集束化护理干预对重症肺炎患者并发症预防及康复效果的研究

李 娜 赵 佳
石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘 要：目的：探讨集束化护理干预对重症肺炎患者并发症预防及康复效果的影响。**方法：**选取2022年3月至2025年9月我院收治的120例重症肺炎患者，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规护理干预，观察组在常规护理基础上实施集束化护理干预，比较两组患者的临床指标、并发症发生情况及康复效果。**结果：**观察组患者机械通气时间、ICU住院时间均短于对照组；观察组患者并发症总发生率、呼吸机相关性肺炎发生率均低于对照组；观察组患者康复有效率高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**集束化护理干预能够有效降低重症肺炎患者并发症发生率，缩短机械通气时间和ICU住院时间，促进患者康复，值得临床推广应用。

关键词：集束化护理干预；重症肺炎；并发症预防；康复效果

引言：重症肺炎是一种严重的肺部感染性疾病，具有病情危重、进展迅速、并发症多等特点，严重威胁患者生命安全。该病常导致患者出现急性呼吸衰竭，需要机械通气支持治疗，但长期机械通气容易引发多种并发症，增加患者痛苦和医疗费用[1]。传统的单一护理模式难以全面满足重症肺炎患者的复杂护理需求，而集束化护理干预作为一种系统性、综合性的护理策略，通过整合多项循证护理措施，能够有效改善患者预后[2]。本研究旨在探讨集束化护理干预对重症肺炎患者并发症预防及康复效果的影响，为临床护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2025年9月我院收治的120例重症肺炎患者，采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各60例。观察组男34例，女26例；年龄分布为32-78岁，平均年龄（58.62±10.35）岁。对照组男32例，女28例；年龄分布为35-79岁，平均年龄（59.18±10.62）岁。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。纳入标准：符合重症肺炎诊断标准；预计ICU住院时间 ≥ 48小时。排除标准：合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；恶性肿瘤晚期；精神疾病史。本研究经医院伦理委员会审核批准，所有患者及家属均签署知情同意书。

1.2 护理方法

对照组给予常规护理干预：保持病房清洁，定期通风换气，监测生命体征变化；协助患者翻身拍背，指导有效咳嗽咳痰，及时清理呼吸道分泌物；根据患者营养状况制定个体化营养方案；关注患者心理状态，给予必要的心理支持和安慰。

观察组在常规护理基础上实施集束化护理干预，具体措施如下：

1.2.1 呼吸系统管理

（1）床头抬高30-45°：通过重力作用减少胃内容物反流，降低误吸风险，同时使膈肌下降、胸腔容积扩大，改善通气功能。需使用角度仪或重力锤确保精准度，避免目测误差，并注意低血压、脊柱骨折等禁忌症。鼻饲患者抬高床头后需维持30分钟以上，呼吸机辅助呼吸患者无禁忌时必须执行，可降低呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率。（2）每日脱机评估：采用“每日唤醒”策略，暂停镇静药物后评估患者意识、呼吸力量及氧合状态（如氧合指数 ≥ 150mmHg、PEEP ≤ 5-10cmH_2O）。符合条件者试行自主呼吸试验，成功后尽早拔管，缩短机械通气时间，减少VAP风险。（3）口腔护理：每6小时使用0.1%-0.2%氯己定漱口液清洁口腔，配合负压吸引牙刷清除牙菌斑，预防口咽部细菌下移。对于经口气管插管患者，需每日更换固定绑带，保持口唇湿润，避免黏膜损伤。（4）声门下吸引：使用带侧腔的气管插管，每4小时或持续吸引声门下分泌物，减少分泌物沿气囊皱襞下行。吸引前需确认气囊压力维持在25-30cmH_2O，避免漏气或过度压迫气管黏膜。（5）翻身拍背与排痰：每2小时协助患者翻身，使用震动排痰仪或手叩法（由下向上、由外向内）促进痰液松动。对于痰多黏稠者，联合雾化吸入（如乙酰半胱氨酸）湿化气道，必要时按需吸痰，保持呼吸道通畅。

1.2.2 感染控制

（1）手卫生与无菌操作：严格执行“接触患者前、操作前、接触体液后”的手卫生流程，优先使用酒精擦手液，污染时需流动水洗手。吸痰、气管插管等操作需戴无菌手套，使用一次性吸痰管，避免交叉感染。（2）呼吸机管路管理：每周更换呼吸机管路，污染或故障时立即更换。集水杯中的冷凝水需及时倾倒，避免反流进入气道；湿化器添加无菌水，温度维持37℃、湿度60%-70%，防止细菌滋生。（3）环境与抗生素管理：病房每日通风2次，紫外线消毒1小时，物体表面（床头桌、床栏）用含氯消毒剂擦拭。根据痰培养及药敏试验结果选择窄谱抗生素，避免盲目使用广谱药物导致耐药菌产生。

1.2.3 早期活动

（1）被动与主动运动：病情稳定后，由护士协助进行四肢被动活动（如关节屈伸），每日2-3次，每次15-20分钟，预防深静脉血栓。患者意识清醒后过渡到主动运动，如握力训练、床上抬腿。（2）体位训练：从半坐卧位（床头30°）逐步过渡到端坐位，每日2-3次，每次15-30分钟，增强呼吸肌力量。使用床边康复设备辅助站立，初始每次5-10分钟，逐步延长至30分钟。（3）步行训练：在生命体征平稳、氧饱和度 ≥ 90%时，在监护下进行床边步行，距离从5米开始，根据耐受情况增加。活动中密切观察心率、呼吸变化，出现不适立即停止。

1.3 观察指标

（1）记录两组患者机械通气时间、ICU住院时间。（2）并发症情况：统计两组患者呼吸机相关性肺炎、导管相关性血流感染、深静脉血栓形成等并发症发生情况。（3）康复效果：根据患者症状改善程度、影像学检查结果评价康复效果，显效：症状基本消失，影像学检查基本正常；有效：症状明显改善，影像学检查有所好转；无效：症状无改善或加重。总有效率 =（显效+有效）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以例数和百分率表示，组间比较采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标比较

观察组患者机械通气时间、ICU住院时间均显著短于对照组（$P<0.05$）。见表1。

表1 两组患者临床指标比较（$\bar{x}\pm s$，天）

组别	例数	机械通气时间	ICU住院时间
观察组	60	6.23±2.15	9.45±2.87
对照组	60	9.17±2.94	14.28±3.65
t值		6.284	7.892
P值		0.000	0.000

2.2 并发症情况比较

观察组患者并发症总发生率显著低于对照组（$P<0.05$）。见表2。

表2 两组患者并发症情况比较[n(%)]

组别	例数	呼吸机相关性肺炎	导管相关性血流感染	深静脉血栓形成	总发生率
观察组	60	3(5.00)	2(3.33)	1(1.67)	6(10.00)
对照组	60	11(18.33)	5(8.33)	3(5.00)	19(31.67)
χ^2值		4.236	1.658	0.864	8.234
P值		0.040	0.198	0.353	0.004

2.3 康复效果比较

观察组患者康复总有效率显著高于对照组（$P<0.05$）。见表3。

表3 两组患者康复效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	60	28(46.67)	26(43.33)	6(10.00)	54(90.00)
对照组	60	18(30.00)	22(36.67)	20(33.33)	40(66.67)
χ^2值		4.321	0.458	9.600	11.429
P值		0.038	0.499	0.002	0.001

3 讨论

重症肺炎作为临床常见的危重疾病，其病理生理过程复杂，涉及肺部感染、炎症反应、免疫功能紊乱等多个环节。疾病本身及其治疗过程中使用的各种侵入性操作，使得患者面临多重并发症风险，严重影响预后[3]。因此，如何有效预防并发症、促进患者康复成为临床护理工作的重点和难点。

本研究结果显示，观察组患者机械通气时间、ICU住院时间均显著短于对照组（$P<0.05$）。这一结果表明集束化护理干预能够有效改善患者的临床症状，加速炎症消退，促进患者康复。从并发症预防的角度分析，观察组患者并发症总发生率显著低于对照组（$P<0.05$），特别是呼吸机相关性肺炎的发生率明显降低。这一结果充分体现了集束化护理干预在感染预防方面的优势。集束化护理干预通过整合多项循证护理措施，形成了完整的感染防控体系[4]。床头抬高、口腔护理、声门下吸引等措施能够有效减少误吸和细菌定植；手卫生、无菌操作、定期更换管路等措施能够切断感染传播途径；合理的抗生素使用则能够控制感染源。这些措施相互配合，协同

发挥作用，从而显著降低了感染发生率。早期活动束的实施也是集束化护理干预的重要组成部分。重症患者长期卧床容易导致肌肉萎缩、关节僵硬、血液循环障碍等问题，增加深静脉血栓形成的风险。通过系统的早期活动训练，包括被动运动、主动运动、坐起训练、站立训练等，能够促进血液循环，维持肌肉功能，预防各种并发症的发生[5]。康复效果的改善是集束化护理干预的最终目标。本研究中观察组患者康复总有效率达到90.00%，显著高于对照组的66.67%（$P < 0.05$），这一结果充分证明了集束化护理干预的有效性。康复效果的提升不仅体现在临床症状的改善上，更重要的是患者生活质量的提高和重返社会能力的恢复。集束化护理干预通过系统性的护理措施，从生理、心理、社会等多个层面促进患者康复，实现了真正的整体护理[6]

综上所述，集束化护理干预作为一种系统性、综合性的护理模式，在重症肺炎患者护理中显示出良好的应用效果。它不仅能够有效预防并发症，改善临床指标，还能促进患者康复，提高护理质量。建议在临床实践中积极推广应用集束化护理干预，并结合实际情况不断完善和优化，为重症肺炎患者提供更加优质的护理服务。

参考文献

[1]余珍,甄敏,黄瑞.基于智能预警的集束化护理联合人文关怀策略在ICU重症肺炎患者中的应用[J].中西医结合护理（中英文）,2025,11(8):1-4.

[2]岳晓娟.基于1M3S护理管理的集束化护理在ICU重症肺炎患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2025,47(5):89-91.

[3]刘晓玲,李云,蔡丽碧,等.集束化护理在体外膜肺支持重症肺炎患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(9):42-45.

[4]曾丽琴,郭素梅.以尼尔·诺丁斯关怀理论为基础的集束化护理在重症肺炎合并呼吸衰竭气管插管患儿中的应用[J].中外医学研究,2025,23(16):76-80.

[5]石晓荣,郝小丹,任燕,等.专职护士主导下细致化护理配合集束化管理在老年重症肺炎伴呼吸衰竭患者中的运用[J].山西医药杂志,2025,54(12):952-955.

[6]李佳欣,陈娟娟.集束化护理与人文关怀在儿科重症监护室重症肺炎患儿中的应用[J].中西医结合护理（中英文）, 2024,10(11):17-20.