

综合护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者的疗效影响

徐正梅¹, 李保兰¹, 姚 莉^{1△}, 王学勤¹, 周爱婷² (1. 重庆市第三人民医院呼吸内科 400014; 2. 重庆医科大学临床医学系 2009 级 400016)

【摘要】 目的 探讨综合护理干预对 60 例老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者的疗效影响。方法 将重庆市第三人民医院呼吸内科 2012 年 1 月至 2013 年 10 月收治的 120 例老年 COPD 患者按不同护理方法分为干预组和对照组, 每组 60 例。对照组给予常规护理治疗, 干预组采取综合护理干预治疗, 分别于干预第 3 周后比较两组的临床疗效。结果 经过综合护理干预治疗, 老年 COPD 患者的治疗效果及生活质量均得到提高。两组临床疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对老年 COPD 患者采用综合护理干预治疗能显著改善老年 COPD 患者的肺功能, 有效预防其并发症发生, 增进患者自我保健意识, 提高患者生活质量。

【关键词】 老年人; 慢性阻塞性肺疾病; 疗效; 综合护理干预

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)14-2012-03

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是老年人的一种临床多发病及常见病, COPD 迁延不愈, 给广大患者增添了极大的痛苦。COPD 是一种具有不完全可逆性气流受限的特征, 且呈进行性发展的肺部疾病, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关, 反复咳嗽、气促、咳痰及呼吸困难是其主要临床表现, COPD 不但影响肺, 病情恶化可使肺功能下降、运动耐力下降、丧失劳动力, 严重影响患者的健康及生活质量^[1]。为控制和缓解临床症状, 预防并发症发生, 促进患者自我保健, 改善患者生活质量, 重庆市第三人民医院呼吸内科采取积极综合护理干预措施对 2012 年 1 月至 2013 年 10 月收治的 60 例老年 COPD 患者进行治疗与护理, 观察其对老年 COPD 患者肺功能的影响效果, 帮助临床拓展对老年 COPD 患者进行护理的方法, 促进临床对老年 COPD 患者进行更有效的治疗, 改善其肺功能指标, 临床疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 10 月重庆市第三人民医院呼吸内科收治的 COPD 老年患者 120 例, 其中男 74 例, 女 46 例; 年龄 60~89 岁, 平均(76.30±5.18)岁; 患病时间 4~23 年, 平均(9.30±2.13)年。入组患者均经影像学、临床及肺功能检查, 均确诊为 COPD, 诊断符合 COPD 诊治指南(2007 年修订版)。按照全球 COPD 防治倡议 COPD 病情严重程度分级标准^[2], II 级 48 例, III 级 60 例, IV 级 12 例。将 120 例患者按护理方法的不同分为干预组和对照组各 60 例, 两组患者在性别、年龄、临床分期及患病时间等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规护理治疗, 如观察记录患者生命体征、纠正酸碱平衡失调治疗、吸氧、抗感染、控制心率失常和对症治疗等; 干预组在对照组基础上实施综合护理干预, 其措施如下。

1.2.1 做好心理干预 COPD 患者因病情重且迁延不愈, 病程较长, 预后情况较差, 易反复发作, 气促、呼吸困难、睡眠困难、活动耐力明显下降等严重影响患者生活质量, 加上在短时间内治疗效果不佳, 其医疗费用较高, 患者在长期忍受折磨的同时, 易产生不良心理状态, 大部分患者表现为焦虑、恐惧等负

面情绪^[3]。这些负面情绪直接影响患者的治疗态度, 使之不能主动配合医生的治疗。在患者产生这些负面情绪前, 责任护士应主动了解患者心理状态, 及时发现并正确引导, 针对患者实际情况进行必要的心理干预, 给患者详细讲解疾病相关知识, 介绍治疗的目的和方法, 消除患者恐惧悲观心理^[4]。鼓励患者家属多关心体贴患者, 便能避免负面情绪的影响, 让患者拥有一个好的心情, 增加患者战胜疾病的信心, 增强患者免疫力, 从而充分发挥人体的康复能力, 有利于患者康复治疗。

1.2.2 加强病室环境管理 由于 COPD 患者机体抵抗力低, 建立严格的病房管理制度, 保证病房定时通风换气, 做好室内空气消毒, 保持病室湿度 50%~60%, 室温 22℃。每月对病室空气、器物表面做细菌监测。对护工、保洁员进行院内感染知识培训, 督促其严格执行清洁消毒制度。

1.2.3 做好健康知识教育 (1) 仔细向患者讲解 COPD 发病的原因、治疗方法和预后, 让患者树立战胜疾病的信心, 缓解患者恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪, 提高患者遵医行为。(2) 进行药物指导。监督及指导患者严格遵照医嘱服药, 尤其是吸入性治疗, 有研究表明吸入性治疗已经成为 COPD 缓解期治疗中的首选治疗方式。糖皮质激素和支气管扩张剂是常用于吸入性治疗的药物, 向患者详细讲解吸入性药物的作用及正确使用吸入器的方法, 特别是在使用糖皮质激素吸入剂后, 需用清水漱口, 主要是避免引起口腔内念珠菌感染, 并且要向患者强调坚持用药的重要性, 有利于达到理想的治疗效果。(3) 做好生活指导。给患者详细讲解生活中的小常识及注意事项, 如何预防保健等, 督促患者戒烟限酒。强调患者在日常生活中切勿受凉, 注意保暖, 积极预防感冒。并告诉患者和家属尽量不在一些烟雾、粉尘、人群较多的场所逗留, 以防诱发 COPD 急性发作。

1.2.4 强化饮食指导 COPD 患者进餐时血氧饱和度下降, 抗菌药物的使用对胃黏膜刺激等, 使患者日常摄入量不足, 导致患者营养不良。因此, 应给予患者足够的营养, 宜进食低糖、高蛋白、高纤维素食物, 在多吃蔬菜水果的同时, 要保证适当脂肪摄入, 且少量多餐, 进餐时细嚼慢咽。必要时加注静脉营养, 以保证患者营养充足。对合并呼吸衰竭的患者更应重视营养,

△ 通讯作者, E-mail: 1411494859@qq.com。

还应补充适量的微量元素。增加日常饮水量,因为饮水有利于痰液排出。此外,COPD 患者禁止饮酒、吸烟,因为饮酒会引起血管扩张,严重时会出现出血症状,而吸烟则会加重支气管黏膜组织的损坏程度,进而使病情恶化。

1.2.5 做好口腔护理 因 COPD 患者病程长,且反复发作,易发生口腔感染。责任护士仔细做好口腔护理,按时清洗口腔,除去定植细菌,防止口腔细菌向下蔓延至气管,预防呼吸道感染。

1.2.6 保持呼吸道通畅 COPD 急性期痰量增多,痰液黏稠,易形成黏液栓致气道狭窄阻塞。应遵医嘱加强气道湿化,根据不同病情选择不同方式的雾化吸入^[5],并联合应用黏液溶解药及祛痰药。同时对患者进行有效咳嗽训练:嘱患者先做深呼吸,继而屏气,然后咳嗽,打开声门,使痰液咳出。对不容易咳嗽的患者可用手有规律的、轻轻在患者背部与胸部拍打,目的是使呼吸道分泌物脱落,有利于分泌物排出。同时还要注意患者的呼吸、排痰及面色,患者若出现不适就立即停止拍击。

1.2.7 加强呼吸肌功能训练 用通俗易懂的语言,将功能训练的方法向患者详细介绍,声音应稍大一些,尽量放慢语速,并反复进行示范。指导并督促患者行腹式呼吸及缩唇呼吸锻炼,以加强胸、腹、膈、呼吸肌肌力和耐力,变浅而快的呼吸为深而慢的有效呼吸,降低气体残存及肺泡的膨胀程度、减轻呼吸肌疲劳,最终达到增强肺通气功能的目的,改善其呼吸功能。(1)腹式呼吸训练:指导患者进行深呼吸,保持放松上半身肌群。将两手分别放置于腹部及胸部,呼气时让腹部内陷,尽力呼出;吸气时保持胸部不动仅挺腹。通常情况下,呼气 4~6 s,吸气保持 2 s。其速度控制为 7~8 次/分,每次持续 10~15 min,2 次/天。(2)缩唇呼吸训练:指导患者采取卧位或坐位,由口呼气,经鼻吸气,并边呼气边缩唇,速度放缓,有意识地自动调节呼吸深度、频率和缩唇程度。合理调控气流,使与唇等高点距 30 cm 处的蜡烛火焰倾斜,但未熄灭。每次训练 15 min,2~3 次/天。

1.2.8 指导患者进行运动疗法 责任护士根据患者的实际特点、身体耐受能力及肺功能代偿具体情况,由少到多,由慢到快,以改善其心肺功能^[6],提高其体力活动的耐受性及生活质量,促进患者康复。在患者进入病情稳定期时,指导其进行呼吸操(包括腹式呼吸、扩胸、弯腰及下蹲等)和医疗体育为主的有氧运动(包括慢跑、间歇跑、上下楼梯、步行、气功、太极拳等)^[7-9],锻炼胸大肌、胸小肌等辅助呼吸肌群,开始 4~5 次/天,持续 5~10 min,适应后改为 3~4 次/天,每次 20~30 min。活动主要以舒缓运动为主,避免进行剧烈运动,确保患者安全。

1.2.9 指导患者合理氧气疗法 长期采取氧疗对于 COPD 患者具有明显疗效,可提高患者动脉血氧饱和度、改善其缺氧症状,提高其生活质量,延缓并发症发生。对 COPD 患者可采用针对其低氧血症特点的氧气疗法,采取持续低流量(1~2 L/min)吸氧,每日吸氧至少 15 h。对其症状起到缓解作用的同时避免高碳酸血症酸中毒,在一定程度上缓解患者精神压力,提高其活动能力。对于氧气流量大小应根据病情合理调节,夜间不能中断吸氧,防止熟睡时呼吸道阻塞或者呼吸中枢兴奋性减弱而加重缺氧症状。保证患者心理和身体的良好状况,提高其生存率。

1.3 评价标准

1.3.1 临床疗效评价标准 显效:发绀、咳粉红色泡沫痰、呼

吸困难及双肺干啰音均消失,呼吸、心率、血压、动脉氧分压、动脉血氧饱和度(SaO₂)均恢复正常;有效:上述症状和体征减轻,SaO₂ 接近正常或者提高明显;无效:治疗前、后上述症状和体征均无变化,甚至恶化。显效率+有效率=总有效率。

1.3.2 干预组与对照组对比的标准 观察指标为肺功能及生存质量,对生存质量的评价可以参照方宗君关于 COPD 患者生存质量的问卷^[10]。其内容有 4 个(即日常生活能力、社会活动能力、焦虑症状、抑郁症状)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件对所得数据进行分析处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较

组别	<i>n</i>	无效	有效	显效	总有效率(%)
干预组	60	5	22	33	91.67*
对照组	60	25	15	20	58.33

注:与对照组比较,**P* < 0.05。

2.2 两组患者生存质量比较 见表 2。

表 2 两组患者生存质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	社会活动能力	日常生活能力	抑郁症状	焦虑症状
干预组	60	4.36±1.12*	4.33±1.31*	4.34±1.01*	4.13±1.15*
对照组	60	5.67±1.23	5.46±1.25	5.34±1.13	5.85±1.63

注:与对照组比较,**P* < 0.05。

3 讨论

COPD 是一种呈进行性发展、气流受限不完全可逆的肺部疾病,其发病率呈不断上升趋势,严重影响患者生活质量。老年人是 COPD 的高发群体,我国 40 岁以上人群 COPD 患病率为 8.2%,60 岁以上患病率为 24.0%^[11]。COPD 的发生与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎性反应有关,其主要原因有:吸烟、空气污染、化学物质及职业性粉尘等。COPD 患者在急性发作期后临床症状有所缓解,但仍继续恶化其肺功能,又因自身防御和免疫功能降低和受外界各种有害因素影响,常反复发作,容易合并各种并发症,严重者危及生命。重庆市第三人民医院呼吸内科实践表明,采取综合护理对 60 例老年 COPD 患者进行干预,如心理干预、健康指导、饮食指导、呼吸道管理、氧疗、加强患者呼吸肌功能锻炼等,提高了患者的生活质量及临床疗效。在实施过程中,患者对责任护士提供的各项护理干预措施均有良好依从性,对治疗效果较为满意;同时护理工作也得到了患者及家属的理解及大力支持。因此,有效的综合护理干预对于老年 COPD 患者肺功能恢复有重要的作用及意义。

本研究结果表明,及时有效的优质护理,为患者提供一系列细节化、人性化的护理措施,改善了老年 COPD 患者的临床症状、肺功能、血气分析及健康状况,临床控制率得到提高,提高了患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 赵秋花. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者的实施

体会[J]. 中国医药创新, 2009, 6(25): 132-133.

[2] 郭爱敏, 韩江娜, 王萍, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者日常活动状况及相关因素分析[J]. 中华护理杂志 2010, 45(5): 409-412.

[3] 胡洁, 薛静佟, 焕卓. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(10): 1832-1833.

[4] 黄鹤鑫, 贾晓燕. 化疗前心理干预对癌症患者化疗依从性的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(29): 3631-3632.

[5] 李淑华. 慢阻肺伴呼吸衰竭患者雾化吸入的选择及护理[J]. 中国实用医药, 2009, 4(22): 216-217.

[6] 陆利. 护理干预在 52 例慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J]. 现代护理, 2013, 11(22): 124-125.

[7] 胡国英, 马金凤, 刘淑贤, 等. 慢性阻塞性肺疾病的康复护理[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(10): 62-63.

[8] 赵鸣武. 加强慢性阻塞性肺疾病的康复治疗研究[J]. 中国实用内科杂志, 2005, 25(2): 98-99.

[9] 王影. 慢跑对老年人心、肺功能的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2005, 14(2): 104-105.

[10] 程霞. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者生存质量的影响[J]. 吉林医学, 2013, 34(24): 5083.

[11] 骆桂红, 潘娟, 高伟伟, 等. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者临床疗效的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(9): 1602-1603.

(收稿日期: 2013-12-30 修回日期: 2014-02-03)

原发性胃肠道淋巴瘤的护理经验

周 影, 程予波(四川省成都市三六三医院肿瘤科 614000)

【摘要】 目的 探讨原发性胃肠道淋巴瘤的护理经验。**方法** 回顾性分析 2009 年 1 月至 2013 年 10 月成都市三六三医院肿瘤科收治的 13 例原发性胃肠道淋巴瘤患者的临床资料、症状管理、化疗毒副反应观察和处理等方面的内容。**结果** 化疗期间患者出现的主要毒副反应有: 恶心、呕吐等胃肠道反应 13 例(100.0%), 骨髓抑制 7 例(53.8%), 脱发 3 例(23.1%)。随访至今分别已达 12~42 个月, 完全缓解率 92.3%, 复发率 7.7%, 3 年无事件生存率 92.3%。**结论** 护理人员应关注患者的症状, 做好化疗期间不良反应监测及健康教育, 以提高患者生活质量。

【关键词】 胃肠道; 淋巴瘤; 原发性; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)14-2014-02

胃肠道原发性淋巴瘤属于结外淋巴瘤中的一种, 以非霍奇金淋巴瘤最为多见, 约占淋巴瘤结外非霍奇金淋巴瘤的 30%~45%^[1], 近年来其发病率有上升趋势^[2]。目前, 该类疾病治疗以化疗为主, 大剂量化疗冲击疗法给患者带来潜在危害的同时, 也对肿瘤科护理人员提出了更高的要求。作者总结了本院 2009 年 1 月至 2013 年 10 月肿瘤科收治的消化道原发性淋巴瘤 13 例患者的临床资料, 旨在通过对该类疾病的总结分析, 归纳其良好的护理经验, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共收集 2009 年 1 月至 2013 年 10 月 13 例经内镜、手术及病理证实的消化道原发性非霍奇金淋巴瘤患者的临床资料, 其中男 8 例(61.5%), 女 5 例(38.5%); 年龄 25~87 岁, 中位年龄 60 岁; 病程 2~18 个月。病理分型: 弥漫大 B 细胞 10 例, T 细胞型 2 例, NK 细胞型 1 例。上腹部隐痛 10 例(76.9%), 恶心、呕吐 9 例(69.2%), 体型消瘦 7 例(53.8%), 发热 4 例(30.8%), 黑便 3 例(23.1%)等。

1.2 治疗方案 本组患者均经手术治疗后, 进行了联合化疗, 11 例实施了 CHOP 方案化疗(环磷酰胺+长春新碱+阿霉素+泼尼松); 2 例 CD20 阳性患者加用了美罗华, 采用了 R-CHOP 方案。

2 结果

化疗期间患者出现的主要毒副反应有: 恶心、呕吐等胃肠道反应 13 例(100.0%), 骨髓抑制 7 例(53.8%), 脱发 3 例(23.1%)(表 1)。随访至今分别已达 12~42 个月, 完全缓解率(CR)92.3%, 1 例复发, 3 年无事件生存率(EFS)92.3%。

表 1 本组患者化疗毒副反应情况(n)

毒副反应	n	I	II	III	IV
恶心、呕吐	13	1	4	8	0
白细胞下降	7	3	2	0	2
脱发	3	3	0	0	0

3 讨 论

3.1 症状管理 消化道原发性淋巴瘤多为非霍奇金淋巴瘤, 占原发性胃肠道恶性肿瘤不到 4%^[3], 发病部位以胃多见, 其次为小肠、结肠。有研究报道, 有 50% 的患者在确诊时已经超过了 60 岁, 其发病年龄越来越大^[4]。本组病例患者年龄为 25~87 岁, 中位年龄 60 岁, 符合国内、外学者报道水平。原发性胃肠道非霍奇金淋巴瘤的临床表现无特殊性, 与普通胃肠道肿瘤较为相似。本组病例中 76.9% 的患者主诉腹部不适, 约一半以上患者伴恶心、呕吐、体型消瘦等, 部分患者伴有黑便、高热等。因此症状管理是淋巴瘤护理工作中的重点之一。

乏力、食欲下降是消化道原发性非霍奇金淋巴瘤常有的症状之一, 患者因此可能出现消瘦和精神心理方面的困扰。因此护士应做好患者的健康教育, 包括饮食指导、非药物性干预方法等, 安抚其情绪。给予改善食欲的膳食及药物, 鼓励患者进食多种蛋白质、维生素含量较高的食物, 维持全身营养平衡。本组患者中 3 例出现黑便, 提示有消化道出血, 应密切观察患者出血情况, 包括大便颜色、量、性状, 是否伴有鲜血便或呕血征兆, 是否伴有神志变化、血压下降、心率增快等生命体征不稳