

# 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的临床效果分析

杨柳 (山东省莒南县人民医院, 山东莒南 276600)

**摘要:** 目的: 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的临床效果及对血气指标与肺功能的影响。方法: 选取 2020 年 1 月至 2021 年 2 月收治的 88 例慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者为研究对象, 按护理方案不同分为对照组和研究组, 各 44 例。对照组实施常规护理, 研究组实施综合护理, 对比两组临床效果、血气指标、肺功能。结果: 护理前两组呼吸频率、心率对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后研究组呼吸频次、心率低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 护理前两组血气指标对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后研究组动脉血氧饱和度 ( $\text{SaO}_2$ )、血氧分压 ( $\text{PaO}_2$ ) 均高于对照组, 动脉血二氧化碳分压 ( $\text{PaCO}_2$ ) 低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 护理前两组肺功能指标对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后研究组第 1 秒呼气最大容积 ( $\text{FEV}_1$ )、第 1 秒呼气最大容积/用力肺活量 ( $\text{FEV}_1/\text{FVC}$ ) 均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者采用综合护理可明显降低呼吸频率、心率, 改善血气指标, 提升肺功能。

**关键词:** 慢阻肺; 呼吸衰竭; 综合护理; 血气指标; 肺功能

慢阻肺合并呼吸衰竭随着病情的进展, 晚期可出现肺动脉高压、慢性肺源性心脏病和呼吸衰竭, 对生命安全造成较大威胁<sup>[1]</sup>。目前该病尚无较好的控制措施, 可通过吸氧和呼吸机治疗, 但是患者一般年龄较大, 且多伴有基础疾病, 在治疗过程中规范化护理措施显得非常重要。综合护理以呼吸程序作为核心, 对护理进行程序化处理, 对护理进行质量控制, 整体护理措施协调一致, 可提升护理质量<sup>[2]</sup>。本研究对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的临床效果及对血气指标与肺功能的影响进行分析。现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2020 年 1 月至 2021 年 2 月收治的 88 例慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者为研究对象, 根据护理方案不同分为对照组和研究组, 各 44 例。对照组男 24 例, 女 20 例; 年龄 60~80 岁, 平均年龄 ( $70.12 \pm 3.67$ ) 岁; 病程 5~17 年, 平均病程 ( $11.15 \pm 2.11$ ) 年。研究组男 22 例, 女 22 例; 年龄 60~81 岁, 平均年龄 ( $70.76 \pm 3.56$ ) 岁; 病程 5~18 年, 平均病程 ( $11.87 \pm 1.98$ ) 年。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 护理方法

对照组采用常规护理, 监测患者各项生命体征, 及时了解患者的护理需求, 严格遵医嘱使用药物, 并在有创呼吸治疗期间进行饮食指导和健康知识讲解。研究组采用综合护理。(1) 心理疏导。患者入院后护理人员对医院内部环境以及相关制度进行简单介绍, 应使用通俗易懂的语言与患者沟通, 充分考虑患者的年龄, 保持足够的耐心, 对于听力存在问题的患者则适当放大声音, 介绍通气步骤以及使用优势, 提升患者对疾病的认知程度。在交谈过程中掌握患者心理状态, 对于悲观患者进行积极鼓励, 对于焦虑患者

则进行情绪疏导, 纠正不良心理状态, 积极配合治疗。

(2) 呼吸道护理。在进行气管插管过程中全程关注患者胸廓起伏情况, 固定导管, 预防漏气。合理控制气囊的压力, 防止压力过大对气道黏膜的损伤, 同时进行气道湿化, 经微量泵注入气道对痰液进行稀释, 防止出现肺不张。吸痰时需要严格遵守无菌操作各项流程, 将气管套内的痰液及时吸除, 注意保持动作轻柔, 减少对气道黏膜的损伤, 注意在吸痰之前以纯氧通气, 防止发生缺氧和窒息。(3) 体位护理。在患者卧床期间注意保持合适体位, 肢体严禁受到压迫, 确保能适当的屈伸和外展, 并在床上放置软垫, 减少肢体压力。以 2 h/次的频率进行翻身, 并拍背。适当进行肢体的被动运动, 保持肌肉运动功能, 防止出现肌肉损伤。(4) 健康教育。结合患者的文化程度、理解能力进行疾病知识宣教, 帮助患者养成良好的生活习惯, 并控制危险因素。指导患者家属参与到患者护理活动中, 将正确护理方法和技能告知患者家属, 并嘱咐患者家属给予患者充分的情感关怀。

### 1.3 观察指标

(1) 两组呼吸频次和心率对比。(2) 两组血气指标评估, 包括血氧饱和度 ( $\text{SaO}_2$ )、动脉血氧分压 ( $\text{PaO}_2$ )、动脉血二氧化碳分压 ( $\text{PaCO}_2$ )。(3) 两组肺功能指标比较, 包括第 1 秒呼气最大容积 ( $\text{FEV}_1$ )、第 1 秒呼气最大容积/用力肺活量 ( $\text{FEV}_1/\text{FVC}$ )。

### 1.4 统计学处理

数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以 % 表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组呼吸频率、心率比较

护理前, 两组呼吸频率、心率对比, 差异无统计

学意义 ( $P > 0.05$ )；护理后研究组呼吸频次、心率均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组呼吸频率、心率比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 次/min)

组别	n	呼吸频次		心率	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	44	26.13 ± 3.24	17.89 ± 1.53	116.77 ± 12.34	84.36 ± 5.34
研究组	44	26.11 ± 3.31	15.21 ± 1.13	116.92 ± 11.98	75.34 ± 3.65
<i>t</i>		0.029	9.346	0.058	9.250
<i>P</i>		0.977	0.000	0.954	0.000

## 2.2 两组血气指标比较

护理前, 两组血气指标对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；护理后研究组  $\text{SaO}_2$ 、 $\text{PaO}_2$  均高于对照组,  $\text{PaCO}_2$  低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组血气指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	$\text{SaO}_2$ (%)		$\text{PaO}_2$ (mmHg)		$\text{PaCO}_2$ (mmHg)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	44	70.06 ± 1.52	84.33 ± 0.97	74.11 ± 0.23	81.33 ± 0.52	45.08 ± 0.85	42.12 ± 0.78
研究组	44	70.13 ± 1.47	95.11 ± 1.03	74.13 ± 0.25	94.15 ± 0.63	45.10 ± 0.80	38.11 ± 0.65
<i>t</i>		0.220	50.540	0.391	104.101	0.114	26.198
<i>P</i>		0.827	0.000	0.697	0.000	0.910	0.000

## 2.3 两组肺功能指标比较

护理前, 两组肺功能指标对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；护理后研究组  $\text{FEV}_1$ 、 $\text{FEV}_1/\text{FVC}$  高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组肺功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	$\text{FEV}_1$ (L)		$\text{FEV}_1/\text{FVC}$ (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	44	1.03 ± 0.22	1.11 ± 0.04	54.22 ± 0.23	60.23 ± 0.24
研究组	44	1.01 ± 0.24	1.57 ± 0.11	54.17 ± 0.25	69.11 ± 0.22
<i>t</i>		0.407	26.069	0.976	180.920
<i>P</i>		0.685	0.000	0.332	0.000

## 3 讨论

慢阻肺全称为慢性阻塞性肺疾病, 为呼吸科最为常见的疾病之一, 属慢性气道炎症性疾病, 随着疾病发展可导致气道、肺部病理以及生理性改变, 最终出现呼吸受限。患者主要临床表现为活动后呼吸困难、咳嗽、咳痰, 除呼吸系统改变外, 可合并其他病症, 呼吸衰竭就是其中的一种<sup>[3]</sup>。该病主要发病群体为老年人, 在规范治疗的同时, 科学护理对于疾病恢复具有积极作用<sup>[4]</sup>。

本研究结果显示, 护理后研究组呼吸频次、心率均低于对照组,  $\text{SaO}_2$ 、 $\text{PaO}_2$  均高于对照组,  $\text{PaCO}_2$  低于对照组,  $\text{FEV}_1$ 、 $\text{FEV}_1/\text{FVC}$  均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。分析原因为综合护理通过心理疏导, 可缓解患者不良情绪; 向患者及其家属介绍治疗过程和疾病, 可提高患者的治疗依从性, 提高疾病认知程度; 通过呼吸道护理, 减少并发症发生风险<sup>[5]</sup>。综合护理充分发挥护理人员的主动性, 为患者提供更加全面优质的护理措施, 同时结合患者的文化程度、理解能力进行疾病知识宣教, 并给患者家属提供正确的护理技能, 对于疾病恢复具有积极作用<sup>[6]</sup>。综合护理中加入呼吸道护理、体位

护理等措施, 结合病情给予科学指导, 提升辅助呼吸质量, 因此提升患者呼吸功能。体位护理以及被动运动可以逐步恢复患者肺部功能, 逐步提升肺部功能。

综上所述, 慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者采用综合护理可以改善血气指标, 提升肺功能, 对于疾病治疗具有积极作用, 具有临床推广价值。

### 参考文献

- [1] 王晓芳. 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的效果展开观察与比较 [J]. 糖尿病天地, 2021, 18(1): 267.
- [2] 李天玲. 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的效果展开观察与比较 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(28): 52, 57.
- [3] 罗颖. 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的效果展开观察与比较 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(60): 119-120.
- [4] 宋福玲. 对慢阻肺合并呼吸衰竭老年患者应用不同护理模式的临床效果展开观察与比较 [J]. 糖尿病天地, 2020, 17(7): 256.
- [5] 严玉英. 综合护理干预对慢阻肺急性加重期合并呼吸衰竭患者的影响 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(33): 1.
- [6] 阿依古力·乌斯曼, 努尔古丽·阿西木. 对接受无创通气治疗的老年慢阻肺合并重症呼吸衰竭患者进行有针对性护理的效果 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(17): 18-19.