

不同护理模式在老年慢阻肺呼吸衰竭患者中的作用分析

吕 丹

通辽市科尔沁区霍林社区卫生服务中心 内蒙古 通辽 028000

摘要:目的:探究不同护理模式在老年慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中的应用效果。方法:选取2022年3月-2023年9月收治的120例老年慢阻肺呼吸衰竭患者,随机数字表法分为对照组和观察组各60例。对照组采用常规护理模式,观察组采用综合护理模式。比较两组患者护理后的呼吸功能指标、生活质量评分及并发症发生情况与住院时间。结果:观察组呼吸功能改善程度优于对照组,生活质量评分高于对照组,并发症发生率低于对照组,住院时间短于对照组($P < 0.05$)。结论:综合护理模式可有效改善老年慢阻肺呼吸衰竭患者的呼吸功能,提高生活质量,减少并发症并缩短住院时间,值得临床推广。

关键词:不同护理模式;老年慢阻肺;呼吸衰竭

老年慢阻肺呼吸衰竭是呼吸系统常见危重症,因气道慢性炎症导致气流受限,常伴随呼吸功能进行性减退,严重影响患者生活质量与生存率。常规护理以对症支持为主,难以满足患者多维度需求。综合护理模式通过整合生理、心理及社会支持等干预措施,为患者提供系统化照护^[1]。本研究对比两种护理模式的应用效果,旨在为老年慢阻肺呼吸衰竭患者的护理方案优化提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2022年3月-2023年9月收治的120例老年慢阻肺呼吸衰竭患者。随机数字表法分为对照组和观察组各60例。对照组男38例,女22例;年龄60-82岁,平均(68.5±5.2)岁。观察组男36例,女24例;年龄61-83岁,平均(69.2±5.5)岁。两组一般资料比较($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:动脉血气分析示 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 伴或不伴 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$;患者及家属知情同意。排除标准:合并肺癌、肺结核等其他肺部疾病;严重心肝肾肾功能不全;精神疾病或认知障碍;中途退出研究。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

采用常规护理模式,具体措施如下:每日监测体温、脉搏、呼吸频率、血压及血氧饱和度,每4小时记录1次;每周2次动脉血气分析,动态观察 PaO_2 、 PaCO_2 变化;采用鼻导管或面罩吸氧,维持血氧饱和度90%-92%;定期检查氧气管路通畅性,每周更换吸氧装置;指导有效咳嗽排痰,每日超声雾化吸入2次(生理盐水5ml+布地奈德混悬液1mg),每次15分钟;对咳嗽困难者给予吸痰处理,严格无菌操作;遵医嘱给予支气管扩张剂、糖皮质激素等药物,讲解用药方法及不良反应,如沙丁

胺醇气雾剂使用后漱口预防口腔真菌感染;保持病房温湿度适宜(温度18-22℃,湿度50%-60%);协助翻身叩背每2小时1次;提供低盐低脂饮食,保证每日热量摄入25-30kcal/kg。

1.2.2 观察组

在对照组基础上采用综合护理模式,具体措施如下:(1)个性化呼吸训练:根据患者肺功能分级制定训练方案。Ⅰ级:每日3次腹式呼吸训练,每次10分钟(吸气时腹部隆起,呼气时收缩,呼吸比1:2);配合缩唇呼吸(嘴唇缩成口哨状,缓慢呼气4-6秒)。Ⅱ级:在腹式呼吸基础上增加呼吸操,包括扩胸运动、弯腰触脚等动作,每组8-10次,每日2组。训练过程中监测心率及呼吸频率,当出现胸闷气促时立即停止。(2)心理干预:采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估心理状态,分值 ≥ 50 分者进行针对性干预。每周2次一对一心理疏导,每次30分钟,通过倾听、鼓励等方式缓解负面情绪;组织病友交流会每月1次,促进经验分享;指导家属多陪伴沟通,给予情感支持。(3)营养支持方案:由营养师制定个体化饮食计划,每日蛋白质摄入1.2-1.5g/kg,增加富含维生素C、维生素E的食物(如新鲜蔬果、坚果);对进食困难者采用少量多餐制,必要时补充肠内营养制剂,初始剂量500ml/d,逐渐增至1000-1500ml/d。(3)家庭护理指导:出院前3天进行家庭护理培训,内容包括氧疗装置使用、呼吸训练方法、病情恶化识别(如呼吸频率 > 24 次/分、发绀加重)等;建立微信随访群,每周推送护理知识,医护人员在线答疑;出院后第1、2、4周电话随访,第8周门诊复查。(4)并发症预防护理:每日检查下肢皮肤温度及肿胀情况,指导进行踝泵运动(勾脚、伸脚各保持5秒,每组20次,每日

3组)预防深静脉血栓;口腔护理每日2次,观察口腔黏膜变化;定期翻身时使用气垫床减压,骨突处涂抹润肤霜保护皮肤。

1.3 观察指标

(1)呼吸功能指标:护理前及护理8周后检测PaO₂(动脉血氧分压)、PaCO₂(动脉血二氧化碳分压)、FEV1%pred(第1秒用力呼气容积占预计值百分比)。

(2)生活质量评分:采用SF-36量表评估,每个维度0-100分,总分越高生活质量越好,于护理前及护理8周后

测评。(3)并发症及住院时间。

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 χ^2 、*t*检验;*P*<0.05,则差异显著。

2 结果

2.1 两组呼吸功能指标比较

护理8周后,观察组改善幅度大于对照组(*P*<0.05)。见表1。

表1 呼吸功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	FEV1%pred (%)
对照组	60	护理前	52.16±4.38	58.72±5.64	38.62±4.51
		护理后	61.35±5.02	52.48±4.97	43.25±4.83
观察组	60	护理前	51.98±4.25	59.03±5.71	39.15±4.68
		护理后	70.52±5.36	45.26±4.32	51.87±5.26
<i>t</i> 值(护理后)	-	-	9.256	7.834	9.017
<i>P</i> 值(护理后)	-	-	0.000	0.000	0.000

2.2 两组生活质量评分比较

护理8周后,观察组高于对照组(*P*<0.05)。见表2。

表2 SF-36评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	生理功能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	60	护理前	45.26±6.38	42.15±5.87	50.32±7.14	40.25±5.63	43.18±6.05	46.23±5.97	41.06±5.72	44.35±6.21
		护理后	56.38±7.02	51.26±6.34	62.15±7.58	52.36±6.14	55.27±6.48	58.34±6.52	53.17±6.25	56.42±6.73
观察组	60	护理前	44.97±6.25	41.87±5.76	49.87±7.02	39.87±5.52	42.93±5.97	45.89±5.86	40.75±5.63	43.98±6.12
		护理后	68.54±7.56	63.42±6.87	73.26±8.03	65.48±6.75	68.35±7.02	70.56±7.14	65.38±6.84	69.57±7.25

2.3 两组并发症及住院时间比较

对照组(*P*<0.05)。见表3。

观察组并发症总发生率低于对照组,住院时间短于

表3 并发症及住院时间比较[*n*(%), $\bar{x}\pm s$]

组别	例数	肺部感染	压疮	深静脉血栓	总发生率	住院时间(d)
对照组	60	8(13.33)	5(8.33)	4(6.67)	17(28.33)	15.62±3.25
观察组	60	2(3.33)	1(1.67)	1(1.67)	4(6.67)	10.35±2.87
χ^2 / <i>t</i> 值	-	3.927	2.840	2.008	8.538	8.642
<i>P</i> 值	-	0.047	0.092	0.156	0.003	0.000

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种以持续气流受限为特征的可预防和治疗的疾病,其气流受限多呈进行性发展,与气道和肺组织对烟草烟雾等有害气体或有害颗粒的慢性炎症反应增强有关。老年患者因肺组织弹性减退、呼吸肌功能下降,更易进展为呼吸衰竭,表现为低氧血症伴高碳酸血症,严重时可诱发肺性脑病、心力衰竭等并发症,致残率和病死率居高不下^[2]。常规护理模式侧重于疾病症状控制,缺乏对患者功能康复、心理状态及社会适应能力的系统干预。随着生物-心理-社会医学模式的发

展,综合护理模式逐渐应用于临床,通过多维度干预满足患者整体需求。研究表明^[3],个性化护理干预可改善慢阻肺患者的运动能力和生活质量,但针对老年合并呼吸衰竭患者的系统研究较少,其具体干预措施及效果仍需进一步明确。

本研究结果显示,护理8周后观察组PaO₂高于对照组,PaCO₂低于对照组,FEV1%pred高于对照组(*P*<0.05)。这一结果证实综合护理模式能更有效改善老年慢阻肺呼吸衰竭患者的呼吸功能。其机制可能与以下因素有关:个性化呼吸训练通过腹式呼吸和缩唇呼吸增强膈

肌收缩力,提高潮气量,减少无效腔通气,从而改善气体交换效率。观察组中针对不同肺功能分级制定的训练方案,既避免了过度训练导致的呼吸肌疲劳,又保证了训练效果,使FEV1%pred提升更为显著。同时,呼吸操促进胸廓扩张,增加肺通气量,有助于排出潴留的二氧化碳,使PaCO₂下降更明显。综合护理中的氧疗管理更精细化,通过动态调整吸氧浓度维持最佳血氧饱和度,避免了长期高浓度吸氧引起的氧中毒或低浓度吸氧导致的缺氧加重^[4]。配合呼吸道护理中的雾化吸入与有效排痰,保持气道通畅,减少气道阻力,为气体交换创造有利条件,这也是观察组PaO₂提升更显著的重要原因。观察组护理后SF-36各维度评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。这表明综合护理模式能全面提升患者的生活质量。心理干预在其中发挥关键作用。老年慢阻肺呼吸衰竭患者因病情反复、活动耐力下降,易产生焦虑抑郁情绪,而观察组通过心理疏导和病友交流,有效缓解了负面情绪,使精神健康和情感职能评分显著提高。研究显示,心理状态改善可降低交感神经兴奋性,减少气道痉挛,间接改善呼吸功能,形成良性循环。营养支持的加强也是生活质量提升的重要因素。观察组采用的高蛋白、高维生素饮食及肠内营养支持,改善了患者的营养状况,增强了呼吸肌力量和免疫功能,使患者精力更充沛,生理功能评分提高。同时,家庭护理指导增强了患者及家属的照护能力,减少了因病情反复带来的心理压力,有助于社会功能的恢复^[5]。观察组并发症总发生率低于对照组,住院时间短于对照组($P < 0.05$),表明综合护理能有效减少并发症并促进患者早日康复。肺部感染发生率的降低主要得益于综合护理中的气道管理强化。定期雾化吸入、有效排痰及口腔护理减少了呼吸道病原菌定植,而营养状况改善增强了机体抵抗力,降低了感染风险。压疮和深静脉血栓发生率的下降与针对性预防措施密切相关。观察组采用的气垫床减压、骨突处保护及踝泵运动,改善了局部血液循环,减少了血栓和压疮形成

的诱因。对照组因预防措施单一,压疮和深静脉血栓发生率较高,延长了住院时间。住院时间的缩短是综合护理多环节作用的结果。呼吸功能改善减少了机械通气需求,并发症减少降低了治疗难度,生活质量提升增强了患者的康复信心,这些因素共同促进患者早日达到出院标准。同时,家庭护理指导确保了出院后的持续照护,避免了因护理不当导致的再入院,进一步缩短了总住院时间。

结束语

综上所述,综合护理模式通过个性化呼吸训练、心理干预、营养支持、家庭护理指导及并发症预防等多维度措施,能有效改善老年慢阻肺呼吸衰竭患者的呼吸功能,提高生活质量,减少并发症并缩短住院时间。该模式符合现代护理理念,值得在临床推广应用。然而,本研究的局限性在于样本量较小且为单中心研究,可能存在选择偏倚;观察时间较短,长期效果有待进一步追踪。未来可开展多中心大样本研究,探索不同护理模式对患者长期预后的影响,为制定更完善的护理方案提供依据。

参考文献

- [1]郑燕萍.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].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(2):323-324.
- [2]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.
- [3]郭静.护理模式在老年慢阻肺呼吸衰竭患者中的应用价值分析[J].妇幼护理,2025,5(4):951-953.
- [4]孙文祥.针对老年慢阻肺呼吸衰竭患者应用不同护理模式的价值比较分析[J].健康女性,2021(28):220.
- [5]吕婷娟,郝小丹,范艳妮,等.不同护理模式在老年慢阻肺呼吸衰竭病人护理中的实施效果探究[J].特别健康,2022(18):212-214.