

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 02. 022

慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭患者无创正压机械通气治疗的护理^{*}

符梦楠,钟婉红

(海南省海口市第三人民医院呼吸内科 571100)

摘 要:**目的** 探讨慢性阻塞性肺疾病(COPD)伴呼吸衰竭患者无创正压机械通气治疗的护理方法。**方法** 选择在该院呼吸与危重症医学科实施无创机械通气治疗的 COPD 伴呼吸衰竭患者 68 例,按照入院日期分为对照组(36 例)和观察组(32 例),两组患者均给予无创正压机械通气治疗,对照组给予常规护理干预,观察组由危重症专职护理小组进行规范化护理干预,比较两组干预效果。**结果** 治疗后两组患者动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、血氧饱和度(SpO₂)值与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$),且治疗后观察组 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 水平优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分明显较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者总满意度(94.44%)高于对照组(68.75%),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组皮肤损伤、口腔干燥及胃胀气发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 无创正压机械通气治疗 COPD 伴呼吸衰竭有较好的临床疗效,结合规范化护理干预后可提高 COPD 伴呼吸衰竭患者的治疗效果及满意度,值得临床推广应用。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 呼吸衰竭; 无创机械通气; 护理干预

中图法分类号:R563.8 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)02-0217-04

无创正压机械通气是治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)伴呼吸衰竭最有效的手段,可有效纠正患者缺氧和 CO₂ 潴留,帮助患者度过呼吸功能障碍的危险期^[1],同时还可减轻患者的呼吸肌疲劳,降低患者病死率。但无创正压机械通气的治疗效果除了与通气技术相关外,还与护理配合密切相关^[2]。笔者对本院应用无创正压机械通气治疗的 COPD 伴急性呼吸衰竭患者给予规范化护理干预,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 选取本院 2014 年 6 月至 2016 年 6 月收治的 68 例 COPD 合并呼吸衰竭患者作为研究对象。按照入院日期分为两组,对照组(2014 年 6 月至 2015 年 6 月)36 例,观察组(2015 年 7 月至 2016 年 6 月)32 例。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。见表 1。本研究经医院伦理委员会同意,所有研究对象均签署知情同意书。

表 1 两组患者一般资料比较[n(%)或 $\bar{x}\pm s$]

项目	n	性别		年龄 (岁)	体质量 (kg)	体质量指数 (kg/m ²)	文化程度		婚姻状况		
		男	女				初中及以下	高中及以上	已婚	未婚	丧偶/离异
观察组	32	19(59.37)	13(40.63)	61.54±4.27	66.09±12.28	37.70±3.62	20(62.50)	12(37.50)	19(59.38)	1(3.12)	12(37.5)
对照组	36	21(58.33)	15(41.67)	60.12±4.35	67.84±12.15	36.98±3.47	22(61.11)	14(38.89)	22(61.11)	0(0.00)	14(38.89)
χ^2 或 t		1.062		0.718	0.793	0.573	0.793		1.035		
P		>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05		>0.05		

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)年龄≥18 岁,能独立完成本研究调查问卷。(2)所有患者均符合 COPD 合并呼吸衰竭的诊断标准^[3],包括①慢性咳嗽、咳痰或伴喘息每年累计 3 个月,持续 2 年以上;②肺功能检查提示阻塞性通气功能障碍,即 1 秒用力呼气容积(FEV1)/用力肺活量(FVC)<70%;③静息状态下海平面吸空气时动脉血氧分压(PaO₂)<60 mm Hg,伴或不伴动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)增高(>50 mm Hg)^[4]。

(3)无特大疾病和精神障碍史,能配合通气治疗。(4)患者血流动力学稳定,上呼吸道结构完整。

1.2.2 排除标准 (1)合并其他主要脏器功能障碍者;(2)呼吸明显受到抑制;(3)配合性差,不愿意听从医务人员的指导和安排;(4)严重胃肠胀气;(5)患有肺部感染者。

1.3 方法

1.3.1 治疗方案 两组患者均给予平喘、吸氧、抗感染等治疗,必要时吸入激素,避免使用止咳、祛痰及免

^{*} 基金项目:海南省自然科学基金资助项目(2012-812172)。

疫调节剂^[5]。均采用 BiPAP 呼吸机(澳大利亚瑞思迈生产)治疗,型号为 IPAP,工作模式:S/T 模式,白天 1~2 次,每次 1~2 h;夜间睡眠持续应用 5~8 h。BiPAP 呼吸机参数设置:使 IPAP 和 PEEPi 的最主要参数的设置必须要符合患者呼吸力学及患者个体需要,以防止通气压力放大的失控和通气压力振荡现象的出现,故在使用 BiPAP 呼吸机时护理人员必须密切观察压力-容量曲线变化,并确定其含义,以防止通气不足或通气过度^[6],从而保证患者通过程中的舒适度。(2)氧浓度的调节。通气时根据 30-60-90 规则,采用“滴定调节”方式对吸入的氧气中氧浓度分数(FiO₂)进行调整,以维持患者血氧饱和度(SpO₂) 在 88%~93%。若 SpO₂<83%时,逐步调高 FiO₂,若 SpO₂>93%时,逐步降低 FiO₂,时刻保证患者通气的正常进行^[7]。

1.3.2 护理方案 给予对照组患者传统常规护理,如遵医嘱给予吸氧、静脉滴入营养液、翻身、拍背及生命体征监测等常规护理。对观察组患者进行规范化护理:(1)心理干预。要求护理人员每天到自己所负责的患者床旁进行一对一的沟通交流,掌握患者性格特征及心理情绪变化,并制订具有针对性的积极心理干预措施,以减轻患者心理压力,建立良好的护患沟通关系,提升患者对医护人员的信任,更好地配合治疗^[8]。同时,通过现场指导、发放宣传资料等方法开始健康教育,对一些由于各种原因不能接受教育的患者,可把教育对象扩展到家属。(2)营养支持。对治疗期间不能进食或进食情况较差的 COPD 患者在治疗早期根据患者情况给予静脉补充营养,必要时给予肠内营养支持,并注意维生素及钾等的补给。(3)居家指导及护理。出院前,护士指导患者及家属掌握无创呼吸机的消毒、保养及操作方法,熟悉无创通气的参数及模式调节与监测。并于患者出院 1 个月内,每周进行电话随访 1 次,由专职护士或医生进行。

若出现电话无法解决的问题随时上门指导^[9]。于干预前后分别抽取两组患者桡动脉血进行血气检测分析。

1.4 观察评定指标

1.4.1 观察指标 两组患者干预前后的血液酸碱度(pH)、PaO₂、PaCO₂、SpO₂。

1.4.2 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)评估患者的焦虑状况。50~60 分:轻度焦虑;>60~70 分:中度焦虑;>70 分:重度焦虑。标准分越高,焦虑程度越严重。量表的 Cronbach's α 系数为 0.892。

采用抑郁自评量表(SDS)评估患者的抑郁状况。轻度抑郁:50~59 分;中度抑郁:>59~69 分;重度抑郁:>69 分。标准分越高,抑郁程度越严重。量表的 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.4.3 满意度 患者满意度分为满意、一般、不满意 3 个维度。患者满意度通过自编问卷进行调查,问卷主要包括医护人员服务态度、护理质量、护理水平、抢救及时性、医护人员对患者生命的重视等方面的调查项目,问卷经 5 名护理专家评定。每组满意度=满意人数/每组总人数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计软件对研究数据进行分析。计数资料以率或例数表示,组间比较采用 χ² 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 血气分析 随着治疗过程的进行,对照组出现死亡病例 2 例,观察组出现死亡病例 1 例。干预前两组患者血液 pH、PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 比较差异无统计学意义(*P*>0.05),干预后两组患者 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 与干预前比较差异均有统计学意义(*P*<0.05),且干预后观察组 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 优于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 两组患者血气分析指标比较($\bar{x} \pm s$)

项目	<i>n</i>	血液酸碱度(pH)		PaO ₂ (mm Hg)		PaCO ₂ (mm Hg)		SpO ₂ (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	32	7.26±0.06	7.40±0.04	57.22±4.84	90.11±5.88	67.35±6.29	45.58±9.96	89.30±4.75	96.08±7.04
对照组	36	7.25±0.07	7.33±0.03	55.09±5.08	72.03±6.02	68.26±6.44	56.61±10.05	88.91±4.67	89.96±6.85
<i>t</i>		0.628	8.219	1.764	12.497	-0.588	-4.545	0.341	3.630
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 两组患者心理状态比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	<i>n</i>	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	32	57.41±11.93	21.77±8.61 ^a	57.89±11.55	33.90±9.06 ^a
对照组	36	55.21±10.94	30.11±7.57 ^a	59.33±12.72	39.88±11.02 ^a
<i>t</i>		0.793	-4.251	-0.486	-2.426
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与组内干预前比较,^a*P*<0.05

2.2 两组患者心理状态比较 对两组患者采取治疗和护理干预后 SAS 评分和 SDS 评分均明显下降,差异均有统计学意义($P<0.05$)。且观察组在全面护理干预后的 SAS 评分和 SDS 评分明显较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.3 两组存活患者满意度比较 对照组患者总满意度低于观察组,差异有统计学意义($\chi^2=7.696, P<0.05$),见表 4。

表 4 两组存活患者满意度比较[n(%)]					
组别	n	满意	一般	不满意	总满意度
对照组	32	22(68.75)	6(18.75)	4(12.50)	68.75
观察组	36	34(94.44)	2(5.56)	0(0.00)	94.44*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.4 两组存活患者并发症比较 观察组皮肤损伤、口腔干燥及胃胀气发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组存活患者并发症发生率比较[n(%)]				
项目	n	皮肤损伤	口腔干燥	胃胀气
对照组	32	10(31.25)	8(23.53)	9(28.13)
观察组	36	3(8.33)	2(5.56)	1(2.78)
χ^2		5.754	5.107	8.677
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

COPD 合并呼吸衰竭患者的年龄一般较大,有多种基础疾病,肺功能差,易导致慢性呼吸肌疲劳,引起严重的低氧血症和 CO₂ 潴留,进而加重各组织器官缺血、缺氧,引发多系统器官功能损害^[7]。近几年,随着我国大部分地区雾霾的加重,COPD 伴呼吸衰竭的发病率也持续增加,无创正压机械通气是治疗 COPD 伴早期呼吸衰竭的有效手段之一,较其他通气模式更接近生理状态,治疗过程中可保留患者吞咽、咳痰等生理功能,可避免气管切开或插管,安全有效,患者依从性好。但由于 COPD 合并早期呼吸衰竭患者存在较严重的低氧血症及低碳酸血症,治疗时配合程度差,所以规范的护理管理是保证无创机械通气治疗成功的关键因素。陈丽芳等^[10]研究显示,对无创正压机械通气治疗的 COPD 伴急性呼吸衰竭患者进行有效的护理,可促进患者康复,降低病死率,提高生活质量。徐巧仙^[11]报道也显示,舒适护理可提高 COPD 治疗效果,缩短康复时间。

本研究对 COPD 合并呼吸衰竭患者采取无创正压机械通气治疗的同时给予规范化护理配合,结果显示,干预后两组患者 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 较干预前有改善,差异有统计学意义($P<0.05$),且干预后观察组 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),与以往研究结果一致^[12]。表明无创正压机械通气能够有效治疗 COPD 及呼吸衰竭,减少呼吸

功能的损耗,改善血气指标,减少呼吸肌的疲劳和气道阻力。而本研究规范了无创正压机械通气的护理流程,对通气过程实施跟踪督导,注重每个护理环节,加强巡视及观察,定时监测血气分析结果,发生异常及时处理,从而更好地维持了患者内环境的稳定。

COPD 伴呼吸衰竭患者因呼吸困难,易出现紧张、恐惧、消极等不良心理状态,严重者可放弃治疗,等待死亡。另外,由于患者多为老年人,身体免疫功能有所下降,对疾病的抵抗能力较差,从而造成治疗效果在短期内不明显,这样也会导致患者心理上产生不同程度的消极情绪,因此心理干预是保证患者治疗的基础。本研究观察组患者在护理干预过程中要求责任到人,每位护理人员负责固定的患者,患者无创正压机械通气前后均采取一对一的交流方式,到患者床前进行心理疏导与教育,使干预后的患者心理状态均得到不同程度的改善,观察组患者的改善情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。同时,表 4 结果显示,观察组患者总满意度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明规范化护理能够有效地促进心理沟通及健康教育,改善医患关系,加强了患者对医务人员的信任,提高了患者对护理人员的满意度。表 5 结果显示,观察组患者皮肤损伤、口腔干燥及胃胀气发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),这与以往研究结果一致^[13]。

综上所述,对 COPD 伴呼吸衰竭患者采取无创正压机械通气治疗的同时给予规范化护理干预可有效改善患者的血气分析结果,改善患者的不良情绪,提高患者满意度,减少并发症发生,值得临床推广应用。但是,本次研究观察指标还较少,将来有待开展更深入的研究。

参考文献

[1] DUDLEY K A, MALHOTRA A, OWENS R L, et al. Pulmonary overlap syndromes, with a focus on COPD and ILD[J]. Sleep Med Clin, 2014, 9(3): 365-379.

[2] 吴瑞明, 廖云. 重叠综合征患者的护理综合干预[J]. 广东医学, 2014, 35(16): 2633-2634.

[3] 中华医学会呼吸病分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453-460.

[4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性心力衰竭诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(3): 195-208.

[5] 刘建华, 张洁, 支学军, 等. 双水平气道正压通气对重叠综合征患者血气分析及血氧饱和度的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(1): 33-35.

[6] HESHAM A, MANSOUR K A, FATHY A, et al. Effect of nasal continuous positive airway pressure on inflammatory mediators in patients with overlap syndrome[J]. Egypt J Ear Nose Throat & Allied Sciences, 2011, 12(2): 99-104.

[7] LACEDONIA D, CARPAGNANO G E, ALIANI M, et

- al. Daytime PaO₂ in OSAS, COPD and the combination of the two (overlap syndrome)[J]. Respir Med, 2013, 107(2):310-316.
- [8] 吴瑞明, 廖云. 重叠综合征患者的护理综合干预[J]. 广东医学, 2014, 35(16):2633-2634.
- [9] 沈国娣, 徐玲芬, 崔恩海, 等. 家庭访视与网络交流对重叠综合征患者持续无创通气治疗的影响[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(11):979-981.
- [10] 陈丽芳, 李秋屏, 黄瑞英, 等. 慢性阻塞性肺疾病合并急性呼吸衰竭患者无创正压机械通气治疗及观察护理[J]. 广东医学, 2011, 32(19):2613-2615.
- [11] 徐巧仙. 舒适护理在无创机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(7):655-656.
- [12] 李娥, 钱绪芬. 慢性阻塞性肺疾病合并慢性呼吸衰竭患者应用家庭无创通气的护理干预[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(10):949-950.
- [13] 王芳, 姜超美. 无创呼吸机治疗老年慢性阻塞性肺病合并早期呼吸衰竭患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(19):30-31.

(收稿日期:2017-06-03 修回日期:2017-09-11)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.02.023

心理疏导和精神护理对老年抑郁症患者 SAS、SDS 评分及护理满意度的影响^{*}

高彩霞¹, 张利宁^{1△}, 郭小平²

(1. 陕西省榆林市星元医院神经内科 719000; 2. 陕西省宝鸡市妇幼保健院感染科 721099)

摘要:目的 探讨心理疏导和精神护理对老年抑郁症患者焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、护理满意度和依从率的影响。方法 采用回顾性分析的方法,将2014年12月至2016年12月在榆林市星元医院接受治疗的60例老年抑郁症患者作为研究对象,分为对照组和观察组,每组30例。其中对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上给予心理疏导和精神护理。对两组患者护理前后的SAS评分、SDS评分、护理满意度以及治疗依从率进行综合评价。结果 护理干预后,观察组患者的SAS评分及SDS评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者护理总满意度达到96.7%,明显高于对照组的70.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者共有28例表示依从,治疗依从率达到93.3%,而对照组治疗依从率仅为73.3%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对老年抑郁症患者给予心理疏导和精神护理,能够有效改善患者的焦虑、抑郁状态,提升患者对护理的满意度和治疗依从率,值得临床应用。

关键词:老年抑郁症; 焦虑自评量表评分; 抑郁自评量表评分; 护理满意度

中图分类号:R473.74

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)02-0220-03

抑郁症作为临床中一种极为常见的精神障碍疾病,在老年人群中的发病率达到3%~7%,患者多表现为不同程度的食欲不振、睡眠障碍、思维缓慢等^[1],部分患者甚至存在自杀倾向,严重影响着老年患者的生活质量。临床中多采用抗抑郁药物对患者进行治疗,然而研究表明,50%以上老年抑郁症患者接受抗抑郁药物治疗效果不明显^[2]。目前,临床上尚无治疗抑郁症的特效药物,临床医生大多使用综合疗法治疗此病。最新的研究发现,在老年抑郁症患者住院期间对其进行心理疏导和精神护理,可以有效地提高其治疗的效果^[3]。本研究旨在探讨心理疏导和精神护理对老年抑郁症患者焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、护理满意度和依从率的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年12月至2016年12月

榆林市星元医院收治的60例老年抑郁症患者为研究对象,所有患者均符合抑郁症的临床诊断标准^[4]。并将患者分为观察组与对照组,每组各30例。观察组:男18例,女12例;年龄61~84岁,平均(69.5±6.6)岁;病程2~10年,平均(4.2±1.4)年;脑出血3例,脑梗死6例,高血压11例,冠心病3例,糖尿病5例,其他疾病2例;文化程度中学及以上14例,中学以下16例。对照组:男17例,女13例;年龄62~86岁,平均(69.3±6.8)岁;病程2~11年,平均(4.6±1.2)年;其中脑出血4例,脑梗死5例,高血压10例,冠心病4例,糖尿病4例,其他疾病3例;文化程度中学及以上15例,中学以下15例。纳入标准:(1)经过临床诊断及病理学检查,所有患者均符合老年抑郁症的临床诊断标准^[5];(2)研究征得临床科室的同意及医学伦理会的支持,病例选择遵循自愿原则,患者及其家属签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重心、肝、

* 基金项目:陕西省宝鸡市卫生局科研课题(2012-48)。

△ 通信作者, E-mail: zhanglining23@aliyun.com。