

观察两种不同护理方法对老年肺部感染咳嗽无力患者恢复咳嗽能力的效果

严倩玉

首都医科大学附属北京胸科医院结核三科 北京 101100

【摘要】目的: 分析在老年肺部感染咳嗽无力患者中使用两种不同护理方法对其恢复咳嗽能力的影响。**方法:** 选取2020年1月—2021年4月院内收治的68例老年肺部感染咳嗽无力患者作为研究对象, 随机抽签法分两组, 各34例。参照组用常规护理, 观察组在参照组基础上用主动呼吸循环技术护理干预, 比较两组首次咳嗽时间及咳嗽量、肺啰音消失时间、肺功能指标、并发症、护理满意度。**结果:** 护理后, 参照组首次咳嗽时间和肺啰音消失时间长于观察组, 参照组的咳嗽量少于观察组; 参照组的二氧化碳分压高于观察组, 参照组的氧分压低于观察组; 参照组的并发症多于观察组; 参照组的护理满意度低于观察组, 显示差异 ($P < 0.05$)。**结论:** 使用主动呼吸循环技术护理干预能促进老年患者呼吸, 尽量多地排除痰液, 消除肺内啰音, 同时, 增加老年患者肺内的氧气量, 减少二氧化碳留滞量, 降低肺水肿、感染性休克等发生概率, 能提高护理有效性, 使护理满意度提升, 值得推广。

【关键词】 主动呼吸循环技术护理干预; 肺部感染咳嗽无力; 肺水肿

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2021)50-118-03

老年人的身体已经开始衰退, 身体抵抗力较差, 容易因病菌侵袭、代偿能力低等因素患肺部感染。在发病后, 老年患者还容易出现咳嗽、无力等症状, 使身体内部的耗氧量变大, 以至于老年患者容易出现呼吸抑制、胸闷、肺水肿等不良情况。有资料显示^[1], 肺部感染咳嗽无力会使老年患者肺部出现大量痰液, 长时间堆积在肺部, 降低肺泡活性, 随时都可能出现急性呼吸系统障碍, 甚至导致缺氧性休克、死亡。但在治疗过程中, 老年患者的身体和心理都承受着巨大的痛苦, 配合度不高, 所以, 临床在治疗的过程中较重视专业性、安抚力度大的护理措施, 以便提高老年患者的身体舒适度和稳定性^[2]。因此, 本次研究两种不同护理方法对老年肺部感染咳嗽无力患者恢复咳嗽能力的效果进行分析, 详见下述。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年1月—2021年4月院内收治的68例老年肺部感染咳嗽无力患者作为研究对象, 随机抽签法分两组, 各34例。参照组男19例、女15例, 年龄65~89岁, 均龄(78.15 ± 3.21)岁。观察组男20例、女14例, 年龄66~90岁, 均龄(78.95 ± 3.64)岁。无资料差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 参照组患者行常规护理 具体如下: (1) 遵医嘱使用药物、给氧。(2) 讲解治疗事项和疾病知识, 严密监测老年患者的生命体征。(3) 将老年患者的头部略微抬高, 促进呼吸, 防止呛咳。(4) 安排好老年患者每日三餐, 且多为其讲解健康知识。(5) 按时更换老年患者的体位, 防止局部压疮。(6) 按时为老年患者按摩身体, 促进血液循环, 改善身体不适。

1.2.2 观察组患者在参照组基础上用主动呼吸循环技术护理干预 具体如下: (1) 引导老年患者在床上练习腹式呼吸,

叮嘱其尽量放松, 用鼻子缓慢吸气, 待腹部能隆起后, 再缓慢呼气, 待腹部凹陷后再进行吸气, 每日进行3~5次, 每次10min。(2) 引导老年患者做缩唇呼吸, 叮嘱其平卧后, 将口唇形成“O”字形, 然后用鼻腔吸气, 待腹部隆起, 再从嘴部将气体逐渐吐出, 且回缩腹部, 可发出“哈”声或做出无音“哈”动作。每日进行3~5次, 每次10min。(3) 引导老年患者做训练的时候需观察老年患者的生命指标和身体感受, 若其感觉疲劳应立即停止, 休息一会儿后再进行。同时, 尽量安抚老年患者, 减少其不良情绪, 使老年患者尽量配合。(4) 叮嘱老年患者在排痰的时候不可过度用力, 防止损伤气管、支气管等组织, 必要时为老年患者吸痰, 确保呼吸道顺畅, 能逐渐扩大肺部张力, 增加肺内含氧量。

1.3 观察指标

统计并比较两组首次咳嗽时间及咳嗽量、肺啰音消失时间; 护理前和护理1周后的肺功能指标(主要针对二氧化碳分压、氧分压)。记录两组出现的肺水肿、心包炎、脑膜炎、感染性休克例数, 计算并发症发生率。用护理满意度评估表对两组进行评分, 共100分, 满意90分以上、基本满意60~89分、不满意0~59分, 统计出相应例数, 用满意和基本满意例数计算出护理满意率^[3]。

1.4 统计学分析

采取SPSS 19.0统计学软件, 计数资料采用频数(n)、构成比(%)描述, 组间比较采用 χ^2 检验方法; 计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)描述, 组间比较采用 t 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 时有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组首次咳嗽时间、咳嗽量、肺啰音消失时间

护理后, 观察组的首次咳嗽时间和肺啰音消失时间比参照组短, 咳嗽量比参照组多, 显示差异 ($P < 0.05$), 详见表1。

表1 两组首次咳嗽时间、咳嗽量、肺啰音消失时间对比 [n , ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	咳嗽时间 (min)	咳嗽量 (mL)	肺啰音消失时间 (d)
观察组	34	4.68 ± 1.45	15.09 ± 2.75	3.59 ± 1.48
参照组	34	7.93 ± 1.79	8.92 ± 1.34	5.62 ± 1.53
t	—	8.226	11.761	5.561
P	—	0	0	0

2.2 比较两组护理前和护理1周后的肺功能指标

护理前, 两组二氧化碳分压较高, 氧分压较低, 无数据差

异 ($P < 0.05$)；护理 1 周后, 观察组的二氧化碳分压低于参照组, 氧气分压高于参照组, 显示差异 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 两组护理前和护理 1 周后的肺功能指标对比 [$n, (\bar{x} \pm s)$, mmHg]

组别	例数	二氧化碳分压		氧气分压	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	34	58.97 ± 3.45	46.23 ± 5.82	42.36 ± 6.01	49.53 ± 4.92
参照组	34	58.68 ± 3.91	50.01 ± 5.41	42.79 ± 6.18	47.01 ± 4.31
χ^2	—	0.324	2.774	0.291	2.247
P	—	0.747	0.007	0.772	0.028

2.3 比较两组并发症

护理后, 观察组的并发症少于参照组, 有差异 ($P < 0.05$), 详见表 3。

表 3 两组并发症对比 [$n(\%)$]

组别	例数	肺水肿	心包炎	脑膜炎	感染性休克	发生率
观察组	34	1	1	0	0	5.88
参照组	34	2	3	2	1	23.53
χ^2	—	—	—	—	—	4.221
P	—	—	—	—	—	0.040

2.4 比较两组护理满意度

护理后, 观察组的护理满意度高于参照组, 有差异 ($P < 0.05$), 详见表 4。

表 4 两组护理满意度对比 [$n(\%)$]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总体满意率
观察组	34	18	13	3	91.18
参照组	34	15	9	10	70.59
χ^2	—	—	—	—	4.660
P	—	—	—	—	0.031

3 讨论

肺部感染是呼吸科常出现的一种疾病, 因病原体侵袭使肺部出现较严重的炎症反应, 会损伤肺实质和气道黏膜, 增加黏液异常分泌量, 且容易在肺内堆积, 导致患者出现咳痰无力的现象^[4]。该种疾病常发生在机体免疫力低、心肺功能不全等情况的人群中, 其中, 老年人患病率较高, 患病后的症状最明显。有资料显示, 老年肺部感染咳痰无力患者占年总肺部感染患者的 1%~1.5%, 不仅会削弱老年患者的呼吸能力, 使老年患者感受到憋闷、疼痛等不适, 还会降低体内抵抗力, 威胁老年患者的生命, 短期内容易致死, 一般病死率可达到在 1.2%~5%。老年肺部感染咳痰无力患者会出现咳痰不出、咳血、气促、气短等症状, 其身体抵抗力和器官功能也会持续变差。有资料显示^[5], 肺部感染咳痰无力对老年患者身体的损伤程度较大, 不仅会增加体内耗氧量, 还会降低体内脏器功能, 加速脏器衰竭, 病情较重后会导致死亡。在治疗过程中多使用常规护理帮助老年患者, 能为老年患者提供药物、饮食等支持, 但老年患者的身体感受略差, 容易抗拒护理或过度悲观。而主动呼吸循环技术护理干预重点改善老年患者的呼吸能力, 利用腹式呼吸和缩唇呼吸训练调节老年患者的肺部扩张、回缩情况, 增加肺内气体交换量, 促进痰液排除, 减少不良气体在肺内的置留量和置留时间, 减少有害气体与血液融合, 能维持好患者体内的酸碱度, 还能提高护理专业度, 使护理干预更有效。

本次研究结果显示, 护理后, 观察组的首次咳痰时间和肺啰音消失时间比参照组短, 咳痰量比参照组多, 显示差异 ($P < 0.05$)。说明主动呼吸循环技术护理干预能为患者提供较专业的呼吸练习方式, 改善患者的呼吸能力, 促进肺啰音消失、痰液排除^[6]。如: 在主动呼吸循环技术护理干预的过程中, 老年患者的胸部和腹部肌肉、血管、神经等均会随着呼吸训练的进行发生较明显的变

化, 当老年患者吸气时胸腔和腹腔会正常扩张, 呼气时能自然凹陷, 在吸气和呼气的过程中能尽量多地带走老年患者体内的有害气体, 使肺部、气管、支气管等与氧气尽量接触, 能改善呼吸道黏膜异常分泌黏液的情况, 可逐渐减少肺部中的痰液量, 使肺内组织细胞能正常进行物质交换, 尽快变完整。若能使用影像仪器或内镜监测, 能看到肺泡、绒毛等修复情况, 能增加临床工作人员对老年肺部感染咳痰无力患者的了解程度, 有助于后期深度探究该种疾病。护理前, 两组二氧化碳分压较高, 氧分压较低, 无数据差异 ($P < 0.05$); 护理 1 周后, 观察组的二氧化碳分压低于参照组, 氧分压高于参照组, 显示差异 ($P < 0.05$)。说明主动呼吸循环技术护理干预能增加肺内含氧量, 减少肺内的有害气体, 提高肺部组织活性, 使老年患者能正常呼吸。如二氧化碳的正常值在 50mmHg 以下, 老年患者的二氧化碳分压多超出 50mmHg, 肺内的二氧化碳量过多容易与血液相融, 生成较多酸性物质, 若老年患者体内的血液 pH 值长期处于酸性, 会对体内脏器、骨骼造成较严重的损伤, 容易增加营养物质流失量, 使老年患者更容易受到病菌侵袭, 出现其他疾病。使用主动呼吸循环技术护理干预会增强防护力, 重点改善老年患者的肺功能, 增加肺内气体交换量, 使老年患者能尽早自主呼吸。护理后, 观察组的并发症少于参照组, 有差异 ($P < 0.05$), 说明主动呼吸循环技术护理干预使护理措施更完善, 能减少危害老年患者的不良因素, 降低肺水肿、心包炎等发生概率, 可提高护理干预力。如使用主动呼吸循环技术护理干预后, 老年患者的呼吸能力会加强, 随着体内氧气量的增加, 有害气体的减少, 脏器功能和系统功能会逐渐恢复正常, 水电解质、血压、呼吸频次等均维持在正常范围内, 能提高老年患者的身体抵抗力, 保持好老年患者的身体稳定性, 减少容易导致并发症的因素, 使老年患者能尽早恢复健康。护理后, 观察组的护理满意度高于参照组, 有差异 ($P < 0.05$)。说明主动呼吸循环技术护理干预能提高护理人员的工作能力, 改善护患关系, 使老年患者在护理中的依从性变高, 增加护理满意度。如护理人员引导老年患者进行呼吸训练时, 能塑造较专业的形象, 改善老年患者对护理人员的看法。随着呼吸训练的进行, 老年患者的身体状态持续变好, 老年患者的内心会较感激护理人员, 能主动改变对待护理人员的态度, 愿意按护理指导完成训练内容, 且管控好自己的情绪, 不再胡思乱想或做出不良行为。

综上所述, 常规护理仅能为老年患者提供基础护理措施, 引导老年患者用药、禁食、改善体位等。在常规护理基础上使用主动呼吸循环技术护理干预能提高护理水平, 在老年患者面前展现出更专业的一面, 使老年患者对护理有新的认识, 改善老年患者对待护理人员的态度, 快速增进护患关系, 使老年患者的呼吸情况尽快转好, 还使老年患者在院期间更安全, 鲜少出现并发症。另外, 使用主动呼吸循环技术护理干预还能提高护理专业度和护理效果, 使护理满意度持续提升, 值得推广。

参考文献

[1] 曾倩怡, 周丽金, 张敏, 等. 降低老年病人围术期肺部感染率

组织宽度要大于病变组织的宽度 5mm，切除深度在 2cm 左右，注意不要超过子宫颈口，在切除的过程中，如果有出血的情况发生，则立即用电极进行止血，并将切除的组织送检。

1.3 观察指标

1.3.1 分析组内临床指标，即手术时间、手术中出血量、切缘阳性、腺体累及。

1.3.2 分析所有患者术后复发危险因素。

1.4 统计学处理

数据应用 SPSS 25.0 软件进行处理，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表

表 1 组内临床指标对比

组别	手术时间 (min)	手术中出血量 (mL)	切缘阳性 (%)	腺体累及 (%)
对照组 (n=40)	39.55 ± 7.86	28.55 ± 2.27	20 (50.00)	30 (75.00)
实验组 (n=40)	28.20 ± 5.42	16.00 ± 2.50	13 (32.50)	25 (62.50)
<i>t/x²</i>	7.5185	23.5053	2.5274	1.4545
<i>P</i>	0.0001	0.0001	0.1118	0.2277

2.2 所有患者术后复发危险因素

(*P* < 0.05)，详细评分见表 2。

切缘阳性、绝经以及 HPV 感染均是术后复发危险因素

表 2 所有患者术后复发危险因素

因素	β	SE	Wald	<i>P</i> 值	OR 值	95%CI
切缘阳性	1.58	0.45	30.55	< 0.01	4.79	238,7.57
绝经	0.90	0.30	19.23	< 0.01	2.11	1.33,3.65
HPV 感染	1.43	0.72	33.15	< 0.01	4.60	2.91,670
病灶范围	1.89	0.60	15.90	0.79	3.85	0.88,5.26

3 讨论

高级别子宫颈鳞状上皮内病变对女性造成的危害较大，治疗上，传统的子宫切除手术会形成较大的创伤，降低患者的生活质量，可能会导致患者无法生育，目前临床上应用较少。子宫颈环形电切手术以及子宫颈冷刀锥切手术作为近期有效的术方式，子宫颈环形电切手术相对于子宫颈冷刀锥切手术效果更理想，不会对子宫颈组织造成伤害，可以保留较为完整的标本^[4]，在手术的过程中使用高频电刀，在切除组织的瞬间就会产生高温，切除病变组织的同时，手术中也能够达到较好的止血效果，操作简单。目前对于如何控制以及阻断高级别子宫颈鳞状上皮内病变已经成为医学难题，阻断病情的进展和患者的年龄以及生育要求、病变程度，HPV 高危感染等因素有关，本次实验研究可知，复发的危险因素为术后切缘阳性、绝经以及 HPV 感染，其中 HPV 感染阳性是复发独立因素，术后切缘阳性是判定切除是否完成的指标之一，在手术后需要注意以上因素，避免病情复发，增加手术

难度。进行 *t* 值检验；计数资料以 % 形式记录，应用 χ^2 值检验，利用 Cox 回归模型法进行因素分析，若 *P* < 0.05，判定数据存在统计学价值。

2 结果

2.1 组内临床指标对比

通过表 1 可知，实验组手术时间、手术中出血量均优于对照组，组间具有差异 (*P* < 0.05)。实验组切缘阳性、腺体累及均低于对照组，两组对比无差异 (*P* > 0.05)，见表 1。

难度。

综上所述，高级别子宫颈鳞状上皮内病变应用子宫颈环形电切手术，可提高整体的效果，需要注意在术后切缘阳性、绝经以及 HPV 感染的情况，避免出现复发。

参考文献

[1] 封媛媛. 高级别子宫颈鳞状上皮内病变经不同手术治疗的效果及术后复发危险因素 [J]. 中外医学研究, 2021,19(7):3-6.
 [2] 李静然, 郝明蓉, 常淑芳, 等. 外阴高级别鳞状上皮内病变的临床特征分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2020,36(9):680-684.
 [3] 陈桔烈. 锥切术后高级别子宫颈鳞状上皮内病变切缘阳性及二次手术病灶残留的相关因素研究 [J]. 中国医学创新, 2020,17(36):125-129.
 [4] 姜琰琰, 刘元涛, 邹存华, 等. 高级别子宫颈鳞状上皮内病变患者术后复发的高危因素分析 [J]. 中国妇幼保健, 2021,36(15):3571-3573.

(上接第 119 页)

的循证实践 [J]. 护理研究, 2021,35(22):3978-3984.
 [2] 王璐. 振动排痰机在老年肺部感染患者护理中的应用价值 [J]. 医疗装备, 2021,34(20):142-143.
 [3] 时海爽, 李静, 刘明博. 主动呼吸循环技术护理在老年重症肺部感染患者肺功能康复中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021,27(19):139-141.
 [4] 金方琴. 中医综合调护联合常规护理防治老年胸椎压缩性骨

折患者肺部感染临床研究 [J]. 新中医, 2021,53(18):171-174.
 [5] 董晓霞. 胃食管反流护理干预对老年肺部感染患者的疗效影响 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2021,36(5):204-206.
 [6] 毛晓红. 集束化护理干预在老年患者腹部手术后肺部感染预防中的应用价值 [J]. 临床医学研究与实践, 2021,6(26):166-168.