

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分析

郭璇

新疆医科大学第六附属医院 新疆 乌鲁木齐 830002

【摘要】：目的：探讨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实际影响。方法：从2025年2月至2026年2月筛选82例重症肺炎患者，所有研究对象均行机械通气治疗，按照随机数字表法分为两组，参照组（41例）采取常规护理，观察组（41例）行呼吸与危重症医学科护理风险管理，比较应用效果。结果：观察组机械通气时间、ICU住院时间及总住院时间均短于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组发生呼吸机相关肺炎1例，护理满意度占比为97.56%，而参照组发生呼吸机相关肺炎3例，非计划拔管2例，气道黏膜损伤2例，共计7例，护理满意度占比为80.49%，两组数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：根据重症肺炎行机械通气患者的个体差异，在临床开展呼吸与危重症医学科护理风险管理，可有效降低护理不良事件发生风险，缩短住院时间，并备受患者青睐，值得推广。

【关键词】：呼吸与危重症医学科；护理风险管理；重症肺炎；机械通气；护理不良事件

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.007

重症肺炎是多见于老年人群体、免疫力低下人群的危急重症，具有起病急、进展快、并发症多的特点，严重时可发展为多器官功能衰竭，危及生命安全^[1]。机械通气可帮助患者完成胸廓扩张，排除体内滞留的 CO_2 ，减轻呼吸肌负荷，并改善因缺氧引发的烦躁、憋喘等症状。由于人工气道已失去鼻腔加温、过滤等生理作用，部分患者可因气道干燥、痰液粘稠等因素，增加呼吸机相关性肺炎、肺不张等并发症风险。常规护理侧重于疾病治疗，预防护理不良事件效果有限，而护理风险管理可通过提前筛查护理风险，并采取针对性干预措施，保障护理安全性。基于此，我院特选取82例重症肺炎行机械通气患者开展分组试验，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究经院内伦理委员会审核批准，研究对象为2025年2月至2026年2月收治的82例重症肺炎行机械通气患者，资料如下：

参照组男/女人数为25例/16例，年龄（ 65.29 ± 5.37 ）岁，APACHE II评分（ 21.48 ± 4.89 ）分，氧合指数（ 182.36 ± 35.69 ）mmHg；观察组男/女人数为24例/17例，年龄（ 64.84 ± 5.65 ）岁，APACHE II评分（ 22.01 ± 4.13 ）分，氧合指数（ 179.83 ± 37.25 ）mmHg。上述两组患者基线资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）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；（2）因呼吸衰竭行气管插管或气管切开机械通气者；（3）近期未参与类似护理试验；（4）ICU入院时间超过24h。

排除标准：（1）合并免疫功能严重缺陷者；（2）入院前

已明确诊断呼吸机相关性肺炎者；（3）未行机械通气治疗者；（4）临床资料缺损者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规护理：密切监测生命体征及血氧饱和度，严格遵医嘱开展抗感染、化痰、补液等对症治疗，按需吸痰，规范落实气道湿化、口腔护理等基础护理。同时，日常加强饮食支持，详细记录病情变化及出入量。

1.2.2 观察组

呼吸与危重症医学科护理风险管理，具体如下：

（1）组建风险管理小组：由护士长、主管护师、责任护士等人员组建风险管理小组，统一开展重症肺炎专项技能培训，理论、实践考核均达标方可参与研究。同时，明确指出各个组员工作职责，确认工作内容。

（2）风险识别与评估：即采用《危重症患者护理风险评估量表》动态评估患者是否具有人工气道风险、呼吸机相关风险、感染风险、卧床并发症风险等^[2]。同时，根据评估结果划分危险等级，且高危患者需制定针对性措施。

（3）针对性风险干预措施：①气道与呼吸机风险管理，定期更换呼吸机管路、湿化器滤芯、灭菌蒸馏水，并根据患者的实际痰液性状调节气道湿化温湿度。同时，严格控制吸痰时间、负压，并实时评估患者是否具备脱机指征，做好呼吸机参数监测工作。②感染风险管理，每日使用氯己定漱口液清洁口腔，严格执行手卫生、无菌操作，强调口腔护理的重要性，并严格限制病房探视人数，定时清洁消毒病房环境与床品。同时，遵医嘱使用抗生素，并实时观察有无不良反应。③卧床并发症风险管理，根据患者实际情况制定翻身计划，要求每隔2h翻

身一次，借助气垫床、减压贴或软枕保护骨隆突部位。同时，耐心安抚患者情绪，指导其开展下肢气压治疗，并保持床单位干燥、整洁，指导家属及时清理分泌物、排泄物。④病情突发管理，若患者出现病情波动问题，应重点监测血氧、血气分析，并立即上报并配合处理低氧血症加重、呼吸困难等问题。

(4) 质量管控：由小组成员每日核查各项措施落实情况，通过科室风险总结会议，梳理风险问题并对护理措施予以持续性质量优化。

1.3 观察指标

(1) 康复指标：记录两组患者机械通气时间、ICU 入住时间、总住院时间。

(2) 护理不良事件发生率：统计两组患者呼吸机相关性肺炎、非计划拔管、气道黏膜损伤发生情况^[3]。

(3) 护理满意度：自制护理满意度量表，90-100 分视为非常满意，70-89 分视为满意，<70 分视为不满意，比较前两者占比之和^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS28.0 统计学软件分析数据，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验，计数资料以 [n (%)] 表示，行 X² 检验，当数据差异 P<0.05，则代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 康复指标对比

表 1 显示：观察组机械通气、入住 ICU 及总住院时间均短于参照组 (P<0.05)。

表 1 康复指标对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	观察组	参照组	t 值	P 值
例数	41	41		
机械通气时间	8.74±2.46	12.38±3.17	5.714	<0.001
ICU 入住时间	10.27±3.08	15.19±4.27	6.649	<0.001
总住院时间	16.61±4.19	22.49±5.32	5.584	<0.001

2.2 护理不良事件发生率对比

表 2 显示：两组护理不良事件发生率分别为 2.44%、17.07%，差异显著 (P<0.05)。

表 2 护理不良事件发生率对比 [n (%)]

组别	观察组	参照组	X ²	P 值
例数	41	41		
呼吸机相关性肺炎	1(2.44)	3(7.32)		

非计划拔管	0(0.00)	2(4.88)		
气道黏膜损伤	0(0.00)	2(4.88)		
总发生率	1(2.44)	7(17.07)	5.093	<0.001

2.3 护理满意度对比

表 3 显示：观察组满意呼吸与危重症科护理风险管理者占比为 97.56%，而参照组仅有 80.49%，数据对比差异显著 (P<0.05)。

表 3 护理满意度对比 [n (%)]

组别	观察组	参照组	X ²	P 值
例数	41	41		
不满意	1(2.44)	8(19.51)		
满意	16(39.02)	17(41.47)		
非常满意	24(58.54)	16(39.02)		
总满意度	40(97.56)	33(80.49)	7.184	<0.001

3 讨论

重症肺炎是由病原体感染引发的严重肺部炎症，患者可因病情进展迅速而对肺组织造成不可逆损伤，严重者甚至因呼吸衰竭、多器官功能障碍而危及生命。当自主呼吸无法维持正常气体交换，机械通气作为阻断病情恶化的呼吸生命支持手段，可通过纠正顽固性低氧，减轻呼吸肌负荷，帮助控制肺部感染，现被广泛应用于临床。但在实际应用中，气管插管、气管切开等人工气道会破坏人体呼吸道天然保护屏障，外界细菌、口咽定植菌可因入侵下呼吸道而增加呼吸机相关性肺炎。同时，重症肺炎患者可因咳嗽反射减弱或消失，无法自主咳出黏稠分泌物，并通过破坏正常通气与换气功能，加重呼吸衰竭，延长 ICU 住院时间。

在本次研究中，两组护理不良事件发生率分别为 2.44%、17.07%，差异显著 (P<0.05)，说明呼吸与危重症医学科护理风险管理可有效控制护理风险。分析原因如下：重症肺炎患者非计划拔管多与 ICU 谵妄、意识模糊、管路固定不适宜、护理操作外力牵拉等因素有关，医护人员采用危重症患者护理风险评估量表评估风险等级，可提前识别高危人群，并通过针对性干预措施缓解患者的恐惧、不适感，而在翻身、口腔护理、吸痰等护理操作中加强流程管理，可有效降低非计划拔管风险。气道黏膜损伤的病因多与气囊压力异常、吸痰操作不当、导管压迫等因素有关，风险管理要求医护人员定时监测、记录气囊压力，避免导管晃动摩擦气道壁，并根据患者痰液性状选择湿化方式，可通过维持气道黏膜正常湿润度，而减少摩擦损伤。由于呼吸机相关性肺炎发生原因与生理屏障破坏、痰液引流不

畅、免疫力低下等有关,科室风险管理要求患者抬高床头,利用重力作用减少反流、误吸,并通过口腔护理清除口咽部定植的致病菌,降低不良事件风险。

此外,观察组康复指标所需时间短于参照组;护理满意度高于参照组($P<0.05$),说明呼吸与危重症医学科护理风险管理可加快康复进程,备受患者青睐。分析原因如下:黄燕萍^[5]等人的研究指出,重症肺炎患者可因气道黏膜损伤、气管狭窄而升高气道阻力,延长机械通气时间。护理风险管理可避免因气道高压引发气道黏膜缺血、水肿,通过维持正常气道管径与通气阻力,而增加脱机成功率。同时,非计划拔管会造成患者机体出现急性缺氧、窒息,而重新插管又会进一步刺激患者的气道,加重肺部渗出,延长机械通气和住院时间。基于此,护理风险管理要求实时评估重症肺炎患者的拔管风险,并通过护

理干预保护患者呼吸肌功能,以此满足缩短机械通气时间的目的。常规护理措施往往侧重于疾病治疗,难以有效预防护理风险事件,整体护理满意度有限,而护理风险管理则要求持续减轻患者的躯体痛苦,保障身心舒适度。焦虑、抑郁情绪的产生原因多与疾病快速进展、认知有限、疾病恐惧等因素有关,护理风险管控要求全程注重人文关怀,通过加强生命体征监测、及时告知病情进展、轻柔开展护理操作等行为,潜移默化地缓解患者的负性情绪,从而实现提高护理满意度的目的。

综上所述,在重症肺炎行机械通气患者的治疗期间,为其提供呼吸与危重症医学科护理风险管理,可有效降低呼吸机相关肺炎、非计划拔管等护理不良事件发生风险,缩短机械通气、住院时间,并提高护理服务满意度,值得临床大力推广。

参考文献:

- [1] 王小华.基于风险预警的精细化护理对重症肺炎机械通气患者肺功能和康复的影响[J].智慧健康,2025,11(35):140-144.
- [2] 黄燕瑜,张胜兰,陈亚观,等.前馈风险控制护理在重症肺炎机械通气患者中的应用[J].中国临床护理,2025,17(9):565-568+574.
- [3] 邹凤娇.气道专案管理小组式护理对重症监护室重症肺炎机械通气患者血气分析指标的影响[J].基层医学论坛,2025,29(24):110-112.
- [4] 马琳,田金金,王玉才.基于目标管理理论的护理干预在重症肺炎机械通气患者中的应用观察[J].实用中西医结合临床,2025,25(11):109-112.
- [5] 黄燕萍.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[J].中外医学研究,2024,22(27):165-168.