

预防导管脱落;加强固定导管,定期检查,发现问题及时处置;定期更换敷贴时将体外导管“s”型或弧形固定;同时指导患者正确的穿、脱衣技巧,加强健康宣教。

3.2.5 导管堵塞 导管扭曲、受压或封管方法不当等原因是致使导管堵塞的主要原因。预防措施:每次输液完毕及化疗间期,用浓度为 10~100 U/mL 的肝素稀释液 10 mL 以上行正压脉冲冲管,禁止暴力冲管,防止栓塞形成,避免 PICC 导管采血;按照药品的性质依次输液,告知患者及其家属及时维护导管。

PICC 具有操作简单、安全、创伤小、留置时间长的特点。在减轻肿瘤化疗患者反复静脉穿刺的痛苦的同时,极大地减少了化疗药物的渗漏危险和对患者血管的损伤,为肿瘤患者提供了一条安全、无痛、持久性的静脉通路,尤其适用于需长期治疗且血管条件差的肿瘤患者^[10]。由于导管长时间放置带来一系列的置管并发症,因此护士应规范操作,及时观察和发现问题,采取有效措施,减少并发症的发生,延长置管时间,才能使患者顺利完成整个化疗过程,从而提高护理质量,提高患者生存质量。随着输液相关技术的不断改进,在未来 PICC 的应用领域中,各种新的操作及维护方法一定能够极大地减轻并发症的发生,减少患者的痛苦,为肿瘤患者提供更多的安全、有效、简单易行的治疗途径。

参考文献

[1] 张峰,古丽妍,付社竹.外周静脉 PICC 置管在肿瘤化疗患

者中的应用及护理[J].当代护士,2012,12(6):76-78.
[2] 潘玉燕,周霞,洪慧.PICC 置管在肿瘤化疗患者中的应用及护理[J].基层医学论坛,2013,17(33):4392-4394.
[3] 吕娅.PICC 导管在恶性血液肿瘤患者中的应用及护理[J].昆明医学院学报,2009,30(11):147-147.
[4] 赵艳,黄知秀,任红波,等.血液肿瘤 8 例化疗中 PICC 置管术的应用和护理[J].中国误诊学杂志,2009,9(8):1941-1942.
[5] 黄桂云,黄知秀,任红波,等.血液肿瘤化疗患者应用 PICC 的整体护理[J].昆明医学院学报,2009,30(12):160-161.
[6] 张明月.肿瘤患者 PICC 后的护理[J].哈尔滨医药,2013,33(6):501.
[7] 杨莉.PICC 导管在血液病房的管理和应用[J].中国医学创新,2009,6(23):131-132.
[8] 叶玲荣,徐勤荣,余丽娟,等.PICC 在血液肿瘤患者中的应用及常见并发症对策[J].中国现代医生,2011,49(26):110-112.
[9] 万洪果,程贤敏,刘桂华.96 例 PICC 置管患者并发症原因分析及防护[J].西南军医,2013,15(6):683-684.
[10] 陈慧.PICC 置管在肿瘤化疗患者中的应用及护理[J].医学临床研究,2013,30(7):1449-1451.

(收稿日期:2014-06-09 修回日期:2014-11-01)

延续护理干预改善慢性阻塞性肺疾病患者生存质量的效果研究

桑建英,王 峥,高丽婷(江苏省无锡市第九人民医院内科 214062)

【摘要】 目的 探讨延续护理干预改善慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者生存质量的效果。**方法** 选取 COPD 患者 106 例,随机分为观察组和对照组,每组 53 例。对照组患者给予常规护理。观察组患者在对照组的基础上给予延续护理。对两组患者治疗前后生存质量进行观察。**结果** 治疗后,观察组患者体质量指数为(19.45±2.23) kg/m²,明显高于对照组的(18.38±2.19) kg/m²,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者疾病影响、活动受限、症状、总评分分别为(27.19±13.16)分、(47.37±16.26)分、(29.28±16.74)分、(33.75±12.91)分,均优于对照组的(37.93±13.53)分、(57.73±16.62)分、(39.82±16.47)分、(43.57±12.08)分,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者 GHQ-12 评分为(12.07±1.38)分,明显优于对照组的(13.34±1.28)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组心理障碍患者比例为 7.55%,明显低于对照组的 37.73%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 延续护理干预可显著提高 COPD 患者的生存质量,值得推广。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 延续护理; 生存质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)02-0260-03

慢性阻塞性肺疾病(COPD)在临床中比较常见,有较高的发病率和病死率,近年来临床收治的 COPD 患者数量有逐年增多的趋势。临床上 COPD 患者主要表现为易疲劳、耐力下降、咳痰、咳嗽和呼吸困难等。COPD 可导致患者逐渐丧失劳动力,严重时肺源性心脏病和呼吸衰竭都有可能发生,应引起临床的重视。临床中 COPD 的治疗效果并不十分理想,患者易产生一定的心理障碍,如抑郁、焦虑、自责、自卑等,患者的生存质量受到较为严重的影响。研究表明,给予 COPD 患者一定的护理能在一定程度上提高患者的生活质量。延续护理是 20 世纪末逐渐发展起来的一种较新的护理模式,延续护理与

传统护理不同,其强调患者所接受的护理服务具有较高的连续性,以体系的设计制订出的护理措施可有效确保患者出院后接受的护理服务与其在住院期间接受的护理服务保持连续性,更有利于提高患者的生存质量^[1-2]。本研究采用延续护理干预和常规护理的对照研究,对延续护理干预在 COPD 患者护理中的效果进行了探讨。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 8 月来本院治疗的 COPD 患者 106 例,其中男 80 例,女 26 例;年龄 48~88 岁,平均(71.72±9.54)岁。纳入标准:经诊断确诊为 COPD 者;可

保持随访者;意识清楚且同意进行本次研究者。排除标准:合并支气管哮喘患者;其他严重疾病;有肺切除、移植、减容史者。采用数字法将 106 例患者分为观察组和对照组,每组 53 例。两组患者在性别、年龄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 对照组患者给予常规护理,主要包括:基础护理、健康教育、心理护理、用药护理以及出院指导等。

观察组患者住院期间接受的护理与对照组相同,出院后接受延续护理,具体如下:(1)成立 COPD 延续护理专门小组。该小组成员共 7 名,有 1 名护士,其主要领导并负责该延续小组的工作。各小组成员均经过 COPD 相关知识与护理的培训,并熟练掌握相关技能。各小组人员共同完成 COPD 患者的评估以及护理措施的制订与实施工作^[3]。(2)制订具体延续护理方案。出院前 1 周:①测定患者体质量指数,对患者 SGRQ 评分及 GHQ-12 评分调查,评估患者健康行为、生理、心理、社会、环境等。②与患者进行沟通交流,了解其需求,根据不同情况给予适合患者的健康指导与教育,并制订具体的延续护理措施,包括氧疗、腹式呼吸、自我松弛、上肢运动、登梯、步行等家庭康复锻炼的频率和时间。出院后:出院后第 3 天及 4、6、8 周给予患者电话随访,出院后 3 周由医护小组医护人员上门对患者进行随访,并于患者出院 3 个月后调查患者体质量指数、SGRQ 评分及 GHQ-12 评分。(3)出院前指导。出院前 1 周由延续护理小组的医护人员对 COPD 患者进行一对一的出院指导。①心理护理:医护人员多与患者进行沟通,了解患者的心理状态,鼓励、支持关心患者,切实解决患者所遇到的困难,将成功治疗的案例分享给患者,增强患者治疗信心和决心。鼓励患者自己动手完成日常生活中力所能及的一些事情,使患者自理能力提高,增强患者在生活中的角色感。②腹式呼吸锻炼:指导患者每天进行 2 次腹式呼吸训练,每次 12 min 左右,取患者舒服体位,放松全身,腹部放松状态下吸气,隆起腹部,腹肌收缩状态下呼气,使腹部凹下,可根据需要在呼气时使用双手压按腹部和肋下,以使腹肌进一步收缩,使气呼尽。③康复运动:提醒患者每天进行 2 次上肢运动、爬楼梯、步行等康复运动,每次 20 min 左右,医护人员应指导患者学会如何正确进行上述康复运动,并向患者发放有相关康复运动方法、频率和时间的宣传手册,利于患者掌握。④氧疗:提醒患者每日吸氧应超过 15 h,吸入氧浓度为 1~2 L/min 为宜,运动前、饭前及夜间是吸氧较为合适的阶段。⑤营养支持:提醒患者进食原则为少量多餐、多饮水、少盐少糖,选择那些碳水化合物含量低、适量维生素和矿物质、适量脂肪、高纤维、高蛋白的食物,若患者餐前或餐后明显感觉缺氧,可作吸氧治疗^[4]。(4)电话随访。

表 2 两组 SGRQ 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	<i>n</i>	阶段	疾病影响	活动受限	症状	总评分
观察组	53	干预前	48.63±19.94	72.34±19.16	58.36±18.19	57.67±16.09
		干预后	27.19±13.16*#	47.37±16.26*#	29.28±16.74*#	33.75±12.91*#
对照组	53	干预前	48.69±19.98	72.39±19.18	58.37±18.21	57.49±16.43
		干预后	37.93±13.53*	57.73±16.62*	39.82±16.47*	43.57±12.08*

注:与组内干预前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$ 。

2.3 两组 GHQ-12 评分比较 治疗后两组 GHQ-12 评分明

出院后第 3 天及 4、6、8 周给予患者电话随访,对患者所处的环境、健康行为、家庭康复训练、社交心理方面、COPD 症状等方面进行评估,根据评估结果给予患者适当的健康指导和教育。(5)上门随访。出院后 3 周由医护小组医护人员上门对患者进行随访,观察患者所处的家庭环境及康复训练进行的程度与效果,并给予患者进行现场健康指导,如指导患者如何在家正确进行吸氧治疗,检查患者对各种糖皮质激素的吸入器方法是否正确以及仪器是否合适,评价患者进行的腹式呼吸训练,指出不足,进一步增强患者自理能力,提高患者治疗依从性,解答患者及家属遇到的问题等。鼓励、支持患者家属等社会力量切实关心、照顾患者,使患者感受到爱,信心增强,使患者逐渐保持积极向上的心态^[5]。

1.3 观察指标 对两组治疗前后患者生存质量情况进行观察。生存质量由患者的体质量指数、SGRQ 评分及 GHQ-12 评分确定。体质量指数=患者体质量(kg)/身高的平方(m²)。SGRQ 评分采用问卷调查的方式,对患者从疾病影响、活动受限以及症状 3 个项目进行评分,每个项目为 0~100 分,3 个项目的平均分作为 SGRQ 最终评分。GHQ-12 评分即应用 12 项一般健康问卷对患者进行调查,共 12 个项目,每个项目分值为 0 分或者 2 分,最高分 24 分,得分越高,表明患者心理状况越差,本研究中若 GHQ-12 评分不小于 13 分,表明患者存在心理障碍,若 GHQ-12 评分小于 13 分,则患者无心理障碍。

1.4 统计学处理 以 SPSS17.0 对数据进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较以 *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 两组体质量指数比较 治疗后,两组体质量指数明显增加,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组体质量指数明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组体质量指数比较($\bar{x}\pm s$,kg/m²)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	53	17.61±2.46	19.45±2.23*#
对照组	53	17.49±2.28	18.38±2.19#

注:与组内干预前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$ 。

2.2 两组 SGRQ 评分比较 治疗后,两组患者疾病影响、活动受限、症状、总评分明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组 SGRQ 评分各项明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组 GHQ-12 评分

明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 GHQ-12 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	53	14.19±1.29	12.07±1.38* [#]
对照组	53	14.21±1.31	13.34±1.28*

注:与组内干预前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.4 两组心理障碍患者比较 治疗后两组心理障碍患者比例明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组心理障碍患者比例明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组心理障碍患者比例比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	53	35(66.04)	4(7.55)* [#]
对照组	53	35(66.04)	20(37.73)*

注:与组内干预前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

多数 COPD 患者由于各种原因生存质量受到一定程度的影响,其中生存质量受到活动能力的影响最大,心理障碍和社会能力减弱对生存质量的影响次之^[6]。本研究中,干预前 COPD 患者活动受限评分为(72.34±19.16)分,与上述结论相符。目前临床中 COPD 患者出院后,多数仅获得较为有限的出院指导和电话随访,护理效果有限。本研究中,观察组 COPD 患者出院后接受延续护理,医护人员对患者进行有针对性、反复的健康指导和教育,使患者对 COPD 的认识和自我照顾能力提高,同时医护人员在随访过程中可有效观察患者肺康复完成情况,使肺康复指导在患者出院后仍能得到有效维持,可在一定程度上改善患者肺功能,提高患者的生存质量^[7-10]。本研究中,干预后观察组患者疾病影响、活动受限、症状、总评分明显下降($P<0.05$),且下降幅度超过对照组($P<0.05$),表明延续护理可明显降低 SGRQ 各项评分,提高患者生存质量。

研究表明,COPD 患者是一种身心疾病,患者除承受身体痛苦外,病程的长短、病情的严重程度、家庭收入、社会支持多少以及年龄的大小等因素还常使 COPD 患者出现多种不良情绪,如性格偏执、恐惧、敌对、烦躁、焦虑、沮丧自责、情绪低落等。上述不良情绪可进一步加重患者病情,影响 COPD 患者各种康复训练的效果,降低了患者的生存质量^[11]。本研究中,干预前两组患者存在心理障碍患者的比例为 66.04%,表明多数 COPD 患者存在一定程度的心理障碍。本研究中,对观察组患者进行多次随访,电话随访与上门服务相结合,通过指导患者进行放松情绪练习以及鼓励、安慰和耐心疏导患者等一系列的方式,加强了患者与医护人员的沟通,使患者更加清晰认识到自身存在的不良情绪,同时鼓励、支持患者家属等社会力量切实关心、照顾患者,使患者感受到爱,信心增强,使患者逐渐保持积极向上的心态^[12]。本研究中,干预后观察组心理障碍患者所占比例大幅降低为 7.55%($P<0.05$),且明显低于对照组的 37.73%($P<0.05$),表明延续护理可明显改善 COPD 患者的不良情绪。

COPD 患者常伴有营养不良,发病后体质量会不断下降,有研究结果表明,COPD 患者发生进行性体质量下降的比例超

过 60%^[13]。本研究中,观察组干预前患者体质量指数为(17.61±2.46)kg/m²,存在一定程度的营养不良,影响了患者的生存质量。因此,在药物治疗 COPD 患者的基础上,医护人员应加强患者的营养摄入,改善患者饮食结构。本研究中,通过 3 个月的延续护理中相关的营养干预,观察组患者体质量指数升高为(19.45±2.23)kg/m²($P<0.05$),且高于对照组的(18.38±2.19)kg/m²($P<0.05$),表明延续护理可改善患者的营养不良状况。

综上所述,给予 COPD 患者延续护理干预可显著提高患者的生存质量,值得推广与使用。

参考文献

[1] 李若白,杨丽松.慢性阻塞性肺疾病患者预后影响因素的研究进展[J].中国实用护理杂志,2014,30(1):47-49.

[2] 赵琳,崔妙玲,王自秀,等.跨理论模型的健康教育对慢性阻塞性肺疾病患者自我管理的影响[J].中国实用护理杂志,2013,29(35):14-16.

[3] 吴晓冰,邓妙贞,李桂芬,等.慢性阻塞性肺疾病缓解期患者疾病自我管理模式的建立及效果评价[J].中国实用护理杂志,2013,29(31):19-22.

[4] Wang Y,Zang XY,Bai J,et al. Effect of a Health Belief Model-based nursing intervention on Chinese patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease;a randomised controlled trial[J]. J Clin Nurs, 2014,23(9/10):1342-53.

[5] Oki Y,Fujimoto Y,Matsumura T,et al. Long-term effect of home-visiting nursing on chronic obstructive pulmonarydisease (COPD)-3-year follow-up survey of visiting nursing programs[J]. Respiriology, 2013, 18 (Z4): 177-179.

[6] 李佳梅.延续护理对慢性阻塞性肺疾病患者生存质量的影响[J].中华护理杂志,2012,47(7):603-606.

[7] 张井宣.延续护理对慢性阻塞性肺疾病患者生存质量的作用[J].国际护理学杂志,2013,32(2):338-339.

[8] Kangovi S,Grande D. Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission[J]. Chest,2014, 145(1):149-155.

[9] 刘宏,李霞,赵爱丽,等.慢性阻塞性肺疾病的延续护理效果研究[J].中国全科医学,2013,16(8):867-869.

[10] 王少玲,符始艳,周家仪,等.慢性阻塞性肺疾病患者的延续护理[J].中华护理杂志,2011,46(8):758-760.

[11] 余艳,崔焱,刘玉环,等.延续性护理对 COPD 稳定期患者自我效能及生活质量的影响[J].实用临床医药杂志, 2013,17(18):78-81.

[12] 陕海丽,王妮娜,支楠,等.延续性健康教育对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量的影响[J].解放军护理杂志,2013, 30(10):74-76.

[13] 周志红,严谨.团体活动式延续护理对慢性阻塞性肺疾病患者自我效能的影响[J].护理学杂志,2013,28(23):4-6.