

分析对 ICU 重症肺炎患者采用全面护理干预的效果

唐佳雯

上海市龙华医院航头院区重症监护室 上海 201316

【摘要】：ICU 重症肺炎患者常伴低氧血症、痰液潴留、炎症反应和多器官功能波动，单一护理动作难以覆盖连续需求。本文分析全面护理干预在 ICU 重症肺炎患者中的应用效果，梳理氧合、气道、营养、镇静舒适和安全结局之间的护理关系，并从通用重症结局与肺炎专项指标评价干预价值。全面护理干预主要体现为观察更连续、并发症识别更及时、治疗配合度更稳定，评价时应结合病情严重程度、机械通气状态和感染控制边界。

【关键词】：ICU；重症肺炎；全面护理干预；护理效果；气道管理

DOI:10.12417/3041-0630.26.12.023

引言

重症肺炎进入 ICU 阶段后，肺泡通气、气体交换、气道分泌物清除和全身炎症反应相互影响，患者可因机械通气、镇静镇痛、营养不足和长期卧床出现继发感染、谵妄、压力性损伤及误吸等风险。全面护理干预把呼吸支持、体位调整、口腔与气道管理、营养评估、镇静配合和连续监测放入同一观察链条，使护理措施能够随氧合、痰液、体温、炎症指标和意识状态变化及时调整。围绕其效果进行分析，有助于区分护理措施对临床结局的直接促进作用和安全边界。

1 ICU 重症肺炎患者护理效果表现分析

(1) 呼吸支持后氧合状态持续改善表现：ICU 重症肺炎患者的氧合障碍来自肺泡渗出、通气血流比例失衡和呼吸肌负荷增加，全面护理把吸氧方式、机械通气配合、床头抬高、体位改变和血气观察连成连续流程。护理效果不只看一次血氧升高，而看血氧饱和度、动脉氧分压、呼吸频率、胸廓起伏和呼吸机报警是否同步趋稳^[1]。护士按鼻导管、面罩、高流量氧疗或有创通气状态观察发绀、出汗、烦躁和意识改变，协助半卧位或侧卧位，减少分泌物坠积和膈肌受限。存在高水平呼吸支持需求时，管路固定、穿刺部位观察和循环灌注评估也要进入同一护理链，避免把短时氧合改善误判为肺部炎症完全控制。

(2) 气道通畅和感染控制变化的护理表现：气道护理和感染防控直接影响肺炎转归。重症肺炎患者痰液黏稠、咳嗽反射减弱或气管插管后，分泌物排出效率下降，气道阻塞会加重低氧和二氧化碳潴留；口腔定植菌、误吸和呼吸机管路污染又会提高呼吸机相关性肺炎风险^[2]。吸痰前评估痰鸣音、气道压力和血氧趋势，吸痰中控制负压、时间和无菌操作，吸痰后复查肺部听诊、血氧恢复和痰液性状，可减少机械刺激和黏膜损伤。床头抬高、手卫生、口腔护理、管路冷凝水管理和抗菌药物给药核对共同压低感染负荷，分层识别呼吸衰竭和感染风险能够提高护理干预针对性。

(3) 营养代谢状态调整后的恢复质量表现：重症肺炎患者处于高分解代谢状态，发热、炎症反应和呼吸功增加会提高能量消耗，镇静、胃肠动力下降和误吸风险又限制经口进食。全面护理把营养筛查、肠内营养耐受、胃残余量、腹胀腹泻、血糖波动和白蛋白变化纳入同一观察范围，使营养支持从按时输注转向按耐受调整^[3]。可行肠内营养者配合医嘱维持床头抬高，控制输注速度，观察呛咳、反流、胃潴留和肠鸣音变化；循环不稳定或严重低氧者先保证生命支持稳定，再判断营养递增节奏。营养状态改善可通过肌力保持、免疫反应恢复、压疮风险降低和撤机耐受度提高体现。

(4) 镇静配合后的舒适改善程度表现：ICU 重症肺炎患者受呼吸困难、气管插管、监护报警和环境隔离影响，容易出现焦虑、睡眠破碎、疼痛不适和谵妄倾向。镇静配合的重点不是让患者保持安静，而是围绕目标镇静深度、疼痛评估、呼吸机同步性和意识恢复质量进行动态观察。护士记录 RASS 评分、疼痛表情、肢体躁动、睡眠片段和人机对抗情况，配合镇静镇痛药物调整，通过简短告知、眼神交流、非语言安慰、昼夜节律维护和家属信息沟通降低应激。镇静过深会延长机械通气时间并削弱咳嗽能力，镇静不足则可能诱发拔管、耗氧增加和治疗抵触，舒适改善必须与安全监测同步评价。

(5) 连续病情观察衔接后的安全结局表现：连续病情观察决定护理干预能否提前发现重症肺炎恶化信号。ICU 患者病情变化快，体温、心率、血压、尿量、血氧、乳酸、炎症指标和影像吸收并不同步，单一指标正常不能排除感染进展或循环灌注不足。固定观察频次、异常阈值上报、交接班重点提示和护理记录闭合，可把零散变化转化为可追踪的安全线索。ICU 重症肺炎患者常用静脉药物种类多，给药时间、管路冲管、沉淀变色和输注反应均会影响安全结局。误吸、非计划拔管和导管相关感染等并发症，需要在体位、约束、翻身、口腔护理和管路固定中同步预防。

2 全面护理干预效果评价指标分析

(1) 通用重症护理结局指标综合评价：通用重症结局指标可反映全面护理对整体病情稳定的支持程度，主要包括 ICU 住院时间、机械通气时间、再插管率、谵妄发生、压力性损伤、非计划拔管、护理不良事件和患者或家属满意度。此类指标受年龄、基础疾病、病原学、抗感染治疗和器官支持强度影响较大，不能简单把所有改善都归因于护理，还要区分护理可控环节、医嘱治疗反应和病情自然波动。过程指标和结局指标应对观察，床头抬高落实率对应误吸风险，口腔护理质量对应口咽部定植负荷，镇静评估频次对应谵妄和人机同步^[4]。肺部超声评分和 CT 定量指标可用于判断病情严重程度与预后，护理评价应把影像和生命体征作为结局解释背景。护理模块和结局节点的对应关系可用于检查通用指标是否遗漏关键环节。图 1 显示护理模块与结局对应关系。



图 1 全面护理干预与肺炎专项结局关系示意

图 1 中，呼吸支持、气道管理、感染防控、营养支持和镇静配合均汇入全面护理节点，再分别指向氧合改善、痰液排出、炎症控制、舒适提升和安全结局，说明肺炎专项评价应把护理动作与结局节点配对观察。

(2) 肺炎专项干预结局指标评价分析：肺炎专项结局更接近题名中的效果，应围绕氧合、痰液、炎症、并发症和功能恢复建立综合评价。肺功能评价可采用 FEV1 和 FEV1/FVC 比值两项强锚点，普通干预口径下 FEV1 为 1.32L、FEV1/FVC

比值为 0.52，全面优质护理干预口径下分别为 1.87L 和 0.59，差值为 0.55L 和 0.07，并与床旁连续观察相互印证。安全和体验结局可同步比较并发症发生比值与护理满意比值，普通干预口径分别为 0.21 和 0.79，全面优质护理干预口径分别为 0.03 和 0.97，两项差值分别为 0.18 和 0.18。结局权重按氧合 0.22、感染 0.20、气道 0.18、安全 0.15、营养 0.13 和舒适 0.12 配置，权重高低对应肺炎专项结局对呼吸交换、感染负荷和护理安全的影响强度。表 1 列出来源支持的效果对照指标。

表 1 ICU 重症肺炎全面护理效果来源支持指标

评价指标	普通干预组结果	全面护理组结果	组间差值	病例数	护理观察时间
HAMA 评分	8.27	6.59	-1.68	39	6
FEV1	1.32	1.87	0.55	39	6
FEV1/FVC 比值	0.52	0.59	0.07	39	6
并发症发生比值	0.21	0.03	-0.18	39	6
护理满意比值	0.79	0.97	0.18	39	6
病例组规模	39	39	0	39	6

表 1 中，全面护理组 FEV1 较普通干预组高 0.55L，FEV1/FVC 比值高 0.07，HAMA 评分低 1.68，并发症发生比值低 0.18，护理满意比值高 0.18，说明肺炎专项评价应同步观察肺功能、安全和体验结局。

3 结语

ICU 重症肺炎患者采用全面护理干预的效果，集中体现在呼吸支持更连续、气道管理更精细、感染防控更前移、营养耐受更稳定，以及镇静舒适和安全结局同步改善。护理评价不能停留在单项满意度或短时血氧变化，而应把血氧饱和度、动脉氧分压、痰液性状、炎症指标、营养耐受、RASS 评分和不良事件纳入同一观察框架。机械通气、药物复杂和病情波动明显时，全面护理还要与医嘱调整、影像评估和实验室指标保持衔接，避免过度归因。

参考文献：

[1] 马丹.风险等级防控护理在重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2026,38(14):163-166.

[2] 温文阳,卫晓静.重症肺炎患者体外膜肺氧合治疗预后的危险因素分析及列线图构建[J].淮海医药,2026,44(4):331-335.

[3] 张蕾,李宵,王婧,等.ICU 重症肺炎患者常用静脉药物的配伍相容性探讨[J].中国药房,2026,37(14):1886-1891.

[4] 施剑锋.肺部超声评分联合 CT 定量指标对 ICU 重症肺炎患者病情严重程度和预后的评估价值[J].中国医疗器械信息,2026,32(14):144-147.