

呼吸与危重症医学科护理风险管理对重症肺炎行机械通气患者的影响

宋艳飞 谷彪

长治市第二人民医院 山西 长治 046012

摘要：目的：探究重症医学科（ICU）护理风险管理在重症肺炎机械通气患者中的应用效果，为提升护理质量、降低不良事件发生率提供依据。方法：选2024年1月-12月我院ICU120例重症肺炎机械通气患者，分对照组（60例，常规护理）与观察组（60例，护理风险管理），对比相关指标。结果：观察组机械通气、住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）；不良事件发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）；护理满意度高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对这类患者实施ICU护理风险管理，可缩短治疗周期、降低风险、提升满意度，有重要临床价值。

关键词：重症医学科；护理风险管理；重症肺炎；机械通气；护理质量

引言：重症肺炎是呼吸科常见急危重症，常伴呼吸衰竭，机械通气是维持呼吸功能的关键手段。但ICU治疗期间，因病情重、侵入性操作多、护理环节复杂，患者易发生VAP、非计划性拔管等不良事件，延长治疗周期甚至危及生命。国内ICU机械通气患者护理不良事件发生率达15%-20%，VAP占比超40%，影响治疗效果。护理风险管理以“识别、评估、控制风险”为核心，虽在ICU应用渐受重视，但针对重症肺炎机械通气患者的研究不足。本研究构建并实施体系，探讨其影响，为优化护理方案提供实证。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月—2024年12月我院ICU收治的重症肺炎机械通气患者120例为研究对象。纳入标准：符合《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南（2016年版）》中重症肺炎诊断标准；经气管插管或气管切开行机械通气治疗；机械通气时间 $\geq 48\text{h}$ ；患者及家属知情同意。排除标准：合并严重心肝肾衰竭、恶性肿瘤终末期患者；精神疾病患者；妊娠及哺乳期妇女。按护理模式分为对照组与观察组，每组60例。对照组男32例，女28例；年龄45-78岁，平均（ 61.2 ± 8.3 ）岁；气管插管42例，气管切开18例；APACHE II评分（ 20.5 ± 3.1 ）分。观察组男33例，女27例；年龄46-79岁，平均（ 62.1 ± 7.9 ）岁；气管插管40例，气管切开20例；APACHE II评分（ 21.1 ± 2.8 ）分。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性^[1]。

1.2 方法

1.2.1 对照组：实施常规护理

包括病情监测（生命体征、意识状态、血气分析）、机械通气参数调节、气道湿化与吸痰、基础护理（口腔护理、皮肤护理、体位护理）、用药指导及健康宣教等。

1.2.2 观察组：实施护理风险管理

在常规护理基础上，构建并实施ICU护理风险管理体系，具体措施如下：

（1）风险识别与评估。成立护理风险管理小组，由ICU护士长担任组长，5名主管护师为成员，通过查阅文献、分析近3年科室护理不良事件案例、结合临床实践，识别重症肺炎机械通气患者的核心护理风险：①气道相关风险（VAP、非计划性拔管、气道堵塞）；②导管相关风险（深静脉导管感染、导管脱出）；③体位与皮肤风险（压疮、坠积性肺炎）；④病情观察风险（病情突变漏判、参数调节不当）。采用风险矩阵法对各风险进行评估，从“发生概率”和“影响程度”两个维度划分风险等级（高、中、低），制定风险评估表，对患者入院时及机械通气期间进行动态评估，每周更新1次。

（2）风险控制与干预。①气道风险管理：严格执行VAP预防集束化策略，包括抬高床头 $30^\circ\text{-}45^\circ$ 、每日唤醒评估拔管时机、口腔护理（每4h1次，采用氯己定漱口液）、声门下吸引（每8h1次）、呼吸机管路每周更换1次（污染时及时更换）；固定气管插管/切开导管，标记刻度，每班交接，使用约束带时加用软垫保护，定期放松；吸痰时严格无菌操作，选择合适型号吸痰管（直径 $<$ 气管导管内径1/2），控制吸痰压力（100-150mmHg），避免过度吸痰。②导管风险管理：深静脉导管穿刺严格无菌操作，穿刺点每日消毒并更换敷料，观察有无红

肿、渗液；使用导管固定贴加强固定，避免牵拉；记录导管置入深度，每班核对；指导患者及家属避免自行活动导管，发现导管松动及时处理。③体位与皮肤风险管理：采用气垫床，每2h翻身1次，记录翻身时间与体位；对骨隆突处（肩胛部、骶尾部、足跟）使用减压贴保护；保持皮肤清洁干燥，避免潮湿刺激；评估患者营养状况，给予高蛋白、高热量饮食，必要时通过肠内营养支持改善营养状态，增强皮肤抵抗力。④病情观察风险管理：建立“专人专护”制度，对高风险患者实行24h专人监护；使用标准化病情观察记录表，每小时记录生命体征、呼吸机参数、意识状态；定期复查血气分析，根据结果及时调整通气参数；组织每日医护联合查房，共同评估病情变化，制定个性化治疗方案。

（3）风险监控与持续改进。建立护理不良事件上报制度，鼓励护士主动上报不良事件，对发生的不良事件采用根本原因分析（RCA）法查找根源，制定改进措施；每月召开护理风险管理会议，分析风险评估结果、不良事件发生情况，总结干预效果；定期对护士进行风险管理培训（每季度2次），内容包括风险识别技巧、应急处理流程、无菌操作规范等，提升护士风险防控能力。

1.3 观察指标

观察指标包括治疗周期指标、护理不良事件以及护理满意度。其中，治疗周期指标涵盖机械通气时间与住院时间；护理不良事件方面，需详细记录呼吸机相关性

肺炎（VAP）、非计划性拔管、导管感染、压疮等不良事件的发生例数，并据此计算发生率；护理满意度则采用科室自制的护理满意度问卷，在患者出院前展开调查，问卷内容涉及护理态度、操作技术、沟通交流、风险告知等多个维度，满分设定为100分，评分标准为≥90分为非常满意，70-89分为满意，<70分为不满意，最终满意度计算方式为（非常满意+满意）例数除以总例数再乘以100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件分析数据，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， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[2]。

2 结果

2.1 两组治疗周期指标比较

观察组机械通气时间、住院时间均显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组治疗周期指标比较（ $\bar{x} \pm s$, d）

组别	例数	机械通气时间	住院时间
对照组	60	10.5±2.1	19.8±3.2
观察组	60	7.2±1.5	14.3±2.3
t值	-	10.234	10.867
P值	-	<0.001	<0.001

2.2 两组护理不良事件发生率比较

观察组护理不良事件发生率为3.33%，显著低于对照组的16.67%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组护理不良事件发生率比较[例(%)]

组别	例数	VAP	非计划性拔管	导管感染	压疮	总发生率
对照组	60	5 (8.33)	2 (3.33)	2 (3.33)	1 (1.67)	10 (16.67)
观察组	60	1 (1.67)	0 (0.00)	1 (1.67)	0 (0.00)	2 (3.33)
χ^2 值	-	-	-	-	-	6.171
P值	-	-	-	-	-	0.013

2.3 两组护理满意度比较

83.33%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

观察组护理满意度为96.67%，显著高于对照组的

表3 两组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	60	25 (41.67)	25 (41.67)	10 (16.67)	50 (83.33)
观察组	60	38 (63.33)	20 (33.33)	2 (3.33)	58 (96.67)
χ^2 值	-	-	-	-	6
P值	-	-	-	-	0.014

3 讨论

3.1 护理风险管理缩短治疗周期的机制分析

重症肺炎机械通气患者的治疗周期往往受到病情严重程度、并发症发生情况等多种因素的综合影响。在本研究中，观察组通过实施护理风险管理，显著缩短了机

械通气时间和住院时间。这主要得益于多方面的有效机制。一方面，采用VAP预防集束化策略，从手卫生、口腔护理、体位管理等多个环节入手，有效降低了VAP的发生率，避免了因感染导致机械通气时间的延长。另一方面，严格的导管固定与维护措施，确保了导管的安全

使用，避免了非计划性拔管、导管感染等不良事件的发生，减少了二次操作和治疗延误。此外，通过动态病情观察与参数优化，护理人员能够及时了解患者的病情变化，调整治疗方案，促进患者呼吸功能的恢复。相关研究显示，VAP的发生可使机械通气时间延长3-5天，而护理风险管理通过针对性的防控措施，有效规避了这一关键影响因素，从而缩短了患者的整体治疗周期^[3]。

3.2 护理风险管理降低不良事件的核心作用

护理不良事件的发生是人员、流程、环境等多因素共同作用的结果。人员方面，操作不规范、风险意识薄弱等问题可能引发不良事件；流程上，环节漏洞、沟通不畅等会影响护理质量；环境中，设备老化、空间拥挤等也会增加不良事件的发生风险。本研究构建的护理风险管理体系，从风险识别、评估、控制到监控形成了闭环管理。通过风险识别，明确核心风险点，使护理工作更具针对性，避免了“盲目护理”；风险评估则实现了“精准防控”，对高风险患者进行重点干预；标准化干预措施规范了护理行为，减少人为失误；持续监控与改进能够及时弥补流程漏洞，不断完善护理工作。数据显示，观察组不良事件发生率仅为3.33%，远低于对照组，尤其是非计划性拔管、压疮等可防性不良事件实现“零发生”，充分体现护理风险管理在降低不良事件方面的防控价值。

3.3 护理风险管理提升患者满意度的内在逻辑

护理满意度是衡量护理质量的重要指标，它反映了患者对护理服务的整体感知。在本研究中，观察组护理满意度显著提升，这背后有着多方面的内在逻辑。首先，护理风险管理强调“以患者为中心”的理念，通过个性化风险评估与干预，能够充分满足患者的个体化需求，让患者感受到更加贴心的护理服务。其次，规范的操作和有效减少不良事件的发生，增强了患者对护理服务的信任感，使患者能够更加安心地接受治疗。再者，加强与患者及家属的沟通交流，及时告知病情与风险，能够缓解他们的焦虑情绪，提高患者的治疗依从性。另外，团队协作与持续改进提升了护理服务的专业性与连贯性，为患者提供了更加优质的护理体验。同时，护理风险管理还降低护士的工作压力，提升工作成就感，间接改善护理服务态度，形成“护士满意-患者满意”的良性循环。

3.4 护理风险管理的临床应用启示

在ICU重症肺炎机械通气患者护理中实施风险管理，需要注意以下关键要点。一是风险评估需“动态化”，由于患者病情变化迅速，护理人员应定期更新风险等级，避免“一次评估定终身”的情况发生，确保风险评估的准确性和及时性。二是干预措施需“标准化”，制定统一的操作流程与应急预案，使不同护士在执行护理工作时能够保持一致性，提高护理质量。三是团队协作需“常态化”，加强医护之间的配合以及护护之间的交接，避免信息断层，确保患者能够得到连续、有效的护理服务。四是培训教育需“持续化”，定期开展风险知识与技能培训，提升护士的风险防控能力，使其能够更好地应对各种护理风险。此外，还可结合信息化技术，如建立护理风险预警系统，通过数据监测自动提示风险，进一步提升管理效率，为患者的护理安全提供更有力的保障^[4]。

结束语

本研究表明，重症医学科护理风险管理应用于重症肺炎机械通气患者效果显著，可缩短机械通气与住院时间，降低不良事件发生率，提高护理满意度。护理风险管理通过风险识别、评估、控制与持续改进形成闭环，实现精准防控，满足患者个体化需求，提升护理质量。未来，临床护理工作中应进一步强化动态评估、标准化干预、团队协作与持续培训，并借助信息化技术提升管理效率，为优化ICU护理方案、改善患者预后提供有力支持。

参考文献

- [1]董雅倩,刘莉莉.护理风险管理应用于呼吸科危重症患者护理中的临床效果观察[J].贵州医药,2022,46(7):1156-1157.
- [2]王晓佳.探讨护理风险管理在呼吸科危重症患者护理中的应用与效果[J].保健文汇,2021,22(4):111-112.
- [3]刘桂霞,张慧,施艳群,孟云,董秦玲,程金玲,杨秀英,周凤,鲍露露,李晓慧.基于智慧病房系统的智慧护理在呼吸与危重症医学科的实施[J].护理学杂志,2022, 37(3):5-9.
- [4]王亚静.以精细化为基础的管理模式在呼吸与危重症医学科护理工作中的应用[J].临床研究,2021,29(12):4-7.