论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×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潴留，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[3]。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.