

循证护理应用于重症医学科气管切开术后患者呼吸道护理中的有效性分析

常李娜 田林婷

长治市第二人民医院 山西 长治 046000

摘要:重症医学科气管切开术后患者呼吸道防御功能受损,易发生感染、气道阻塞等并发症,影响预后。本文将循证护理应用于此类患者呼吸道护理,选取86例患者随机分为观察组(循证护理)与对照组(常规护理),对比两组护理效果。结果显示,观察组肺部感染发生率(6.98%)、气道阻塞发生率(2.33%)显著低于对照组(23.26%、13.95%);观察组气道湿化合格率、吸痰满意度高于对照组,机械通气时间、ICU住院时间短于对照组($P < 0.05$)。结论表明,循证护理可有效降低气管切开术后患者呼吸道并发症风险,优化护理质量,改善患者预后,值得临床推广应用。

关键词:循证护理;重症医学科;气管切开术;呼吸道护理

引言:气管切开术是重症医学科抢救呼吸功能障碍患者的重要手段,能维持气道通畅、保障氧供,但术后呼吸道黏膜损伤、防御屏障破坏,使患者面临极高的并发症风险。常规呼吸道护理多依赖临床经验,缺乏科学证据支撑,难以精准应对个体差异与复杂病情。循证护理以临床问题为导向,整合科研证据、临床经验与患者需求,为护理决策提供科学依据。基于此,本文探讨循证护理在重症医学科气管切开术后患者呼吸道护理中的应用效果,旨在为提升护理质量、保障患者安全提供实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年5月至2025年5月本院重症医学科收治的86例气管切开术后患者作为研究对象,纳入标准:符合气管切开术手术指征,术后需长期呼吸道护理;年龄 ≥ 18 岁;意识清醒或经镇静处理后可配合基础护理;患者及家属签署知情同意书。排除标准:合并严重肺部基础疾病;存在凝血功能障碍;术后生存期不足72h;临床资料不完整。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组,每组43例。观察组男25例、女18例,年龄42~79岁,平均(60.5 \pm 8.3)岁,病因包括颅脑损伤16例、呼吸系统疾病12例、其他15例;对照组男24例、女19例,年龄41~80岁,平均(61.2 \pm 8.5)岁,病因包括颅脑损伤15例、呼吸系统疾病13例、其他15例。两组患者性别、年龄、病因等一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性^[1]。

1.2 护理方法

对照组采用重症医学科气管切开术后常规呼吸道护

理:遵医嘱进行气道湿化(采用生理盐水超声雾化吸入)、定时吸痰(每2小时1次)、体位护理(定时翻身拍背),监测呼吸功能与痰液性状,做好气道清洁与消毒。观察组实施循证护理,具体流程如下:

(1)成立循证护理小组:由1名护士长、2名主管护士、3名责任护士组成,护士长任组长。小组开展循证护理相关培训,内容包括证据检索方法、文献评价标准、护理方案制定流程等,确保成员具备扎实的循证护理能力。

(2)提出临床问题:结合气管切开术后呼吸道护理重点,小组梳理出核心护理问题:如何优化气道湿化方案降低感染风险?如何规范吸痰操作减少气道损伤?如何通过体位护理促进痰液引流?如何预防气道阻塞等严重并发症?

(3)证据检索与评价:以“气管切开术”“呼吸道护理”“循证护理”“气道湿化”“吸痰”等为关键词,检索CNKI、万方、PubMed等数据库,收集近5年相关中英文文献。由小组成员共同对文献进行筛选与评价,剔除低质量、非随机对照研究文献,最终纳入23篇高质量文献作为护理方案制定的证据支撑^[2]。

(4)制定并实施护理方案:结合检索证据、临床经验及患者个体情况,制定个性化循证护理方案:①气道湿化优化:采用加温加湿氧疗系统,将湿化温度控制在37°C、相对湿度98%~100%,根据患者痰液黏稠度调整湿化液用量,避免湿化不足或过度;②吸痰规范化:采用密闭式吸痰管,吸痰前给予100%氧气吸入2分钟,吸痰时间不超过15秒,吸痰负压控制在-80~-120mmHg,严格无菌操作;吸痰时机以患者出现呛咳、呼吸急促或痰液潴留

迹象为准,避免定时盲目吸痰;③体位与排痰护理:根据患者病情采用30°-45°半卧位,每2小时翻身1次,联合胸部叩击、振动排痰仪辅助排痰;对于痰液较多者,结合肺部CT结果调整体位,促进低垂部位痰液引流;④并发症预防:加强气道温湿度监测,定期进行痰培养与药敏试验,根据结果调整抗感染方案;保持气道套管固定牢固,定期检查套管位置,预防脱管;加强口腔护理,每日2次口腔冲洗,降低口腔菌群下移风险^[3]。

1.3 观察指标

①并发症发生率:统计两组患者肺部感染(符合《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》标准)、气道阻塞、气道损伤、脱管等并发症发生情况;②护理质量指标:包括

气道湿化合格率(以痰液黏稠度II度及以下为合格)、吸痰操作规范率、患者及家属对护理的满意度(采用自制满意度量表,满分100分,≥80分为满意);③预后指标:记录两组患者机械通气时间、ICU住院时间、术后住院总时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS25.0统计学软件处理数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间对比采用独立样本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。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率对比

| 并发症类型 | 观察组 (n = 43) | 对照组 (n = 43) | χ^2 值 | P 值 |
|----------|--------------|--------------|------------|-------|
| 肺部感染 (例) | 3 (6.98%) | 10 (23.26%) | 4.472 | 0.034 |
| 气道阻塞 (例) | 1 (2.33%) | 6 (13.95%) | 3.887 | 0.049 |
| 气道损伤 (例) | 0 (0.00%) | 2 (4.65%) | 2.125 | 0.145 |
| 脱管 (例) | 0 (0.00%) | 0 (0.00%) | - | - |
| 总发生率 (%) | 0.093 | 0.4186 | 12.537 | 0.001 |

并发症发生率对比中,肺部感染与气道阻塞发生率差异显著($P < 0.05$),气道损伤与脱管因样本量小或未

发生,未达统计学差异。

2.2 两组患者护理质量指标对比

| 指标 | 观察组 (n = 43) | 对照组 (n = 43) | χ^2/t 值 | P 值 |
|-------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 气道湿化合格率 (%) | 42 (97.67%) | 34 (79.07%) | 6.628 | 0.01 |
| 吸痰操作规范率 (%) | 43 (100%) | 36 (83.72%) | 7.843 | 0.005 |
| 护理满意度 (例) | 41 (95.35%) | 33 (76.74%) | 5.486 | 0.019 |
| 满意度评分 (分) | 90.2 ± 5.3 | 78.5 ± 6.1 | 9.236 | 0.001 |

护理质量指标中,气道湿化合格率、吸痰操作规范率、护理满意度及评分均显著优于对照组($P <$

0.05)。

2.3 两组患者预后指标对比

| 指标 | 观察组 (n = 43) | 对照组 (n = 43) | t 值 | P 值 |
|-------------|--------------|--------------|-------|-------|
| 机械通气时间 (d) | 5.2 ± 1.3 | 7.8 ± 1.5 | 8.524 | 0.001 |
| ICU住院时间 (d) | 8.6 ± 2.1 | 12.3 ± 2.5 | 7.128 | 0.001 |
| 术后住院总时间 (d) | 18.5 ± 3.2 | 25.6 ± 3.8 | 9.367 | 0.001 |

预后指标显示,观察组机械通气时间、ICU住院时间及术后住院总时间均显著短于对照组($P < 0.001$)。

气道湿化方面,摒弃传统生理盐水雾化,采用加温加湿氧疗系统,精准控制温湿度,既避免湿化不足导致痰液黏稠阻塞气道,又防止湿化过度引发肺水肿,显著降低感染与气道阻塞风险;吸痰操作上,以患者实际痰液潴留迹象为吸痰时机,替代定时吸痰,减少不必要的气道刺激与损伤,同时规范吸痰负压、时间及无菌操作流程,降低交叉感染风险;体位护理结合患者病情与影像学结果,采用个性化体位与排痰方式,促进痰液引流,进一

3 讨论

3.1 循证护理降低并发症发生率的核心机制

气管切开后患者呼吸道黏膜屏障受损,黏液纤毛清除功能下降,易导致痰液潴留、感染等并发症,常规护理因缺乏个性化与科学性,难以有效防控风险。循证护理通过系统检索高质量证据,针对性优化护理方案:

步减少肺部感染发生^[4]。

3.2 循证护理对护理质量与预后的改善作用

循证护理以科学证据为支撑,打破传统经验性护理的局限,使护理操作更具规范性与针对性,显著提升护理质量。气道湿化合格率与吸痰操作规范率的提升,直接反映护理流程的优化;而护理满意度的提高,源于护理方案更贴合患者需求,减少了并发症带来的痛苦,同时规范的护理操作提升了患者及家属的信任感。此外,并发症发生率的降低与护理质量的提升,直接缩短患者机械通气时间与住院时间,减少医疗资源消耗,改善患者预后。

3.3 循证护理在临床应用中的关键点

临床实施循证护理需把握三项关键点:一是组建专业循证护理团队,加强团队培训,提升证据检索、评价与转化能力,确保护理方案的科学性;二是强化问题导向,结合临床实际梳理核心护理问题,避免盲目套用证据,确保护理方案的针对性;三是注重个体差异,在证据支撑与临床经验基础上,充分考虑患者病情、身体状况及家属需求,制定个性化护理方案,提升护理的依从性与有效性^[5]。此外,需建立护理效果动态评估机制,根据患者病情变化与护理效果,及时调整护理方案,形成“问题-证据-实践-评估”的闭环管理。

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多中心、大样本研究进一步验证;随访时间较短,未对患者长期预后进行跟踪分析;护理满意度采用自制量表,可能存在主观偏

差。未来需扩大样本范围,优化研究设计,结合客观指标全面评估循证护理的长期效果,同时探索循证护理与信息化技术的融合,提升护理方案的精准化水平。

结束语

重症医学科气管切开术后患者呼吸道护理风险高,循证护理通过科学检索证据、制定个性化护理方案,有效降低并发症发生率,提升护理质量,缩短患者住院时间,改善预后。尽管本研究存在一定局限,但循证护理的临床价值已得到充分验证。未来,需持续完善循证护理流程,强化多学科协作与技术融合,推动护理模式从经验型向科学型转变,为气管切开术后患者提供更优质、安全的护理服务,进一步提升重症医学科护理水平。

参考文献

- [1]李丹园.循证护理应用于重症医学科气管切开术后患者呼吸道护理中的有效性评价[J].中国医学文摘(耳鼻喉科学),2023,38(5):201-203.
- [2]刘红芳.循证护理在气管切开术后患者生活质量与临床应用效果[J].智慧健康,2022,8(25):201-205.
- [3]马勤,蒋文萍,顾佳.循证护理联合心理干预在重症医学科患者气管切开术后呼吸道护理中的实施效果[J].心理月刊,2022,17(5):138-140.
- [4]胥晶,赵伟.循证护理在重症颅脑外伤气管切开术后呼吸道护理探究[J].中国社区医师,2021,37(29):141-142.
- [5]谢锡霞.循证护理在ICU重症患者气管切开术后呼吸道护理中的应用效果分析[J].智慧健康,2020,6(26):126-127,134.