

基于综合康复护理对1例老年慢阻肺急性加重期患者肺功能及运动耐力的影响研究

刘 伟

济宁市第一人民医院-呼吸与危重症医学科 山东 济宁 272000

摘 要：老年慢阻肺患者病程较长，肺损害逐渐加重，而急性加重期病情进展较快，且病情复杂，需强化护理支持，为患者提供综合康复护理干预，促进患者尽快康复。本院25-01-04 07入院的1例老年慢阻肺急性加重期患者，入院后给予抗感染、祛痰、平喘、降压、护胃、补钙、抗凝等对症及支持治疗，并积极应用综合康复护理，患者症状较前改善，经12天治疗后好转离院，下文总结了其综合康复护理经验，并观察了患者肺功能及运动耐力改善情况，旨在为该类药物临床护理提供一定参考依据。

关键词：综合康复护理；老年慢阻肺患者；急性加重期；肺功能；运动耐力

慢阻肺是临床常见的呼吸系统慢性疾病，患者病情反复发作，可造成呼吸系统功能的严重损害，并可累及其他脏器或系统，危及患者生命安全，需尽早干预治疗，并配合积极的康复护理措施，改善患者肺功能，增强其运动耐力，进而提升患者整体生活质量^[1,2]。综合康复护理是以患者为主体的综合性康复干预模式，有助于提升患者康复效果^[3,4]。为此，本院在老年慢阻肺急性加重期患者临床治疗中积极运用了综合康复护理模式，取得了良好的实施效果。本文选择1例老年慢阻肺急性加重期患者，对综合康复护理模式的应用情况进行了分析。患者李安庆，性别：男，年龄78岁，入院日期为2025-01-04 07时，病区为呼吸与危重症医学科（总院三四病区）。患者因反复咳嗽、咳痰20余年，加重伴憋喘3天入院。高血压病史2年余，神志清，精神一般，双肺呼吸音粗，可闻及哮鸣音。心律欠规整，偶可闻及早搏，胸部CT双肺间质性炎症，肺气肿、肺大泡；双肺小结节；双侧胸膜局部增厚；冠状动脉及主动脉钙化，甲状腺密度欠均；患者入院后给予抗感染、祛痰、平喘、降压、护胃、补钙、抗凝等对症及支持治疗，患者症状较前改善，经12天治疗后好转离院，现总结其重症护理体会如下。

1 病史摘要

胸部CT显示，患者双肺间质性炎症，肺气肿、肺大泡；双肺小结节；双侧胸膜局部增厚；冠状动脉及主动脉钙化；甲状腺密度欠均，建议结合超声检查：请结合临床，必要时进一步检查或复查。床旁心电图提示：1、窦性心动过速2、房性早搏3、肺型P波。2025-01-03急诊心电图检查提示：窦性心动过速，VI呈QS型，房性期前收缩，成对房性期前收缩，T波改变（V1、V2）。初步诊断

为：1.慢性阻塞性肺病伴有急性加重；2.肺源性心脏病；3.心律失常、窦性心动过速、房性期前收缩（房性早搏）；4.高血压病3级（极高危）；5.血糖升高；6.甲状腺结节；7.肺结节；8.肾结石；9.左侧腰疝可能；10.脑小血管病；11.脑萎缩；12.陈旧性脑梗死。经12天治疗后与综合康复护理后好转离院。

2 治疗经过

患者入院后影像学检查，诊断意见：双肺肺气肿、肺大泡；双肺间质性炎症；双肺多发小结节；双侧胸膜局部增厚；冠状动脉及主动脉钙化；肺动脉干稍粗；甲状腺所见，建议结合超声检查：请结合临床，必要时进一步检查或复查。2025-01-01注射用青霉素钠[80WU]皮试(-)抗感染治疗，并行胸部CT平扫+0.75薄层重建(64/128层CT)，2025-01-05开始激素治疗，注射用甲泼尼龙D[40mg]；2025-01-05 09:57 院内会诊 请心内科总院-病区会诊，并请内分泌科总院病区会诊，调整患者治疗方案。2025-01-07行血气分析检查、双侧下肢静脉彩超检查（含深、浅静脉）、床旁彩超检查，并行心脏彩超检查+心功能测定+室壁运动分析；2025-01-08，实施心梗五联治疗（总院急诊）（CTNI、MNYO、CK-MB、NT-ProBNP、D-D）；2025-01-11行静脉血栓栓塞风险评估，2025-01-12胸部CT平扫+0.75薄层重建(64/128层CT)。出院诊断：1.慢性阻塞性肺病伴有急性加重；2. II型呼吸衰竭；3.双肺间质性炎症；4.心功能不全；5.肺源性心脏病；6.血糖升高；7.心律失常；8.窦性心动过速；9.甲状腺密度欠均匀；10.脑萎缩；11.高血压病3级（极高危）；12.房性期前收缩（房性早搏）；13.不完全性右束支传导阻滞；14.脑血管病；15.陈旧性脑梗死；16.左侧腰疝可能；17.肾结石；

18.肺结节;19.非甲状腺病态综合征可能。患者病情好转,经过治疗后好转离院。

3 护理评估

患者耳廓正常,外耳道无分泌物;鼻外形正常,鼻腔内无脓性分泌物;口唇正常,口腔粘膜正常。扁桃体无肿大,无脓性分泌物;咽部无充血,无淋巴滤泡增生,颈部检查颈软,无抵抗。双侧颈动脉搏动正常,双侧颈静脉正常,肝颈静脉回流征阴性,颈部未闻及明显血管杂音,气管居中,甲状腺正常。胸部:桶状胸,无心前区膨隆。肺部:双肺呼吸音粗,有哮鸣音。心脏:心界正常,心音正常,律齐,心率89次/分,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。周围血管:无异常血管征。腹部:腹部平坦,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及杂音。脊柱:发育正常无畸形,生理弯曲存在。四肢:外形正常,活动正常,肌张力正常,四肢无明显水肿。无下肢静脉曲张,无杵状指趾,无指端肥大,足背动脉搏动正常。神经系统检查,生理反射:腹壁反射存在,角膜反射存在,双侧肱二头肌反射存在,双侧肱三头肌反射存在,双侧膝腱反射存在,双侧跟腱反射存在;病理反射:双侧巴彬斯基征阴性,双侧霍夫曼氏征阴性,双侧奥本海姆征阴性,双侧克氏征阴性、双侧布氏征阴性,双侧踝阵挛阴性,双侧髌阵挛阴性。血气分析:酸碱度7.46、二氧化碳分压42.00mmHg、氧分压77.00mmHg、钾离子4.10mmol/L、钠离子135.00mmol/L、离子钙1.19mmol/L、血糖7.60mmol/L、碳酸氢根29.90mmol/L、乳酸1.70mmol/L、 p_{aO_2} 20.50、 $A-A_{DO_2}$ 77、 $p_{A_{O_2}}$ 154.00、标准PH(7.4)离子钙1.22mmol/L、细胞外液剩余碱6.10mmol/L、全血剩余碱5.50mmol/L、体温37.00、吸氧浓度29.00、呼吸指数1.0。

4 护理问题

- 4.1 患者肺功能损害较为严重,呼吸道症状显著
- 4.2 患者个体运动耐力下降,综合康复护理要求较高。
- 4.3 受长期病情影响,患者负性情绪表现明显

5 护理目标

5.1 强化呼吸道管理,针对性护理,提升患者呼吸功能。

5.2 密切监测患者病情病变,积极采取针对性、预见性护理措施。

5.3 制定个体化心理护理方案,通过心理疏导改善患者负性情绪反应。

6 护理措施

基于患者病情,综合分析各方面临床资料,为患者制定针对性的护理及综合性康复护理干预措施。

6.1 个体化呼吸道管理

采取低流量吸氧模式,缓解患者血氧降低状态,密切观察患者临床症状和血气分析指标,及时调整吸氧参数。及时帮助患者清理口鼻及呼吸道分泌物。同时,配合雾化吸入治疗,促进痰液稀释,及时吸出痰液。适当抬高患者床头,减轻患者呼吸阻力。指导患者学习深呼吸后排痰,并采用叩击背部等方法,帮助患者排痰,避免痰液淤积。指导患者规范使用吸入性药物,缓解呼吸道高反应状态。

6.2 呼吸功能训练

指导患者进行腹式呼吸训练,将手放在腹部,感受腹部用力情况,经鼻努力吸气,直至达到最大状态,憋气3~5秒之后,慢慢吐出气体,回缩腹部,使气体完全释放,每次训练约15~20min,每日早晚各训练1次。指导患者呼吸训练时,放松身心状态。

6.3 早期主动与被动康复训练

发病急性期,帮助患者及时调整体位,并按摩肢体,改善肢体灵活度及不适感,随后帮助患者进行手腕肘部、下肢髋关节膝关节的被动屈伸、外展等训练,双侧肢体交替进行,每次训练时间为20~30min。患者肌肉力量改善后,可指导患者自行进行肢体的屈伸、外展等训练,同时进行直腿抬高抗阻训练,每次训练时间为20min,每日两次。根据患者病情和体征稳定性,灵活调整训练强度和时间,以患者不感觉疲劳和不适为宜。

6.4 日常生活能力训练

帮助患者坐起,观察其体征稳定性。患者适应后,可指导患者进行床上刷牙洗脸等自理活动训练,并指导患者扶床站立,逐渐延长站立时间。患者适应站立状态后,可搀扶患者进行短距离步行训练,每日早晚各一次,每次持续约5~15min,逐渐增加步行距离。

6.5 心理护理

密切观察患者的心理状态,以亲切友好的态度主动与患者发起对话,耐心倾听患者诉说,引导患者说出内心的烦闷、疑惑及各种问题,分析患者当前情绪状态和心理问题,给予针对性心理疏导。耐心向患者讲解慢阻肺的发病机制和身心影响,消除患者的病耻感,减轻患者思想负担,纠正其错误认知,缓解患者负性情绪反应。了解分析患者兴趣爱好,引导患者根据身体情况选择喜爱的运动锻炼方式,坚持适当运动,调节身心状态。

6.6 出院前指导

6.6.1 用药指导:布地格福吸入气雾剂,2喷,吸入用药,一天2次,用后漱口,呼吸科门诊复查调整;阿莫西林克拉维酸钾片,0.375g/次,每次1片,口服每8小时1

次,口服1周;强力枇杷露15ml/次,口服,一天3次,咳嗽好转可停用;甲泼尼龙片每次20mg/次,口服;奥美拉唑肠溶胶囊,每次10mg,口服每日1次;碳酸钙D3咀嚼片每次0.2g口服每日1次疗程:每日1次1周门诊复查减量。

6.6.2 注意事项:出院1周复查血常规、肝功、肾功、心肌酶、电解质、肌钙蛋白、BNP、甲功五项、心电图、复查胸部CT,呼吸内科随诊。患者慢性阻塞性肺疾病,建议规律药物治疗、家庭低流量氧疗(2L/min),1个月复查肺功能。随访复诊(周期1周)科室:呼吸内科、心内科、内分泌等。

7 护理评价

患者入院时病情危重,经过积极治疗与护理,患者呼吸道症状显著改善,患者咳嗽、咳痰较前改善,憋喘较前减轻,无发热,无胸痛,饮食睡眠可,神志清,精神可,双肺呼吸音粗,未闻及胸膜摩擦音,体征稳定,慢阻肺控制良好,肺功能与运动耐力显著改善,好转出院。

8 健康教育

采用模型和挂图向患者讲解慢阻肺急性发作期的主要机制,使患者科学认识慢阻肺疾病,并了解慢阻肺反复发作对于肺及其他脏器组织的损害,提高临床治疗重视程度。此外,结合患者病情讲解康复护理对于患者身心状态改善的良好作用,并举例说明,增强患者康复信心,引导患者积极配合康复训练和干预,提升整体治疗效果。同时,与患者家属沟通交流,指导其积极配合治疗,督促患者坚持康复锻炼。

饮食营养康复指导:①不宜饮咖啡、浓茶,禁忌辛辣刺激性食物。②适当活动,避免劳累、受凉,注意休息。③应食用清淡,少油腻、油炸食物,易消化的柔软膳食。④不吸烟不喝酒^[5]。

9 护理体会及结论

慢阻肺是老年人常见的呼吸系统疾病,急性加重期患者可出现呼吸困难、喘息气促、呼吸衰竭等问题,对肺功能损害较大^[6,7]。因此需积极强化康复护理支持,帮助患者改善肺功能,减少疾病对于患者个体的影响与危

害^[8]。为此,本院积极总结了慢阻肺患者急性加重期的护理需求和康复要点,为患者制定了综合化的康复护理措施,从心理、生理等不同层面入手,帮助患者改善肢体功能,提升运动耐力,取得了良好的实施效果,综合性康复护理的应用价值较高。在实际应用中,应根据患者的具体特征,对康复护理措施进行细化和调整,使之满足患者的个体需求,更好地促进患者尽快康复。

综上所述,综合康复护理干预有效提升了患者肺功能水平,促进患者运动耐力改善,临床应用可行性较强。

参考文献

- [1]柴敬霞,王太阳,贾海楠.多学科康复训练对慢阻肺患者肺康复及再入院的影响[J].航空航天医学杂志,2025,36(01):92-95.
- [2]李晶,贺莉莉,王培.针对性康复护理干预对慢阻肺呼吸衰竭患者生活质量的影响分析[J].中国防痨杂志,2024,46(S2):511-513.
- [3]贾明英,吴婷婷,许会娟,等.个性化身心诉求护理模式下的肺康复护理对老年慢阻肺患者症状改善及肺功能的影响[J].黑龙江医药科学,2024,47(06):185-186+189.
- [4]黄彩妹,陆柳雪,罗梅银,等.医院—社区—家庭延续护理对慢阻肺出院患者肺康复效果的Meta分析[J].右江民族医学院学报,2024,46(05):751-759.
- [5]王幸,李震,李彦芳.基于云平台的肺康复干预在慢性阻塞性肺疾病护理中的应用效果[J].临床医学工程,2024,31(10):1267-1268.
- [6]刘丽.肺康复训练+早期心脏康复护理对老年慢阻肺缓解期并慢性心衰患者心肺功能及生活质量的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(15):121-124.
- [7]胡亚莉.综合护理服务方案对慢阻肺患者肺功能指标、情绪及满意率的影响研究[J].中华养生保健,2024,42(14):132-135.
- [8]张飞,韩双庆,苏青,等.基于自我超越理论的呼吸运动康复护理对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响[J].中西医结合护理,2024,10(05):156-158.