

# 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

李慧

巴彦淖尔市医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

**【摘要】**目的：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。方法：选取我院重症医学科2022年1月—2025年1月收治的气管切开术后患者86例，随机数字表法分为观察组（43例）与对照组（43例）。对照组实施常规呼吸道护理，观察组实施循证护理。结果：相比对照组，观察组呼吸道并发症发生率较低、呼吸道护理质量各项评分较高、住院时间较短（P<0.05）。结论：将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，可有效降低呼吸道并发症发生风险，提升护理质量，缩短患者住院时间。

**【关键词】**循证护理；重症医学科；气管切开术；呼吸道护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.03.011

气管切开术是重症医学科常用的抢救与治疗手段，主要用于改善呼吸衰竭、气道梗阻等患者的通气功能，维持呼吸道通畅。但术后患者呼吸道屏障功能受损，加之气道直接与外界相通，易出现肺部感染、气道黏膜损伤等并发症，不仅影响患者预后，还可能延长住院时间、增加医疗负担。常规呼吸道护理多依据临床经验开展，缺乏针对性与科学性，难以满足术后患者复杂的护理需求。循证护理以证据为核心，可提升护理措施的科学性与有效性。基于此，本文旨在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。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院重症医学科2022年1月—2025年1月收治的气管切开术后患者86例。随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男25例，女18例；年龄45~78岁，平均(61.23±5.87)岁。对照组男24例，女19例；年龄43~79岁，平均(60.89±6.12)岁。两组一般资料比较（P>0.05），具有可比性。

纳入标准：符合气管切开术适应证且成功实施手术；术后意识清醒或处于浅昏迷状态，可配合基础护理操作。

排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能衰竭；存在凝血功能障碍或免疫功能缺陷。

### 1.2 方法

对照组实施常规呼吸道护理：采用生理盐水持续气道湿化，湿化液滴速控制为8~10滴/min，每日更换湿化装置，确保装置清洁无菌。协助患者取半坐卧位，每2小时协助翻身1次，翻身时动作轻柔，避免牵拉气管套管。保持病室温度22~24°C、湿度50%~60%，每日开窗通风。

观察组实施循证护理：成立循证护理小组，小组由1名护士长、3名责任护士及1名呼吸科主治医师组成。护理实施前，小组通过“提出问题—检索证据—评价证据—制定方案—实施

与评价”的循证流程开展工作，具体步骤如下：

#### 1.2.1 提出循证问题

结合临床实践与文献研究，明确气管切开术后患者呼吸道护理的核心问题：如何通过科学护理降低肺部感染、气道黏膜损伤、痰液潴留等并发症发生率；如何优化气道湿化、吸痰等护理操作，提升护理质量；如何通过护理干预缩短患者住院时间，改善预后。

#### 1.2.2 检索与评价证据

以“气管切开术”“呼吸道护理”“循证护理”“肺部感染”“气道湿化”为关键词，检索中国知网（CNKI）、万方数据知识服务平台等数据库。通过小组讨论对证据的真实性、可靠性及适用性进行综合分析，最终确定可应用于临床的证据。

#### 1.2.3 制定与实施循证护理方案

结合筛选的证据与患者个体情况，制定个性化循证护理方案，具体措施如下：

(1) 个性化气道湿化护理：根据患者体重、痰液黏稠度调整湿化方案。对于痰液黏稠度I度的患者，采用加温加湿装置，湿化温度37°C，湿度95%~100%；对于痰液黏稠度II度的患者，在加温加湿基础上，每日增加2次雾化吸入，雾化时间15~20min/次；对于痰液黏稠度III度的患者，除加温加湿与雾化吸入外，湿化液中加入0.9%生理盐水50mL+糜蛋白酶4000U，每日更换湿化液，湿化装置每周更换2次，每次更换前严格消毒，避免交叉感染。

(2) 精准吸痰护理：采用“指征导向型”吸痰模式，吸痰指征包括：听诊肺部闻及湿啰音或痰鸣音；气道压力≥25cmH<sub>2</sub>O；血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)<94%；患者主动咳嗽或出现呼吸窘迫表现。吸痰前评估患者痰液量与黏稠度，吸痰过程中采用“旋转提拉”法，吸痰负压控制为-80~-120mmHg，每次

吸痰时间≤10s，吸痰后再次给予纯氧吸入2min，观察患者生命体征变化。吸痰间隔时间根据患者痰液量调整，一般为2~3h/次，若痰液量较少，可延长至4h/次，避免过度吸痰。

(3) 一体化排痰护理：采用“翻身—拍背—振动排痰—吸痰”的一体化流程。协助患者取半坐卧位后，护理人员手指并拢、稍向内合掌，由下向上、由外向内轻轻拍打患者背部，拍打力度以患者能耐受为宜，每次拍打时间5~10min；随后使用振动排痰仪，选择合适的叩击头，振动频率设置为20~30Hz，从肺底开始，由外向内、由下向上移动排痰仪，每个部位停留30s，总排痰时间10~15min；排痰后观察患者痰液排出情况，若患者仍有痰液滞留，及时进行吸痰操作。

(4) 强化口腔护理：采用“氯己定含漱液+口腔擦拭”的护理方式。护理前将气管套管气囊充气，防止口腔分泌物误入气道。使用无菌棉球蘸取0.12%氯己定含漱液，依次擦拭患者牙齿、牙龈、舌面、颊黏膜等部位，擦拭过程中动作轻柔，避免损伤口腔黏膜，擦拭后用生理盐水清洁口腔，确保口腔内无残留含漱液。

(5) 个性化体位与活动护理：根据患者病情与耐受度调整整体位，对于无颅内压升高的患者，床头抬高45°~60°，促进肺部扩张与痰液引流；对于合并颅内压升高的患者，床头抬高30°，避免体位过高导致颅内压波动。每1.5小时协助患者翻身1次，翻身时配合轴线翻身，防止气管套管移位。病情稳定后，协助患者进行床上活动，如肢体屈伸、坐起训练等，每日2次，每次15~20min，活动强度根据患者体力灵活调整，以患者不出现疲劳为宜。

(6) 多维度病情监测与干预：除常规监测体温、血常规、胸部X线片外，增加气道压力、SpO<sub>2</sub>、痰液培养等指标监测。每日记录痰液颜色、性质、量，若痰液量突然增多、颜色变为黄色或绿色脓性，及时进行痰液培养与药敏试验，根据试验结果调整抗生素使用。

(7) 健康宣教优化：采用一对一宣教模式，向患者及家属讲解气管切开术后呼吸道护理的重要性、并发症预防方法及配合要点，通过图文手册、视频演示等方式，指导家属协助患者进行体位调整、有效咳嗽等，提升家属参与度，形成“医护—患者—家属”协同护理模式。

### 1.3 观察指标

(1) 呼吸道并发症发生率：肺部感染、气道黏膜损伤、痰液滞留。

(2) 呼吸道护理质量评分：总分100分，评分越高表示护理质量越好。

(3) 住院时间。

### 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X<sup>2</sup>、t检验；P<0.05，则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组呼吸道并发症发生率比较

观察组低于对照组（P<0.05）。见表1。

表1 呼吸道并发症发生率[n (%)]

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	43	43		
肺部感染	2(4.65)	8(18.60)		
气道黏膜损伤	1(2.33)	6(14.00)		
痰液滞留	1(2.33)	5(11.63)		
总并发症	4(9.30)	19(44.19)	6.245	0.012

### 2.2 两组呼吸道护理质量评分比较

观察组高于对照组（P<0.05）。见表2。

表2 呼吸道护理质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	43	43		
气道湿化效果	22.15±1.87	17.32±2.15	9.241	0.000
吸痰操作规范性	21.98±1.76	16.85±2.03	5.685	0.000
体位护理合理性	18.23±1.54	14.56±1.87	5.041	0.000
口腔护理质量	17.89±1.62	13.24±1.95	7.244	0.000
总分	89.37±4.25	69.53±5.18	7.225	0.000

### 2.3 两组住院时间比较

观察组短于对照组（P<0.05）。见表3。

表3 住院时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	43	43		
住院时间	14.25±2.36	20.68±3.12	10.587	0.000

## 3 讨论

气管切开术作为重症医学科的重要干预手段，通过建立人工气道解决了患者气道梗阻、呼吸衰竭等关键问题，但术后呼吸道护理面临多重挑战，使得常规护理在降低并发症、提升护理质量方面效果有限，亟需更科学、更具针对性的护理模式<sup>[1]</sup>。

从表1可知,观察组总并发症发生率低于对照组,这一结果充分体现了循证护理在并发症预防中的优势:观察组采用0.12%氯己定含漱液进行口腔护理,每日4次,相比对照组仅依赖常规口腔清洁,能更有效抑制口腔内革兰氏阴性菌、金黄色葡萄球菌等致病菌定植。此外,观察组通过痰液培养与药敏试验的动态监测,能及时发现早期感染迹象并调整抗生素使用,避免感染加重<sup>[2]</sup>;观察组采用“指征导向型”吸痰模式,仅在出现肺部湿啰音、气道压力 $\geq 25\text{cmH}_2\text{O}$ 等明确指征时才进行吸痰,平均吸痰间隔时间延长至2~4h/次,减少了不必要的气道刺激;观察组根据痰液黏稠度调整湿化方案,如对II度黏稠痰液增加氨溴索雾化吸入,对III度黏稠痰液加入糜蛋白酶,相比对照组固定的生理盐水湿化,能更有效降低痰液黏稠度,减少痰液在气道内的黏附与滞留<sup>[3]</sup>。

从表2可见,观察组护理质量总分高于对照组,且各维度评分均存在统计学差异,这表明循证护理从多维度提升了护理质量的标准化与精细化水平:观察组根据痰液黏稠度分级制定方案: I度痰液采用加温加湿装置,确保湿化与生理需求匹配; II度痰液增加氨溴索雾化,利用氨溴索的祛痰作用降低痰液黏稠度<sup>[4-5]</sup>; III度痰液加入糜蛋白酶,通过酶解作用分解痰液中的黏蛋白,进一步改善湿化效果;观察组的个性化体位调整:对于无颅内压升高的患者,床头抬高45°~60°,相比对照组的

30°~45°,能更有效促进肺部扩张与痰液引流;对于合并颅内压升高的患者,严格控制床头抬高30°,避免颅内压波动,体现了因病情施护的理念<sup>[6-7]</sup>。

从表3可知,观察组平均住院时间短于对照组,这一结果是循证护理多维度干预的综合体现,主要通过以下两方面实现:观察组通过降低并发症发生率,减少了因并发症导致的额外治疗与恢复时间,直接缩短了住院周期。观察组高质量的呼吸道护理,为患者呼吸功能恢复提供了有利条件,进而缩短重症监护时间与整体住院时间<sup>[8]</sup>。

#### 4 结语

综上所述,将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,能显著降低肺部感染、气道黏膜损伤、痰液滞留等并发症发生率,提升气道湿化效果、吸痰规范性等护理质量指标,缩短患者住院时间,具有明确的临床有效性。未来研究可以把循证护理的理念拓展到重症医学科其他疾病的护理场景中。比如针对呼吸机相关性肺炎,可依据循证证据优化体位护理、气道湿化等操作规范;针对脓毒症患者,可结合循证指南制定液体复苏、感染控制的护理路径。通过这样的场景拓展,不仅能让循证护理的价值在更多重症疾病中体现,也能为重症医学科整体护理质量的提升提供更具体操作性的思路和方法,避免循证护理仅局限于单一疾病领域。

#### 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(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):201-203.
- [2] 韩乾楠.循证护理在神经外科重症患者气管切开术后呼吸道护理中的应用效果观察[J].每周文摘·养老周刊,2023(23):150-152.
- [3] 孙翠翠,杜蕾,高欣.循证护理干预模式在气管切开术后患者呼吸道护理中的实施价值研究[J].中外医药研究,2023,2(25):136-138.
- [4] 刘青青,许亚婷,王晓芬,等.以循证理论为基础的预见性护理在神经外科重症患者气管切开术后呼吸道护理中的应用效果[J].中外医学研究,2025,23(1):97-100.
- [5] 陈韵,曾凡平,郭玲玲,等.集束化护理预防神经外科气管切开术后肺部感染的应用现状[J].全科护理,2023,21(30):4237-4240.
- [6] 王蓓.气管切开护理工作中循证护理的临床应用效果探讨[J].婚育与健康,2023,29(19):142-144.
- [7] 郭剑,周丽华.循证护理在神经外科重症患者气管切开术后呼吸道护理中的应用效果[J].医学信息,2025,38(8):148-151.
- [8] 徐翠珍,吴娟娟.循证护理在神经外科重症患者气管切开术后呼吸道护理中的应用效果[J].中国民康医学,2024,36(5):177-179.