果比较[J].中国民康医学,2026,38(5):181-183.