

俯卧位通气体位管理优化及护理实践研究

沈兰

信阳市中心医院 河南信阳 464000

摘要: 俯卧位通气是改善急性呼吸窘迫综合征患者氧合状态的重要支持手段,可促进肺泡复张,改善通气血流比例,减轻低氧血症。其临床效果不仅取决于呼吸机参数和治疗时机,也与体位摆放、管路固定、皮肤保护、镇痛镇静、循环监测及团队协作密切相关。若护理流程不规范,患者易出现气管导管移位、压力性损伤、眼部损伤、神经受压、胃内容物反流和血流动力学波动等问题。本文围绕俯卧位通气体位管理优化展开分析,探讨护理评估、实施流程、风险防控和质量改进路径,以提升护理安全性与实践效果

关键词: 俯卧位通气; 体位管理; 重症护理; 风险防控; 护理实践

引言

俯卧位通气通过改变胸肺受力分布,促进背侧肺区复张,改善通气血流比例,可有效缓解低氧血症,是重症呼吸支持中重要的治疗与护理配合措施。对于中重度急性呼吸窘迫综合征患者,在病情允许条件下实施较长时间俯卧位通气,有助于改善氧合和肺保护效果。但此类患者多处于机械通气、镇痛镇静、循环支持及多管路治疗状态,体位转换过程中易发生导管移位、皮肤受压、眼部损伤、神经压迫、反流误吸和血流动力学波动等风险。因此,优化俯卧位体位管理流程,强化护理评估、并发症预防和团队协作,对保障患者安全、提升护理质量具有重要意义。

一、俯卧位通气体位管理的临床价值

俯卧位通气并不是简单地将患者由仰卧位翻转为俯卧位,而是一项涉及呼吸治疗、循环管理、皮肤保护和护理安全的综合性干预。对于中重度低氧血症患者而言,俯卧位可改善胸腹部压力分布,减轻心脏及纵隔对背侧肺组织的压迫,使原本受压塌陷的肺泡获得更均衡的通气机会,同时也有助于痰液引流和分泌物排出。临床实践中,患者氧合指数、呼吸机参数、血流动力学状态、意识镇静水平、营养支持方式和基础疾病差异较大,决定了俯卧位通气不能机械套用固定模式,而应在充分评估后实施个体化管理。护理人员在其中承担着连续观察和风险识别的重要职责,需要在翻身前确认适应证、禁忌证和医嘱要求,检查气管导管深度、

中心静脉导管、动脉测压管、胃管、尿管、引流管及输液通路是否牢固通畅。对于肥胖、胸腹部手术后、循环不稳定、颈椎活动受限或皮肤条件较差的患者，更应提前研判翻身难度和潜在风险。俯卧位持续期间，还需动态观察血氧饱和度、气道压力、潮气量、心率、血压、末梢循环和患者面部受压情况。由此可见，体位管理的价值不仅在于改善氧合，更在于通过护理流程优化保障治疗安全，使俯卧位通气从“可实施”转向“高质量实施”。

二、体位转换流程的优化要点

俯卧位通气的体位转换具有高风险特征，流程是否规范直接影响护理安全。实施前应由医生、护士、呼吸治疗师等共同完成床旁评估，明确翻身时间、人员分工、管路保护重点和应急处理方案。翻身前应充分吸痰，评估气囊压力，整理各类管路并预留足够长度，暂停不必要的操作，妥善固定气管导管和血管通路，避免翻转过程中出现牵拉、折叠、脱出或误拔。床单位应提前准备软枕、减压垫、眼部保护材料、翻身单和急救物品，患者头面部、胸部、髌部、膝部等易受压部位应给予充分衬垫。翻身过程中需由一人专门负责气道，统一口令，保持头颈躯干轴线一致，避免颈部过度旋转和胸腹部受压过重。患者转为俯卧位后，应及时调整头部方向、上肢摆放、胸腹部支撑和下肢位置，使腹部适度悬空，减少膈肌运动受限，同时保证气管导管、胃管和呼吸机管路处于自然弧度。部分护理实践提示，标准化流程、清单化核查和团队模拟训练有助于减少压力性损伤、气道事件及神经损伤等不良结局。因此，优化体位转换不能只依赖个人经验，而应形成固定流程、岗位职责和质量核查标准，使每一次翻身都有准备、有协作、有复盘。

三、并发症预防中的护理实践重点

俯卧位通气持续时间较长，患者活动受限，压力性损伤、眼部损伤、口腔分泌物潴留、神经压迫、胃潴留和循环波动等问题较为常见，护理工作必须把风险防控贯穿全过程。皮肤管理是重点内容之一，护士应重点观察额部、颧骨、下颌、耳廓、胸前区、髌嵴、膝部、足背等受压部位，定时调整头部方向和肢体位置，保持皮肤清洁干燥，必要时使用泡沫敷料或减压用品。眼部护理同样不能忽视，俯卧位时眼部受压、角膜暴露和分泌物刺激均可能造成损伤，应在翻身前闭合眼睑并做好保护，翻身后检查眼部是否受压。气道护理方面，应密切监测气道压力、呼吸机报警、痰液性质和血氧变化，吸痰操作既要及时，也要避免过度刺激导致

氧合下降。营养护理需要结合胃残余量、腹胀、反流风险和医嘱要求进行评估，保持床头及身体支撑角度合理，防止误吸。循环监测则要求关注血压、心率、尿量、乳酸变化和血管活性药物使用情况，发现低血压、心律失常或氧合突然恶化时，应立即通知医生并准备恢复仰卧位。俯卧位护理的难点在于风险往往相互关联，例如管路牵拉可能引起通气异常，局部受压可能伴随皮肤破损和感染风险，镇静不足又可能导致躁动和脱管。因此，护理人员应保持连续性观察，避免把并发症预防简单理解为单项护理操作。

四、护理质量改进与团队协作路径

俯卧位通气护理质量的提升，离不开制度建设、人员培训和持续改进。科室应结合患者特点制定俯卧位通气护理流程，将评估标准、翻身步骤、人员配置、管路固定、皮肤保护、监测内容、异常处置和记录要求纳入统一规范。对于新入职护士或缺乏重症经验的护士，应通过情景模拟、床旁带教、案例复盘和操作考核提升其风险识别能力，尤其要强化气道保护、管路管理和突发事件处理训练。团队协作是保证俯卧位安全实施的关键，翻身时不能出现多人同时用力却缺少统一指挥的情况，也不能把气道、血管通路和体位摆放责任混在一起。护理管理者可建立俯卧位通气护理清单，要求翻身前、翻身中、翻身后逐项核查，并对压力性损伤发生率、非计划拔管、氧合改善情况、翻身耗时和护理记录完整性进行质量追踪。对于高风险患者，应开展个案讨论，及时调整支撑方式、翻身频次和镇静镇痛方案。信息化管理也可发挥作用，如通过电子护理记录提醒体位调整时间、皮肤评估节点和管路核查项目，减少遗漏。俯卧位护理还应关注人文关怀，虽然许多患者处于镇静状态，但仍需尊重患者隐私，注意保暖和遮挡，并向家属解释治疗目的与护理风险。只有把技术规范、团队配合和质量评价结合起来，俯卧位通气护理才能形成稳定、可复制、可改进的实践模式。

五、结语

俯卧位通气是重症呼吸支持中的重要治疗措施，其安全实施离不开高质量护理管理。体位管理优化应贯穿评估、准备、翻身、监测、并发症预防和质量改进全过程，重点关注气道安全、管路固定、皮肤减压、循环稳定和团队协作。护理人员既是操作执行者，也是风险观察者和流程改进者。临床工作中，应通过标准化流程、清单化管理、模拟培训和持续质控，提高俯卧位通气护理的规范性与安

全性。只有将科学证据与床旁实践紧密结合，才能更好发挥俯卧位通气的临床价值，改善患者预后，提升重症护理质量。

参考文献

[1]孙叶荟. 梯度压力袜联合体位管理在俯卧位通气患者 DVT 预防中的应用[J]. 当代医药论丛, 2026, 24(13):185-188.

[2]梁秀云, 李国宏. 急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气体位管理的研究进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2026, 47(6):576-581.

[3]王乐欣, 王文慧, 黄志红, 等. 重症俯卧位通气病人体位管理的最佳证据总结[J]. 全科护理, 2025, 23(6):1122-1126.

作者简介：沈兰（1990 年 1 月），女，信阳市中心医院，本科，主管护师，研究方向：重症医学科护理