

## 循证护理结合呼吸道湿化管理在成人重症肺炎患者中的应用效果

吴海虹

盐城市大丰中医院 江苏盐城

**【摘要】目的** 分析循证护理结合呼吸道湿化管理在成人重症肺炎患者中的应用效果。**方法** 选取 2022 年 9 月-2025 年 8 月本院收治的 64 例成人重症肺炎患者，以随机抽签法分组，各 32 例。对照组实施常规护理，观察组实施常规护理+循证护理结合呼吸道湿化管理。对比两组治疗指标及并发症。**结果** 观察组干预后动脉血氧分压、血氧饱和度、用力肺活量均高于对照组，临床肺部感染评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )；观察组并发症发生率 3.13% 低于对照组 21.88% ( $P < 0.05$ )。**结论** 循证护理结合呼吸道湿化管理可改善成人重症肺炎患者肺功能，降低感染程度及并发症风险，为临床护理提供科学依据。

**【关键词】** 成人重症肺炎；循证护理；呼吸道湿化管理

**【收稿日期】** 2025 年 12 月 16 日

**【出刊日期】** 2026 年 1 月 22 日

**【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20260022

### The application effect of evidence-based nursing combined with respiratory humidification management in adult patients with severe pneumonia

Haihong Wu

Dafeng Traditional Chinese Medicine Hospital, Yancheng, Jiangsu

**【Abstract】Objective** To analyze the application effect of evidence-based nursing combined with respiratory humidification management in adult patients with severe pneumonia. **Methods** A total of 64 adult patients with severe pneumonia admitted to our hospital from September 2022 to August 2025 were selected and randomly divided into two groups (32 cases each). The control group received routine nursing care, while the observation group received routine nursing care combined with evidence-based nursing and respiratory humidification management. The treatment indicators and complications of the two groups were compared. **Results** After intervention, the observation group showed higher arterial blood oxygen partial pressure, blood oxygen saturation, and forced vital capacity than the control group, while the clinical pulmonary infection score was lower than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The complication rate in the observation group (3.13%) was lower than that in the control group (21.88%) ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Evidence-based nursing combined with respiratory humidification management can improve lung function in adult patients with severe pneumonia, reduce infection severity, and lower the risk of complications, providing a scientific basis for clinical nursing.

**【Keywords】** Adult severe pneumonia; Evidence-based nursing; Respiratory humidification management

成人重症肺炎是临床呼吸系统急危重症，由肺部炎症反应急剧加重引发，常伴随呼吸衰竭、多器官功能受累等表现，病死率较高<sup>[1]</sup>。临床常规护理以病情监测、基础护理及对症支持为主，虽能维持患者基本生命体征，但在气道管理、感染控制等方面缺乏针对性<sup>[2]</sup>。循证护理基于临床证据制定个性化方案，呼吸道湿化管理可维持气道黏膜功能，促进痰液排出<sup>[3]</sup>。目前两者联合应用的临床数据仍需补充，本研究通过对比分析，探

讨其应用价值，为优化成人重症肺炎护理策略提供参考。现报道如下。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

研究时间为 2022 年 9 月-2025 年 8 月，选取本院收治的 64 例成人重症肺炎患者。以随机抽签法分组，各 32 例。对照组男女比 18:14，年龄 42-79 岁，平均 ( $61.48 \pm 5.71$ ) 岁；病程 1-6 天，平均 ( $3.24 \pm 1.10$ )

作者简介：吴海虹（1994-）女，汉族，江苏盐城人，本科，主管护师，研究方向：护理。

天。观察组男女比 19:13, 年龄 41-80 岁, 平均 (62.14 ± 5.91) 岁; 病程 1-6 天, 平均 (3.34 ± 1.24) 天。两组一般资料对比,  $P > 0.05$ 。

纳入标准: (1) 符合成人重症肺炎诊断标准, 临床肺部感染评分  $\geq 6$  分; (2) 年龄  $\geq 18$  岁; (3) 意识清晰, 可配合护理操作; (4) 住院治疗时间  $\geq 7$  天。

排除标准: (1) 合并先天性呼吸系统畸形; (2) 存在严重肝肾功能衰竭、凝血功能障碍; (3) 对湿化治疗相关药物或材料过敏; (4) 中途转院或退出研究; (5) 无法配合研究。

## 1.2 方法

对照组: 实施常规护理, 包括持续监测生命体征、血氧饱和度及意识状态, 遵医嘱给予抗感染、氧疗、祛痰等治疗。定时协助患者翻身叩背, 保持呼吸道通畅, 提供基础饮食及休息指导, 观察病情变化并记录, 出现异常及时上报处理。

观察组: 实施对照组护理+循证护理结合呼吸道湿化管理: (1) 循证问题确立与证据检索: 针对气道湿化效果不佳、痰液潴留、感染控制困难等问题, 检索知网、万方等数据库, 筛选近 5 年高质量临床研究, 结合临床经验及患者个体情况形成护理方案。(2) 个性化湿化管理: 非机械通气患者采用超声雾化吸入, 选用 0.9%氯化钠溶液 3mL+盐酸氨溴索 15mg, 每次 15 分钟, 每日 3 次; 机械通气患者采用加热湿化器, 将无菌蒸馏水注入湿化罐, 维持吸入气体温度 37℃、相对湿度 100%, 根据痰液黏稠度调整湿化量, I 度稀痰维持湿化量 20-30mL/h, II 度中度粘稠痰调整为 30-40mL/h, III 度重度粘稠痰增至 40-50mL/h。(3) 气道护理优化: 每 2 小时评估痰液黏稠度及湿化效果, 湿

化满意时维持方案, 湿化不足或过度时及时调整参数。吸痰前给予 3 分钟高浓度氧疗, 吸痰时间不超过 15 秒, 严格执行无菌操作。(4) 病情动态监测: 每日评估临床肺部感染评分、氧合指数及肺功能指标, 结合实验室检查结果调整护理方案。(5) 并发症预防: 密切观察有无气道痉挛、肺部感染加重等情况, 发现异常及时采取干预措施。

## 1.3 观察指标

1.3.1 治疗指标: 干预前、干预 7 天, 检测两组动脉血氧分压、血氧饱和度及用力肺活量, 采用血气分析仪及肺功能监测仪完成数据采集。进行临床肺部感染评估, 包括体温、白细胞计数、气道分泌物、氧合指数、胸片浸润影 5 项, 总分 0-12 分, 分数越高提示感染程度越重。

1.3.2 并发症发生率: 统计干预期间呼吸机相关性肺炎、气道痉挛、痰液堵塞的总发生率。

## 1.4 统计学分析

数据录入 SPSS 26.0 软件中, 计量数据以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验; 计数数据以 [n (%)] 表示, 采用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$ , 数据间对比有明显差异。

## 2 结果

### 2.1 治疗指标对比

干预前, 两组治疗指标对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 干预后, 观察组动脉血氧分压、血氧饱和度、临床肺部感染评分高于对照组, 用力肺活量大于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

### 2.2 并发症发生率对比

观察组并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 1 治疗指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	动脉血氧分压 (mmHg)		血氧饱和度 (%)		用力肺活量 (L)		临床肺部感染评分 (分)	
观察组	32	62.35 ± 5.47	83.67 ± 6.12	88.42 ± 3.15	96.73 ± 2.46	1.86 ± 0.34	2.68 ± 0.41	7.85 ± 1.23	4.32 ± 1.05
对照组	32	61.98 ± 5.32	75.42 ± 5.89	87.95 ± 3.21	92.35 ± 2.63	1.83 ± 0.32	2.25 ± 0.38	7.79 ± 1.18	5.96 ± 1.12
t		0.274	5.494	0.591	6.880	0.363	4.351	0.199	6.043
P		0.785	0.000	0.557	0.000	0.717	0.000	0.843	0.000

表 2 并发症发生率对比 [n (%)]

组别	例数	呼吸机相关性肺炎	气道痉挛	痰液堵塞	总发生率 (%)
观察组	32	0 (0.00)	1 (3.13)	0 (0.00)	1 (3.13)
对照组	32	4 (12.50)	2 (6.25)	1 (3.13)	7 (21.88)
$\chi^2$					5.143
P					0.023

### 3 讨论

成人重症肺炎患者肺部炎症反应剧烈,肺泡换气功能受损,易出现缺氧、痰液潴留等症状,若气道管理不当,会加重感染程度,增加多器官功能障碍风险。该病起病急、进展快,对护理的专业性和针对性要求较高,需通过科学的护理干预改善气道通畅性,控制炎症反应。

循证护理是将科研证据、临床经验与患者需求相结合的护理模式,可避免传统护理的盲目性<sup>[4]</sup>。呼吸道湿化管理是重症肺炎气道护理的关键环节,正常呼吸道黏膜具有湿化加温气体的功能,重症肺炎患者气道黏膜受损,湿化功能下降,易导致痰液黏稠、气道堵塞<sup>[6]</sup>。两者联合应用可通过循证理念优化湿化方案,根据患者具体情况制定个性化措施,提升护理的科学性和有效性。

观察组干预后肺功能及氧合指标优于对照组,原因在于循证护理结合呼吸道湿化管理针对性强。通过检索高质量证据,明确不同通气状态下的最佳湿化方式,超声雾化吸入与加热湿化器的合理应用,可维持气道黏膜湿润,减少水分流失。湿化液能稀释痰液,降低粘稠度,促进纤毛运动,提高痰液排出效率,从而改善肺通气和换气功能,使动脉血氧分压和血氧饱和度升高<sup>[5]</sup>。用力肺活量的提升则与气道阻力降低、肺部扩张功能改善相关,个性化湿化方案避免了湿化不足或过度的问题,为肺功能恢复创造了良好条件。观察组临床肺部感染评分低于对照组,得益于循证护理对感染控制的重视。护理过程中通过动态监测感染相关指标,及时调整护理方案,严格无菌操作减少交叉感染风险。呼吸道湿化管理可降低气道黏膜损伤,减少细菌定植,湿化后的气道环境不利于细菌繁殖,同时痰液排出可清除气道内的病原体和炎症因子,减轻肺部炎症反应,使临床肺部感染评分明显下降。

观察组并发症发生率低于对照组,原因在于循证护理结合呼吸道湿化管理可有效预防气道相关并发症。

加热湿化器维持吸入气体的适宜温度和湿度,避免冷刺激引发气道痉挛;根据痰液黏稠度调整湿化量,防止湿化不足导致痰液堵塞,或湿化过度引发肺水肿<sup>[6]</sup>。吸痰前高浓度氧疗的实施,减少了吸痰过程中的缺氧风险,无菌操作规范降低了呼吸机相关性肺炎的发生概率,多维度的护理干预形成了并发症预防体系。

综上所述,循证护理结合呼吸道湿化管理在成人重症肺炎患者中的应用效果显著,可改善患者肺功能,提高氧合水平,降低临床肺部感染评分及并发症发生率。

### 参考文献

- [1] 逯学梅,孙雅博.振动排痰仪联合循证护理在重症肺炎伴呼吸衰竭患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(8):139-141.
- [2] 陈娟.营养序贯护理干预应用于老年重症肺炎病人的效果观察[J].循证护理,2023,9(6):1086-1088.
- [3] 李美玲.侧向旋转吸痰护理配合循证护理对重症肺炎伴呼吸衰竭患者血气分析指标,肺功能指标的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(19):165-168.
- [4] 杨淇英,谢芸红.基于循证临床护理路径护理模式在ECMO 救治重症肺炎并发急性呼吸衰竭患者中的应用[J].医药前沿,2024,14(4):104-106.
- [5] 张晶晶,齐红松.循证理念下护理在雾化联合机械排痰治疗重症肺炎中的应用价值[J].实用中西医结合临床,2025,25(1):112-115.
- [6] 王凤霞.循证干预对重症肺炎合并呼吸衰竭患者的睡眠干预效果[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(12):2867-2869.

**版权声明:** ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**