

雾化吸入治疗慢阻肺伴呼吸衰竭患者护理效果观察

王焕珍

(邢台市第九医院 河北邢台 055250)

摘要:目的:探究雾化吸入治疗慢阻肺伴呼吸衰竭患者护理效果观察。方法:抽选出本院收治的慢阻肺伴呼吸衰竭患者参与研究,共抽选出20例病患(收治时间范围:2021年1月到2023年1月),20例慢阻肺伴呼吸衰竭患者均接受雾化吸入治疗,依据护理方法完成组别划分,将20例患者随机分为对照组、观察组,每组各10例患者。其中对照组慢阻肺合并呼吸衰竭患者展开常规护理,而观察组则展开护理干预。比较两组患者临床症状改善时间、血气分析指标、肺功能指标。结果:观察组慢阻肺患者临床症状改善时间均早于对照组,组间数据对比($P < 0.05$);护理前2组患者各项血气分析指标对比无显著差异性: $P > 0.05$;护理后,观察组血气分析的各项指标和对照组相比较,均具有统计学意义($P < 0.05$)。护理后,2组慢阻肺患者的肺功能指标均明显改善,而且观察组改善程度优于对照组: $P < 0.05$ 。结论:对慢阻肺伴呼吸衰竭患者采取雾化吸入治疗时,加以护理干预措施,能够显著提高治疗效果,改善患者的肺部功能,应用价值十分明显。

关键词:雾化吸入;慢阻肺;呼吸衰竭;肺部功能;护理效果

如今,随着大气污染加剧,空气质量逐渐降低,吸烟人群比例大幅度增加,我国慢阻肺发病率呈现出逐年升高的趋势^[1-2]。慢阻肺作为呼吸系统常见病之一,随着病情发展会逐渐影响到患者的换气功能,使得患者在安静状态下无法正常换气,导致患者出现呼吸衰竭,而威胁到患者的生命安全^[3-4]。目前雾化吸入是治疗慢阻肺呼吸衰竭的主要方式,该治疗方式能够达到令人满意的治疗效果,然而慢阻肺患者受到病情的影响,心理压力较大并且渴望得到科学、有效的护理服务,能够更好的完成雾化吸入治疗,以彻底根治慢阻肺伴呼吸衰竭,取得满意的治疗效果。能本研究随机遴选出在本院接受治疗的慢阻肺伴呼吸衰竭患者作为主体,并根据护理方式的不同将其分组,探究护理干预的应用效果,详情报道。

1 资料与方法

1.1 基线信息

随机抽选出在本院接受治疗的慢阻肺伴心力衰竭患者(收治时间范围:2021年1月到2023年1月),共抽选出20例病患,以简单随机法进行分组,将20例患者随机分为对照组、观察组,每组10例。前者采用常规护理,后者实施护理干预,所有研究对象均对本次研究知情,并签署同意书,20例患者均符合慢阻肺伴呼吸衰竭诊断标准。排除患有其他严重疾病、凝血功能障碍、免疫系统障碍、精神异常以及资料不全患者。

对照组:男女性列数分别为7列,3例,患者的岁数在55岁到70岁,组内年龄均值为(64.5±3.8)岁。患者的病程范围在2~7年,平均为3.9±1.6年。

观察组中,男性患者8例、女性患者2例,年龄最小55岁,最大70岁,平均为:64.7±3.9岁,病程范围:2~9年,平均为:4.0±1.5年。

将2组患者的基本资料带入统计学处理($P > 0.05$)。

1.2 方法

组别	肺部啰音消失 时间(d)	体温恢复时 间(d)	憋喘消失时 间(d)	有创呼吸机通气 时间(d)
对照 组	9.64±0.68	6.46±1.37	7.87±5.20	14.85±3.05

观察 组	6.96±0.67	3.75±0.96	5.30±2.55	10.57±2.54
t	6.887	6.970	8.358	8.022
P	0.000	0.000	0.000	0.000

两组慢阻肺合并呼吸衰竭患者均接受雾化吸入治疗:将布地奈德放置到雾化吸入装置中,指导患者用嘴含住,并用鼻子进行呼吸,每天雾化吸入2~3次,每次持续吸入15分钟。

以此为基础,对照组展开常规护理:密切监测患者病情,严格遵循医嘱实施个性护理服务,一旦出现异常需要及时通知医生,并做好后续急救、治疗、用药等干预措施。

观察组则展开护理干预^[5-6]:(1)加强患者的心理干预耐心的向患者讲解疾病相关知识,并且对患者存在的疑问进行详细解答,从而了解患者内心真实想法,人员需要积极主动进行沟通,帮助患者改善负面情绪。尽量消除患者内心紧张,焦虑心理,促使患者能够积极配合治疗。

(2)对患者进行排痰护理。由于慢阻肺患者的病症相对较长,患者肺部往往会存在大量痰液无法排出体外。所以护理人员需要多鼓励患者喝水,并且保持正确的体位促进痰液排出。可以适当的使用排痰药物,并注意预防感染。最后密切关注患者排痰的性质、颜色以及排在量,如果患者出现排痰困难,需要立即通知医生进行处理。

(3)营养护理干预。由于慢阻肺患者的免疫能力较差,所以需要为患者提供有营养的食物。满足患者日常体现在代谢所需,慢阻肺患者饮食方面需要注意少食多餐。多吃一些富含蛋白质、维生素的食物。

(4)加强雾化吸入护理。在患者接受雾化吸入过程当中,需要适当的将其头部抬高,并密切关注患者的血氧饱和度。将患者的氧流量控制在每分钟3L左右,氧浓度控制在的20%~30%之间,湿度应不低于50%,吸入时间应在15分钟左右,雾化吸入可以使用漱口水等方式清洁口腔,以保证患者呼吸顺畅。

1.3 观察指标

比较两组慢阻肺合并呼吸衰竭患者临床症状改善时间、护理前

后血气分析指标、肺功能指标。临床症状包括：肺部啰音、发热、憋喘、有创通气等指标。血气分析指标则包括：动脉血二氧化碳分压（PaCO₂），血氧饱和度（SaO₂）、动脉血氧分压（PaO₂）。肺功能指标：肺活量（FVC）、第一秒用力呼气量（FEV₁）、呼气峰流速（PEF）。

1.4 统计学分析

评定本文研究结果使用 SPSS22.0 进行，计量数据经由 ($\bar{x} \pm s$) 表述，t 检验获取处理结果，计数资料经由 (%) 表述， χ^2 检验获取处理结果，通过分析如果 P 值 < 0.05，则表示具有影响。

2 结果

2.1 对比 2 组慢阻肺伴呼吸衰竭患者临床症状改善情况

相比较而言，观察组患者的临床症状改善时间均早于对照组，差异性对比：P < 0.05（详见表 1）。

表 1 比较 2 组慢阻肺伴呼吸衰竭患者临床症状改善时间 ($\bar{x} \pm s$)

2.2 对比 2 组患者护理前后血气分析指标

护理前，2 组患者的血气分析指标对比无统计学意义：P > 0.05；护理后，观察组患者各项血气分析指标改善程度均优于对照组，数据对比：P < 0.05（详见表 2）。

表 2 对比 2 组患者护理前后血气分析指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照	80.97 ± 5.86	85.57 ± 5.80	74.47 ± 3.28	70.32 ± 4.61	66.89 ± 4.43	74.97 ± 5.09
观察	80.56 ± 5.57	93.24 ± 3.63	74.53 ± 3.59	64.36 ± 2.05	66.78 ± 4.76	83.10 ± 3.37
t	0.071	8.089	0.032	9.068	0.043	8.632
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 比较 2 组患者护理前后肺功能指标

护理前 2 组慢阻肺患者的肺功能指标对比：P > 0.05；护理后，观察组慢阻肺患者的肺功能指标显著改善，数据对比：P < 0.05（详见表 3）。

表 3 2 组患者护理前后肺功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FVC (L)		FEV ₁ (L)		PEF (L/S)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	1.09 ± 0.04	1.35 ± 0.67	1.09 ± 0.21	1.89 ± 0.03	3.78 ± 0.52	4.03 ± 0.50
观察组	1.10 ± 0.03	2.30 ± 0.49	1.08 ± 0.23	1.37 ± 0.07	3.80 ± 0.45	4.68 ± 0.23
T	0.077	7.860	0.012	8.971	0.029	9.920
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2 讨论

现如今，空气质量不断下降、不良生活习惯等因素的存在导致越来越多的人患有呼吸系统疾病。近年来我国慢阻肺患者人数明显上升，该疾病给很多患者的日常生活、工作均带来影响。慢阻肺患者需要得到及时有效治疗，否则随着病情发展可能导致呼吸衰竭的

发生而威胁到患者的生命安全^[7-8]。目前临床上主要通过雾化吸入的方式来治疗慢阻肺，在氧气的流动作用下，通过扩散运动，能够让药物变成更加容易吸收的微小颗粒，并让药物能够通过运动达到病理位置，促使药物能够充分发挥疗效，减少药物损失量，从而有效改善患者病情。在对患者展开雾化吸入治疗过程中加以护理干预措施，能够为患者创造更好的医疗服务^[9]。护理干预当中通过对患者展开心理疏导，促使患者保持良好的精神状态积极面对后续治疗，有利于提高患者的治疗依从性。而且对患者进行咳痰、营养等护理干预，有助于调节患者病情，改善患者的免疫功能，为患者提供良好的治疗环境。护理干预措施真正的从患者角度出发，关注患者内心主观感受，真正意义上的将患者放在首要位置^[10]。

文章中，可以看出观察组患者实施护理干预后，其血气指标、肺功能指标与对照组相比较均存在较大的差异：P < 0.05。

提示说明在接受雾化吸入治疗的慢阻肺患者中，加以护理干预措施可以有效改善患者呼吸功能，提高患者临床疗效。

参考文献：

- [1] 崔鑫洋. 创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗在慢阻肺合并呼吸衰竭患者中的临床观察[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(10): 102-103.
- [2] 叶山艾力·阿布塔力甫, 加孜那·托哈依. 无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗在慢阻肺合并呼吸衰竭患者中的临床应用分析[J]. 饮食保健, 2021(23): 29.
- [3] 蔡岩, 陈妮娜. 无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗慢阻肺合并呼吸衰竭的临床效果研究[J]. 中国实用医药, 2022, 17(8): 54-56.
- [4] 马红英. 分析无创辅助通气联合布地奈德、复方异丙托溴铵雾化吸入治疗慢阻肺急性加重期并呼吸衰竭的效果[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(7): 73-74.
- [5] 王艳. 综合护理对慢阻肺伴呼吸衰竭患者行雾化吸入治疗的应用探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(46): 57.
- [6] 夏珊. 无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗慢阻肺合并呼吸衰竭患者疗效分析[J]. 世界复合医学, 2020, 6(10): 24-25.
- [7] 杨菊玉. 慢阻肺伴呼吸衰竭患者应用无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗的效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(21): 198.
- [8] 穆林, 张秀峰, 向旭东. 慢阻肺伴呼吸衰竭患者应用无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗的效果观察[J]. 医药前沿, 2020, 10(2): 64-65.
- [9] Plotnikow G A. High-Flow Oxygen Therapy Application in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients With Acute Hypercapnic Respiratory Failure: A Multicenter Study[J]. Critical Care Explorations, 2021, 3(2): 337.
- [10] 周良慧. 无创呼吸机联合雾化吸入糖皮质激素对慢阻肺合并 2 型呼吸衰竭的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(58): 57-58.