

慢性阻塞型肺疾病合并自发性气胸行胸腔闭式引流临床观察及护理*

曾美霞, 王素梅, 王 瑶, 林晶晶(广东省深圳市龙华新区人民医院 518109)

【摘要】 目的 探讨慢性阻塞型肺疾病(COPD)合并自发性气胸(SP)行胸腔闭式引流治疗的护理方法。方法 选择 2010 年 9 月至 2013 年 4 月该院接诊的 COPD 合并 SP 患者 98 例,所有患者均行胸腔闭式引流治疗,将患者随机分为试验组和对照组,试验组治疗过程中给予系统化的护理,而对照组采取常规护理方式,治疗前后对患者的动脉血气分析[氧饱和度(SaO_2)、血氧分压(PaO_2)和二氧化碳分压(PaCO_2)]、呼吸频率(RR)、6 min 步行距离(6MWT)以及呼吸困难评分(MMRC)进行统计。**结果** 试验组干预后患者动脉血气分析明显优于对照组,且 RR 明显下降,6MWT 明显增加,MMRC 明显下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对于 COPD 合并 SP 行胸腔闭式引流的患者,系统化的护理措施能明显改善患者的心肺功能,减轻患者的痛苦,同时能缩短病程,有利于患者的病情康复。

【关键词】 慢性阻塞型肺疾病; 自发性气胸; 胸腔闭式引流

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1271-02

慢性阻塞型肺疾病(COPD)是一种严重并且普遍的呼吸系统疾病,常常伴随有呼吸衰竭症状,病情发展较慢,但会随着时间的深入而加重,甚至导致日常活动能力的丧失。目前为止已经是全球第 5 大致死疾病,每年都有百万人被诊断为 COPD。COPD 的临床表现主要有慢性咳嗽、咳痰、气短或者呼吸困难、喘息和胸闷,此外还有其他一些症状如精神抑郁,食欲缺乏,体重减轻等。自发性气胸(SP)是肺疾病常见的并发症,在男性患者中较女性患者更为常见,SP 往往是 COPD 发生的前兆。COPD 患者合并 SP 时,肺部功能受损加剧,对患者生命造成威胁。胸腔闭式引流术是治疗 SP 的最有效方式^[1],尤其对于合并 COPD 的患者,及时胸腔闭式引流治疗能明显降低患者的风险。本研究中作者通过对 2010 年 9 月至 2013 年 4 月在本院行胸腔闭式引流治疗 COPD 合并 SP 患者 98 例,给予细心周到的护理服务,并取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 9 月至 2013 年 4 月接诊的 98 例 COPD 合并 SP 患者,根据患者病史结合相关检查结果确诊为 COPD 合并 SP,所有患者均接受胸腔闭式引流治疗。其中男 65 例,女 33 例,年龄 46~84 岁,平均(65.2±12.1)岁。肺结核 28 例,肺大疱 70 例。将患者随机分为试验组和对照组,试验组患者中男 33 例,女 16 例,年龄 46~82 岁,平均(64.6±12.8)岁;对照组患者中男 32 例,女 17 例,年龄 47~84 岁,平均(65.8±11.4)岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 患者取半卧位,穿刺点取锁骨中线与第 2 肋间隙交叉,或第 4~6 肋间腋前线与腋中线之间,置入胸管,连接水封瓶引流气体^[2]。术后指导患者进行深呼吸,促进气体的排出,同时严密观察患者的体征及相应指标的变化。

1.3 护理方法 对照组患者仅采取常规护理措施,包括观察患者体温、症状变化,出现异常立即联系主治医师。试验组患者给予耐心周到的护理服务,包括心理干预、健康教育、胸腔闭式引流护理、术后并发症护理和术后健康指导等。

心理干预:COPD 合并 SP 病情反复,患者容易形成焦虑心理,不利于配合治疗和病情的恢复。医护人员应该注意观察患

者的情绪波动,及时对患者的病情进展向其进行解释,并讲解胸腔闭式引流治疗 COPD 合并 SP 的成功案例。使患者坚持治疗,以乐观积极的心态配合治疗。

健康教育:为患者讲解胸腔闭式引流的原理和应用情况,及在 COPD 合并 SP 患者的临床治疗中所具有的优势,本次治疗预期达到的疗效和患者术后的注意事项。将相关知识制作成精美的小册子发放给每位患者,患者通过阅读和医护人员的介绍,真正在心理上接受治疗,配合医护人员,减少因不了解新治疗方式而引起的焦虑和担忧。

胸腔闭式引流护理:观察水封瓶的波动情况,波动范围一般在 4~6 cm,如果波动过高则可能存在肺不张,如果不波动则可能是引流不畅或者肺完全复张引起^[3-4]。定期对引流导管、胸管和引流瓶之间的衔接部位进行检查,观察是否存在漏气的情况,出现异常情况,应该立即进行合适的处理。保持引流管的通畅,术后患者尽量取半卧位,此体位有利于呼吸和引流畅通,观察长管中的水注是否随着患者的呼吸节奏而上下波动,同时可以让患者深呼吸,水波浮动大小是胸腔大小和胸腔内负压大小的反应^[5]。若水柱不波动,同时患者有胸闷气促的表现,应该考虑引流管堵塞引起,此时应该立即查明原因,并迅速解决。

术后并发症护理:皮下气肿是 SP 常见的并发症^[6-7],大多数患者只需要进行胸腔闭式引流,对症治疗,嘱患者休息,同时吸入高浓度氧气,气肿气体将在 1 周内吸收。对于皮下气肿严重的患者,可以适当的调整切口缝线的张力并进行排气处理。术后患者不同程度上会出现疼痛感,术后第 1 天最明显,此时,护理人员应该主动与患者进行交流,倾听患者主诉,调整舒适体位,转移患者注意力,必要时给予口服布洛芬缓释剂,若手术后 3 d,患者疼痛加剧,则应该考虑是由于感染所致,此时要报告主治医师。

术后健康指导:吸烟史是 COPD 发生的重要危险因素。因此,术后要告诫患者戒烟,同时注意肺部基础疾病的治疗,术后 1 个月内尽量避免剧烈肺部运动,如剧烈喷嚏、咳嗽等。饮食方面,要多进食含蛋白质和纤维素丰富易消化的食物,防止出现便秘。出院后可以进一步进行康复训练,如缩唇呼吸训练

* 基金项目:广东省深圳市科技计划资助项目(20110602)。

等,可有效地改善患者肺功能。

1.4 观察指标 治疗前后对患者的动脉血气分析,包括氧饱和度(SaO₂)、血氧分压(PaO₂)和二氧化碳分压(PaCO₂),以及呼吸频率(RR)、6 min 步行距离(6MWT)和呼吸困难评分(MMRC)。

6MWT 试验时注意如下事项:行走时沿直线尽可能快速行走,避免快速转身和走环形路线,试验时医师不干扰患者,在 6 min 内如果患者出现疲乏、头晕、心绞痛、呼吸困难、出汗、面色苍白则停止试验。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 98 例 COPD 合并 SP 患者经过胸腔闭式引流治疗后,患者的喘憋现象立即在 3~8 min 内得到缓解,呼吸正常平稳。95 例患者经过夹管观察 24~36 h,肺部完全复张,确认无气胸现象后将引流管拔除。另外 3 例患者发生皮下气肿,再次引流数日后气肿消退。所有患者均康复出院。

2.2 两组患者护理干预前、后动脉血气分析比较 护理前、后对患者的 SaO₂、PaO₂ 和 PaCO₂ 进行统计,结果发现,试验组患者干预后与对照组干预后相比,SaO₂ 和 PaO₂ 明显上升,干预后 PaCO₂ 明显降低,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理干预前后动脉血气分析比较($\bar{x} \pm s$)

	SaO ₂ (%)	PaO ₂ (mm Hg)	PaCO ₂ (mm Hg)
试验组干预前	90.8 ± 5.6	65.4 ± 8.3	44.2 ± 6.5
干预后	95.2 ± 4.8*	73.4 ± 8.8*	38.3 ± 6.7*
对照组干预前	90.2 ± 5.3	66.1 ± 8.0	44.9 ± 6.2
干预后	92.3 ± 4.9	70.5 ± 6.9	40.1 ± 6.9

注:与对照组干预后相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者护理干预前、后 RR、6MWT 和 MMRC 比较 试验组患者干预后与对照组患者干预后相比,RR 和 MMRC 明显下降,6MWT 明显增加,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者护理干预前后 RR、6MWT 和 MMRC 比较($\bar{x} \pm s$)

	RR(次/分)	6MWT(m)	MMRC(分)
试验组干预前	15.8 ± 4.2	316.2 ± 44.3	2.3 ± 0.2
干预后	11.2 ± 3.8*	363.4 ± 62.4*	1.1 ± 0.3*
对照组干预前	15.4 ± 4.6	322.8 ± 42.5	2.5 ± 0.1
干预后	13.8 ± 4.0	338.3 ± 49.3	1.8 ± 0.3

注:与对照组干预后相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

COPD 一般在中老年阶段被诊断出来,该疾病不具有传染性,目前也还没有完全治愈的方法。但是治疗方式优化和生活方式的改变能减缓 COPD 的发展进度。胸腔闭式引流可有效改善患者的通气和换气功能,提高气体的交换效率,从而改善患者的肺功能^[8-9]。尽管胸腔闭式引流在 COPD 合并 SP 患者

的治疗中具有显著优势,但是在治疗过程中,对患者的护理提出了很高的要求,只有在高质量护理服务的支持下,患者才能取得更为满意的疗效。

研究表明,COPD 合并 SP 患者通过有效地护理可以大大提升患者的 RR。本次研究通过对试验组患者采取系统化护理,而对照组采取常规护理。结果发现,经过系统化的护理后患者与仅经过常规护理的患者相比,其 SaO₂ 和 PaO₂ 明显上升,PaCO₂ 明显降低,同时 RR 也明显下降。说明系统化的护理干预明显地改善了患者的呼吸困难。

MMRC 可以准确的预测患者的死亡风险,且与其他呼吸困难评分标准及生活质量评价标准相比具有更佳的关联性,目前广泛应用于慢性呼吸系统疾病的流行病学调查和临床诊治中。6MWT 也已广泛应用于 COPD 患者运动耐力的评估、病情变化的监测、治疗效果以及死亡风险的评价。本次研究也选取上述两项指标作为患者呼吸功能改善的评价依据。结果发现,系统化护理后,患者 MMRC 评分与常规护理患者的评分相比较明显下降,6MWT 明显增加。也充分地说明了系统化的护理干预在 COPD 合并 SP 行胸腔闭式引流的患者的护理中所具备的优势。

综上所述,对于 COPD 合并 SP 行胸腔闭式引流的患者,细心周到的护理服务能明显改善患者的心肺功能,减轻患者的痛苦,同时能缩短病程,极大地有利于患者的病情康复。

参考文献

- [1] Contou D, Razazi K, Katsahian S, et al. Small-bore catheter versus chest tube drainage for pneumothorax[J]. Am J Emerg Med, 2012, 30(8):1407-1413.
- [2] 李圣凤. COPD 并发自发性气胸行胸腔闭式引流术后的护理[J]. 蛇志, 2009, 21(4):320-321.
- [3] 邓旭. 慢性阻塞性肺病并发自发性气胸行胸腔闭式引流的护理[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17):97.
- [4] 余京融, 陈红艳. 慢性阻塞性肺疾病患者的护理[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(21):2660-2662.
- [5] Otten M, Schwarte LA, Oosterhuis JW, et al. Hypercapnic coma due to spontaneous pneumothorax: case report and review of the literature[J]. J Emerg Med, 2012, 42(1):e1-e6.
- [6] 钟艳华. 胸腔留置中心静脉导管的临床护理[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(2):168-169.
- [7] 王美锦, 杜娟. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的护理[J]. 贵阳医学院学报, 2011, 36(5):542.
- [8] 丁玉荣, 金娟, 孙林花. COPD 合并自发性气胸行胸腔闭式引流治疗的观察及护理[J]. 中外医学研究, 2011, 9(20):79-80.
- [9] Heslop K, De Soyza A, Baker CR, et al. Using individualised cognitive behavioural therapy as a treatment for People with COPD[J]. Nurs Times, 2009, 105(14):14-17.

(收稿日期:2013-09-17 修回日期:2013-11-25)