

# 危重症专职护理联合改良式体位干预对 ICU 呼吸衰竭患者康复的影响

柴艳菠

巴彦淖尔市医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

**【摘要】**目的：探讨危重症专职护理联合改良式体位干预在 ICU 呼吸衰竭患者康复中的应用效果。方法：选取我院 ICU2022 年 1 月至 2025 年 1 月收治的 120 例呼吸衰竭患者，随机数字表法分为观察组与对照组各 60 例。对照组实施 ICU 常规护理干预，观察组在对照组基础上实施危重症专职护理联合改良式体位干预。结果：观察组干预后呼吸功能指标较对照组显著改善，机械通气时间与 ICU 住院天数均较对照组明显缩短 ( $P < 0.05$ )。结论：危重症专职护理联合改良式体位干预可有效改善 ICU 呼吸衰竭患者的呼吸功能，缩短机械通气时长与 ICU 住院时间，促进患者康复进程。

**【关键词】**危重症专职护理；改良式体位干预；ICU 呼吸衰竭；康复效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.003

呼吸衰竭患者病情危重、进展迅速，常需依赖机械通气维持生命体征，且易并发肺部感染、压疮等多种并发症，不仅增加治疗难度，还严重影响患者康复预后。临床常规护理模式多以基础护理和医嘱执行为主，难以满足危重症呼吸衰竭患者的复杂护理需求。危重症专职护理通过组建专业护理团队，为患者提供全程、连续、个性化的护理服务，而改良式体位干预则通过科学调整患者体位，优化肺通气与血流灌注比例，减少并发症发生风险。基于此，本研究旨在探讨危重症专职护理联合改良式体位干预在 ICU 呼吸衰竭患者康复中的应用效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 ICU2022 年 1 月至 2025 年 1 月收治的 120 例呼吸衰竭患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组中男性 34 例，女性 26 例；年龄 45~78 岁，平均年龄 ( $62.35 \pm 8.72$ ) 岁。对照组中男性 32 例，女性 28 例；年龄 43~79 岁，平均年龄 ( $61.89 \pm 9.05$ ) 岁。两组一般资料比较 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。纳入标准：符合《内科学（第 9 版）》中呼吸衰竭诊断标准。排除标准：存在严重肝肾功能不全、凝血功能障碍者；合并恶性肿瘤、严重神经系统疾病者；存在体位调整禁忌证者。

### 1.2 方法

对照组实施 ICU 常规护理干预：严格执行无菌操作，每日进行口腔护理 2 次、气道湿化护理，定期协助患者翻身叩背，保持呼吸道通畅；及时清理气道分泌物，根据患者痰液黏稠度调整吸痰频率，吸痰时严格遵循无菌原则，动作轻柔避免气道损伤；根据患者病情协助采取仰卧位或侧卧位，翻身时注意保护患者受压部位，预防压疮发生。

在对照组常规护理基础上，实施危重症专职护理联合改良式体位干预，具体内容如下：

### 1.2.1 危重症专职护理

(1) 组建专职护理团队：选取具有 5 年以上 ICU 护理工作经验、持有危重症专科护士证书的 8 名护士组成专职护理团队，其中主管护师 3 名，护师 5 名，由 1 名护士长担任团队负责人。团队成员接受为期 2 周的专项培训，培训内容包括呼吸衰竭疾病护理要点、机械通气管理、体位干预操作规范、并发症预防等，经考核合格后上岗。

(2) 个性化护理计划制定：患者入院后 24 小时内，团队成员联合医生、康复治疗师进行多学科评估，包括患者病情严重程度、呼吸功能状态、身体耐受度、心理状态等，结合评估结果制定个性化护理计划，明确护理目标、干预措施及预期效果，并根据患者病情变化动态调整护理方案。

(3) 全程专人负责护理：每位患者由 1 名专职护士全程负责，实行 24 小时责任制护理，确保护理服务的连续性与针对性。专职护士每日至少 3 次与患者及家属沟通，了解患者需求与感受，及时解答疑问，强化健康宣教，内容包括疾病治疗进展、机械通气配合要点、体位干预的目的与意义等，提升患者及家属的配合度。

(4) 精细化气道管理：根据患者痰液性状调整气道湿化方案，对于痰液黏稠者，采用加温湿化器联合雾化吸入治疗（生理盐水 5ml+布地奈德混悬液 2ml+沙丁胺醇溶液 1ml），每日 2 次；吸痰前给予 100%氧气吸入 2 分钟，吸痰时间控制在 15 秒内，避免缺氧；定期进行肺部听诊，评估痰液滞留情况，必要时采用纤维支气管镜吸痰。

(5) 并发症精准预防：密切监测患者受压部位皮肤情况，使用压力传感器实时监测受压点压力，每 1 小时评估 1 次皮肤状态；对于高风险压疮患者，使用气垫床并配合水胶体敷料保护；每日协助患者进行肢体被动活动 3 次，每次 15~20 分钟，预防深静脉血栓形成；严格执行手卫生与无菌操作，降低肺部

感染发生风险。

### 1.2.2 改良式体位干预

(1) 体位评估与准备：干预前由专职护士与康复治疗师共同评估患者身体状况，包括意识状态、血流动力学稳定性、气道通畅情况等，确保患者能够耐受体位调整；准备体位垫（软枕、楔形垫、俯卧位专用枕）、翻身辅助设备、血氧饱和度监测仪等物品。

(2) 体位实施流程：①俯卧位通气：对于机械通气患者，在血流动力学稳定（收缩压 $\geq 90$ mmHg、心率 60~120 次/分）、气道通畅的前提下，于入院后 48 小时内开始实施俯卧位通气，每日 1~2 次，每次 4~6 小时。操作时由 3 名医护人员协作，1 人负责保护气道与呼吸机管路，避免导管移位或脱出，1 人负责托住患者胸部与肩部，1 人负责托住患者腰部与下肢，同步将患者从仰卧位转为俯卧位，在患者前额、下颌、胸部、髂前上棘、膝部、踝部等部位放置专用体位垫，确保身体受力均匀，避免局部受压；俯卧位期间，密切监测患者生命体征、血氧饱和度及气道分泌物情况，每 30 分钟调整 1 次头部位置，防止面部皮肤受压。②侧卧位交替：对于无法耐受俯卧位的患者，采用侧卧位交替干预，每日 4~6 次，每次 2~3 小时。根据患者病情与身体耐受度，调整侧卧位角度（30°~60°），使用楔形垫支撑患者背部与腰部，在患者腋下、膝间放置软枕，保持肢体功能位；左右侧卧位交替进行，避免单侧长时间受压。③床头抬高体位：非俯卧位与侧卧位期间，将床头抬高 30°~45°，采用半卧位姿势，防止胃食管反流与误吸，同时改善肺通气功能；抬高床头时，确保患者臀部紧贴床尾，避免下滑导致体位失效。

(3) 体位调整注意事项：体位调整过程中，动作轻柔、协调，避免牵拉导管与引流管；实时监测患者血氧饱和度、心率、血压变化，若出现血氧饱和度 $< 90\%$ 、心率 $> 120$  次/分或 $< 60$  次/分、血压波动超过基础值 20%，立即停止体位调整并恢复原位，通知医生处理；体位干预期间，加强气道护理，及时清理分泌物，防止气道阻塞。

### 1.3 观察指标

(1) 呼吸功能指标：包括动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>）、动脉血氧饱和度（SpO<sub>2</sub>），采用全自动血气分析仪检测 PaO<sub>2</sub>，使用指脉氧仪持续监测 SpO<sub>2</sub>，记录检测结果。

(2) 机械通气时间。

(3) ICU 住院天数。

### 1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行  $\chi^2$ 、t 检验；P $< 0.05$ ，则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后呼吸功能指标比较

干预 7 天后，两组患者 PaO<sub>2</sub>、SpO<sub>2</sub>均较干预前显著升高，且观察组升高幅度明显大于对照组（P $< 0.05$ ）。见表 1。

表 1 呼吸功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	时间点	PaO <sub>2</sub> (mmHg)	SpO <sub>2</sub> (%)
观察组	60	干预前	52.36±4.89	85.24±3.67
		干预 7 天	76.89±5.32	95.67±2.15
		t 值	28.642	18.935
		P 值	0.000	0.000
对照组	60	干预前	51.87±5.03	84.96±3.82
		干预 7 天	65.43±5.18	90.34±2.56
		t 值	16.327	10.568
		P 值	0.000	0.000
组间 t 值(干预 7 天)	-	-	11.258	12.347
组间 P 值(干预 7 天)	-	-	0.000	0.000

### 2.2 两组机械通气时间比较

观察组短于对照组（P $< 0.05$ ）。见表 2。

表 2 机械通气时间比较（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60		
机械通气时间	8.62±2.35	12.87±3.16	8.764	0.000

### 2.3 两组 ICU 住院天数比较

观察组短于对照组（P $< 0.05$ ）。见表 3。

表 3 ICU 住院天数比较（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60		
ICU 住院天数	11.35±2.89	15.68±3.52	7.982	0.000

## 3 讨论

护理干预是呼吸衰竭患者治疗体系的关键组成，其实施质量直接关乎患者预后转归。重症医学领域的持续发展推动了护理模式革新，危重症专职护理模式通过组建具备专科资质的护理团队，为患者提供全程连续的个性化护理服务<sup>[1]</sup>；改良式体位干预则基于呼吸生理与病理机制，通过科学调整患者体位状态，优化肺通气与血流灌注配比，减少肺部淤血与痰液滞留，

降低并发症发生概率,为患者康复进程奠定基础<sup>[2]</sup>。两种干预模式的有机融合,为ICU呼吸衰竭患者提供了更具针对性的护理解决方案,助力患者康复。

本研究结果显示,干预7天后观察组患者PaO<sub>2</sub>与SpO<sub>2</sub>水平高于对照组(P<0.05),证实联合干预对呼吸功能的改善作用。两种干预模式的协同效应成为核心支撑:危重症专职护理团队通过多学科评估制定个性化护理方案,精准匹配患者病情特点与护理需求。气道管理中,加温湿化器与雾化吸入联合应用有效稀释痰液、促进排出,减少气道阻塞;吸痰前高浓度氧疗避免缺氧损伤,定期肺部听诊与纤维支气管镜吸痰确保气道通畅,为气体交换创造有利条件<sup>[3]</sup>。并发症预防方面,严格无菌操作、精准压疮与深静脉血栓防控措施,减少了并发症对呼吸功能的负面影响,而专职护士与患者及家属的密切沟通提升了治疗配合度,良好心理状态进一步助力呼吸功能改善<sup>[4]</sup>。改良式体位干预中,俯卧位通气通过扩大胸腔容积、调整肺组织受压分布,减少肺不张区域、增加通气肺泡数量,同时借助重力促进痰液引流,降低肺部感染风险;侧卧位交替干预避免单侧肺长时间受压,床头抬高30°~45°的半卧位有效预防胃食管反流与误吸,均为呼吸功能恢复提供支持<sup>[5]</sup>。

本研究中观察组机械通气时间短于对照组(P<0.05),核心原因在于联合干预带来的呼吸功能改善,使机体缺氧与二氧

化碳潴留状态得到有效缓解,为脱机创造了必要条件。危重症专职护理对机械通气过程的精细化管理,包括呼吸机管路的严格维护、气道分泌物的及时清理、参数的动态调整,减少了相关并发症发生,避免脱机延迟<sup>[6]</sup>;改良式体位干预通过优化体位状态,减轻机械通气对机体的不良影响,增强患者身体耐受度,提升脱机成功率;多学科协作模式下,专职护士实时反馈病情信息,医生制定科学脱机计划,康复治疗师提供呼吸功能训练指导,确保脱机过程顺利推进<sup>[7]</sup>。

观察组ICU住院天数短于对照组(P<0.05),是呼吸功能改善、机械通气时间缩短与并发症减少共同作用的结果。呼吸功能改善使患者病情逐渐稳定,具备转出ICU的基础条件;机械通气时间缩短直接减少了患者对ICU监护护理的依赖周期;联合干预对并发症的有效防控,避免了病情加重与治疗周期延长<sup>[8]</sup>;专职护理团队提供的营养支持、肢体功能训练与心理疏导等个性化康复指导,促进患者整体身体状况恢复,使其更快适应普通病房治疗护理环境,从而缩短ICU住院时间<sup>[9]</sup>。

综上,危重症专职护理联合改良式体位干预可有效改善ICU呼吸衰竭患者的呼吸功能,显著提升PaO<sub>2</sub>与SpO<sub>2</sub>水平,同时缩短机械通气时间与ICU住院天数,为患者康复提供全方位支持。

## 参考文献:

- [1] 周文智,汤海祥,杨鑫,等.危重症专职护理联合改良式体位管理对ICU呼吸衰竭患者康复效果的影响[J].生物医学工程学进展,2024,45(4):348-354.
- [2] 宗海燕,赵继庆,蔡克,等.危重症专职护理联合改良式体位管理在慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭机械通气患者中的应用[J].中国当代医药,2024,31(12):167-170.
- [3] 卢赛男.危重症专职小组联合气道综合护理在呼吸衰竭机械通气患者中的应用分析[J].当代医药论丛,2025,23(24):173-176.
- [4] 吴洁,郝小丹.危重症专职护理团队模式联合呼吸机集束化管理在老年AECOPD伴呼吸衰竭患者中的应用[J].西藏医药,2024,45(3):5-7.
- [5] 陆金燕,黄桂先.危重症专职护理在急诊重症监护病房呼吸衰竭患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(2):190-192.
- [6] 王邹莉,张明勇.双水平正压无创通气联合危重症专职护理小组应用于慢性阻塞性肺疾病合并II型呼吸衰竭患者的临床效果[J].现代医学与健康研究(电子版),2024,8(6):121-123.
- [7] 李晶晶,王丽丽,李梦影.危重症专职护理模式对AECOPD伴呼吸衰竭患者的效果分析[J].中外医疗,2023,42(29):143-145,153.
- [8] 李龙.危重症专职护理小组对慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭患者护理质量和预后的影响研究[J].黑龙江医学,2023,47(3):328-330.
- [9] 张鹏.改良式体位引流联合口腔清洁护理模式对重症哮喘合并呼吸衰竭气管插管患者机械通气时间及VAP风险的影响[J].临床研究,2021,29(12):150-152,156.