

尘肺病的治疗措施及康复护理干预分析

吴月梅

(重庆市第六人民医院 重庆 400000)

摘要:目的:探讨尘肺病的治疗措施及康复护理干预效果。方法:选取我院尘肺病患者(86例),展开研究,随机划分A、B两组,各43例,A组:常规治疗+常规护理,B组:常规治疗+康复护理,对比护理效果。结果:B组各项指标均较A组优异, $P<0.05$;结论:康复护理在尘肺病患者护理中应用效果理想,可推广。

关键词:尘肺病;治疗措施;康复护理

尘肺病主要是指由于人正常的职业活动及生活环境中,长期吸入无机矿物质粉末,致使粉尘在肺内滞留,从而导致其肺组织发生弥漫性结节及网格状纤维化等特征的一种疾病^[1]。其主要临床表现为:咳嗽、咳痰、气促等,随着病情加重还可出现全身症状等,此外,如不及时进行治疗,还可引发一系列并发症,故在患病后应积极采取有效的治疗措施,并辅以有效的护理干预措施,进而有效的控制患者病情,而研究表明^[2],对此类患者,应用康复护理,可对临床治疗产生积极影响,提高生活质量,效果显著。现将具体实施方法和结果汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

现抽取2021年1月~2022年1月间,我院86例尘肺病患者展开研究。随机分为A与B两组,各43例。经对比,两组基线资料无差异性($P>0.05$),详见表1。

表1.基线资料($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	病程(年)
A组(n=43)	45.54 ± 5.15	1.25 ± 0.18
B组(n=43)	45.57 ± 5.25	1.31 ± 0.21
纳入标准	均经医学检查确诊为尘肺病患者;不存在沟通交流障碍、精神病史者;患者及家属均知情同意。	
排除标准	存在肝、肾等疾病者;存在肺部手术史者;存在传染性疾病者;存在其他肺部疾病者;不配合此次研究,中途退出者。	

1.2 方法

两组均予以常规治疗措施,具体如下:予以患者吸氧、止咳、化痰、平喘、抗纤维化等综合治疗。

A组予以常规护理,具体如下:首先应注意监测患者的生命体征及病情变化,并同时予以健康宣教、用药指导、饮食护理等。

B组予以康复护理,具体如下:(1)心理康复护理:首先护理人员应充分了解患者的文化程度及认知水平等,然后采用合适的方式向患者讲解疾病相关知识,例如:病因、发展过程、临床症状、治疗方法等,提高患者对疾病的认知程度,避免患者过度担心自身病情。其次,护理人员还应注意观察患者的情绪变化,多与患者沟通交流,对于存在心理状态不佳及对治疗失去信心的患者,护理人员应及时予以心理疏导,引导患者将负面情绪宣泄出来,并积极帮助其解决困难等,从而缓解患者的心理压力。(2)饮食康复护理:

表2.治疗效果(n, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
A组(n=43)	26 (60.46)	11 (25.58)	6 (13.95)	37 (86.04)
B组(n=43)	32 (74.41)	10 (23.25)	1 (2.32)	42 (97.67)
χ^2 值	-	-	-	3.887
P值	-	-	-	0.048

2.2 肺功能指标比较

干预前,两组肺功能指标均无明显差异,不具有统计学意义($P>0.05$),干预后,两组肺功能指标存在一定差异,具有统计学意义($P<0.05$),详见表3。

表3.肺功能指标($\bar{x} \pm s$)

首先护理人员应根据患者的身体情况,为患者制定合适饮食计划,保证营养均衡,即:应以易消化的食物为主,并多食用一些优质蛋白及富含维生素的食物,且应尽量避免食用薯类、土豆等易引起腹胀的食物等。(3)功能康复训练:首先应先指导患者进行呼吸功能训练,例如:腹式呼吸、缩唇式呼吸、呼吸操等。其次还应指导患者进行运动功能训练,例如:下肢肌力训练、平卧推举、双臂屈伸训练、上肢绕圈训练等,且训练应循序渐进,根据患者的耐受力逐渐增加运动强度。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组治疗效果

评判标准:患者临床症状已经基本消失,且肺功能指标基本恢复即可判定为显效,患者临床症状、肺功能指标等方面显著改善则可判定为有效,患者临床症状、肺功能指标等方面无任何改善,可判定为无效,总有效率=[(显效+有效)/总例数]×100%^[3]。

1.3.2 观察两组肺功能指标

主要包括:FEV1/FVC、FEV1、MVV。

1.3.3 观察了两组临床指标

主要包括:SAS(焦虑自评量表^[4],临界分值为50分,分值越高,焦虑情绪越重)、SDS(焦虑自评量表^[5],临界分值为53分,分值越高,抑郁情绪越重)。

1.3.4 观察两组生活质量

采用SF-36健康量表^[6],主要分为以下5个项目:躯体功能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能。且每个项目分值为20分,分值越高,生活质量越高。

1.3.5 观察两组护理满意度

采用问卷调查的方式,分值范围0~100分,其中90~100分则可判定为非常满意,60~90分则可判定为基本满意,0~60分则可判定为不满意。总满意率=[(非常满意+基本满意)/总例数]×100%^[7]。

1.4 统计学处理

选择软件SPSS25.0为工具,计量资料行 t 检验,($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料行 χ^2 检验,(n, %)表示。 $P<0.05$,具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较

在这一方面,B组较A组高,具有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

组别	干预前			干预后		
	FEV1 (L)	FEV1/FVC (%)	MVV (L/min)	FEV1 (L)	FEV1/FVC (%)	MVV (L/min)
A组 (n=43)	1.71 ± 0.21	54.24 ± 5.25	60.40 ± 9.25	1.78 ± 0.21	55.18 ± 9.58	62.35 ± 10.18
B组 (n=43)	1.72 ± 0.22	54.26 ± 5.27	60.38 ± 9.18	2.19 ± 0.35	68.22 ± 9.49	68.27 ± 10.21
t值	0.216	0.018	0.010	6.587	6.341	2.692
P值	0.830	0.986	0.992	0.000	0.000	0.009

2.3 临床指标比较

干预前, 两组各项数据均无明显差异, 不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后, 两组各项数据存在一定差异, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 4。

表 4. 临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	干预前		干预后	
	SAS (分)	SDS (分)	SAS (分)	SDS (分)
A组 (n=43)	43.54 ± 5.26	45.19 ± 5.58	38.18 ± 2.25	38.21 ± 2.31
B组 (n=43)	43.49 ± 5.32	45.31 ± 5.41	30.22 ± 1.25	30.23 ± 1.28
t值	0.044	0.101	20.279	19.814
P值	0.965	0.920	0.000	0.000

2.4 生活质量比较

干预前, 两组患者生活质量指标均无明显差别, 不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, B 组患者生活质量指标均高于 A 组, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详情见表 5。

表 5. 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时段	指标	A组 (n=43)	B组 (n=43)	t值	P值
干预前	躯体功能	15.42 ± 2.21	15.45 ± 2.18	0.063	0.950
	生理功能	15.17 ± 2.45	15.49 ± 2.21	0.636	0.527
	精神健康	15.25 ± 2.29	15.54 ± 2.18	0.601	0.549
	社会功能	15.32 ± 2.31	15.15 ± 2.38	0.336	0.738
	情感职能	15.31 ± 2.18	15.37 ± 2.41	0.121	0.904
干预后	躯体功能	16.15 ± 1.18	18.21 ± 0.18	11.317	0.000
	生理功能	16.35 ± 1.28	18.17 ± 0.21	9.201	0.000
	精神健康	16.41 ± 1.19	18.23 ± 0.24	9.831	0.000
	社会功能	16.35 ± 1.38	18.31 ± 0.14	9.266	0.000
	情感职能	16.57 ± 1.24	18.27 ± 0.21	8.864	0.000

2.5 护理满意度比较

在这一方面, B 组较 A 组高, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 6。

表 6. 护理满意度 (n, %)

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意率
A组 (n=43)	20 (46.51)	16 (37.20)	7 (16.27)	36 (83.72)
B组 (n=43)	31 (72.09)	11 (25.58)	1 (2.32)	42 (97.67)
χ^2 值				4.961
P值				0.025

3 讨论

尘肺病是一种我国较为常见的疾病, 且此类疾病多与粉尘粒径 (据调查显示, 10–15 μm 粒径的粉尘, 可被上呼吸道阻挡, 从而阻挡进入下呼吸道, 而 5–10 μm 粒径的粉尘, 可直接进入人体肺脏的深部, 并可到达至终末细支气管及肺泡, 进而引发肺部炎症, 而粒径在 5 μm 以下的粉尘, 可直接穿过气血屏障进入血液循环。故粉尘的粒径越小, 诱发肺部疾病的风险越高)、粉尘浓度 (主要是指空气中的粉尘浓度越高, 其致病风险越高, 发病时间越短)、接触粉尘时间 (主要是指接触粉尘时间越长, 尘肺病的患病率越高)、疾病因素 (主要是指慢性呼吸系统疾病, 其可令机体的呼吸道防御能力降低, 进而增加患尘肺病的风险)^[8]。而在患者后, 可严重损害患者的身体健康, 致使患者的劳动能力及生活质量降低, 甚至可致残, 故在患病后, 积极展开有效的措施为治愈此类疾病的

关键。但患者的心理因素、自身因素等均可对其临床治疗效果产生一定影响^[9]。因此, 如何有效解决上述问题, 为临床首要解决问题之一, 基于此, 我院开展本次研究。

在本次研究中, 通过对患者予以常规治疗+康复护理, 结果显示, 相较于 A 组, B 组的总治疗有效率较高, 治疗效果理想。B 组肺功能指标显著改善, 且 SAS、SDS 评分较低, 心理状态良好, B 组生活质量及护理满意度较高, 临床应用效果显著, 进一步分析其原因为, 常规护理主要以病情监测、用药指导为主, 其护理措施较为单一, 缺乏对患者心理等方面的护理。故可导致护理效果不理想。而康复护理, 通过心理护理, 可增加患者对自身疾病的了解, 令其正式自身病情, 并可有效消除患者的负面情绪, 从而改善患者的心理状态, 令患者积极乐观的配合治疗等。饮食护理, 通过调节患者的饮食结构, 可及时补充患者身体所需的营养, 改善患者的营养状态, 增加患者对疾病的耐受力, 增强患者的体质, 从而有利于患者的身体恢复。功能康复训练通过呼吸功能训练和运动功能训练, 可促进患者的肺功能及呼吸功能恢复, 进而有效改善患者的身体功能。此外, 康复护理还具有全面、系统、针对性强的特点, 并可有效提高临床护理水平, 提升护理质量, 从而可为患者提供更优质的护理服务, 满足患者的护理需求, 进一步提高护理满意度。故康复护理在尘肺病患者应用中具有一定优势, 尤其是在改善患者心理状态及肺功能方面, 应用效果理想^[10]。

综上所述: 康复护理, 可有效改善临床指标及肺功能指标, 对患者的临床治疗产生积极作用, 有利于患者的身体恢复, 提高患者的生活质量, 效果显著, 临床应用价值较高, 可推广。

参考文献

- [1] 边雪琼. 合理情绪护理干预对尘肺合并肺心病患者治疗效果和生存质量的影响[J]. 微量元素与健康研究, 2022, 39(04): 83–84.
- [2] 李萍. 溯源性心理疏导联合行为干预对尘肺病患者疾病控制的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39(02): 154–155.
- [3] 钟云芳, 杨海燕, 卢珊. 个体化延续护理对改善职业性尘肺病患者生存质量的临床应用效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(05): 780–782.
- [4] 孙菊, 史士丽, 宋玲波. 探究应用综合肺康复护理干预对尘肺病患者生命质量及呼吸功能的提升作用[J]. 心理月刊, 2021, 16(18): 145–146.
- [5] 陈丽, 苏林. 自我效能管理模式对尘肺患者负面情绪及治疗依从性的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2021, 29(12): 1824–1828.
- [6] 张人华, 卢明金, 赖海斌, 刘春云, 田慧, 赖彩虹. 肠内营养联合综合性肺康复对尘肺病患者生命质量及肺功能的影响研究[J]. 吉林医学, 2021, 42(06): 1520–1522.
- [7] 王晶晶, 孙苏格. 综合肺康复护理联合健康教育对尘肺患者肺功能、健康行为及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(06): 1088–1091.
- [8] 田慧, 刘春云, 赖彩虹, 刘萍, 肖聪, 杨倩, 廖艳芳. 综合肺康复护理干预对尘肺病患者生命质量及呼吸功能的影响[J]. 中国现代医生, 2020, 58(29): 159–162.
- [9] 单颖. 预见性护理联合护士宣教助手对尘肺患者纤维支气管镜下大容量肺灌洗术疗效的影响[J]. 青海医药杂志, 2020, 50(08): 27–30.
- [10] 骆成静, 李妍. 个性化心理干预对降低尘肺病患者心理痛苦程度及改善其生活质量的作用[J]. 职业与健康, 2020, 36(05): 596–600.