

早期康复护理在呼吸衰竭患者康复期中的应用优势评价

常序芳¹

(平邑县人民医院 山东 临沂 273300)

[摘要]目的:评价早期康复护理在呼吸衰竭患者康复期中的应用优势。**方法:**选择2021年05月-2022年05月我院收治的30例呼吸衰竭患者,随机分为观察组、对照组,分别给予早期康复护理和常规护理。**结果:**两组护理前呼吸功能、呼吸肌耐力、氧化应激指标、血气指标、炎症因子水平比较差异均不显著($P > 0.05$);观察组护理后以上指标改善度均高于对照组($P < 0.05$)。**结论:**在呼吸衰竭患者康复期中应用早期康复护理可取得显著效果。

[关键词]呼吸衰竭;早期康复护理;康复期;优势

呼吸衰竭疾病病因多比较复杂,其中慢阻肺、肺炎以及重症哮喘等患者病程进展过程中会对呼吸功能、肺换气均造成损伤而发病^[1]。该类型病患肺功能和呼吸功能普遍不佳,以昏迷、喘息、呼吸困难以及休克等为主要临床表现,病情不断进展状态下,还会对其机体其他器官以及心脏功能产生损伤,若未及时处理,可能引发严重不良后果,比如肺部感染等,甚至致其死亡^[2,3]。本次我院随机选取2021、05-2022、05的呼吸衰竭患者共30例,其中15例经早期康复护理,效果显著。报告如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

病例选取:呼吸衰竭患者;研究时间:2021、05-2022、05,30例患者随机均分成两组。纳入标准:(1)与临床诊断呼吸衰竭相关标准相符;(2)知情、自愿。排除标准:(1)自主呼吸薄弱或昏迷;(2)恶性肿瘤;(3)器官功能严重障碍。对照组:男10例、女5例;年龄48-77岁,均值(60.53±7.34)岁。观察组:9例男性、6例女性;年龄47-78岁,均值(60.64±7.22)岁。两组一般资料($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法

对照组行常规护理,观察组在其基础上采用早期康复护理,具体为:(1)床上康复:协助患者良肢摆放,被动翻身、肢体活动,注意采用适合的力度,动作轻柔;之后结合其实际康复情况,鼓励主动活动,并将活动强度、幅度逐渐扩大,避免造成再次损伤。(2)床边康复:包括床边和床上坐

位训练。通过将床头由30°逐渐抬高至90°实现床上坐位训练,每次至少10分钟,最多不超过半小时,然后将床头逐渐放平,并进行起坐训练,适应后再次实施床边坐位训练。(3)离床康复:逐渐将床上训练转换至椅子上,对其进行坐下、站起功能指导。使用有支撑功能的座椅开展坐起训练,使其逐渐恢复良肢位,并逐渐延伸为站立平衡训练、平地行走适应训练。(4)手部精细动作训练:①捏皮球训练:于患者患侧掌心之上放置约7厘米直径的皮球,并指导其反复捏皮球;②取物训练:对患者行拿笔写字、拼拼图以及捡石头等练习指导;③基本生活能力训练:包括梳头、吃饭、洗脸、衣裤穿脱、厕纸应用等训练。(5)语言和吞咽功能训练:患者每次进食前,嘱其尽可能以90°坐直,然后为其喂食。若患者无法坐位,可协助将其身体摆放至30°仰卧位,头前屈。语言训练主要包括交流能力、口语表达以及朗读等练习,面对失语、口齿不清者,应重点加强该项训练模式,鼓励其积极表达,对其错误发音进行及时纠正,促使其语言水平不断提高。(6)呼吸功能训练:以患者能够自主呼吸控制,胸腔运动改善,通气功能增强为主要目的。①腹式呼吸:嘱患者双手放置于两侧肋缘下,鼓励经鼻缓慢吸气,肩部放松,腹部鼓起,将肋缘下双手顶住,屏气2秒,缓缓呼气,不断重复,每日3次,每次15分钟。②缩唇呼吸:提醒患者坐位,经鼻深吸气,经口呼出,每次15分钟,每日3次。③立位呼吸操:嘱患者站立体位,保证呼吸平稳,肩膀与两脚同宽,先将单侧手臂放于肩部,另一侧伸直,上身分别向右、向左转动并呼气,转回时吸气,每组20次;然后于胸前两手交叉,呼气时对

¹常序芳,(1986-),女,汉,籍贯:山东省临沂市平邑县,学历:本科,职称:主管护师,研究方向:呼吸内科。

胸部进行压迫,尽可能排出肺部气体,并缓缓的上抬两臂、吸气,共进行20次。(7)心理康复:与患者多交流,掌握其情绪、心态等变化,并通过肢体、眼神、语言等方式对其进行安抚和鼓励,并为其详细说明康复训练的积极作用,使其训练配合度、重视度均明显提高。

1.3 观察指标

呼吸功能:以用力呼气量、肺活量、潮气量、气道峰值为评价指标。(2)呼吸肌耐力:f/VT(呼吸浅快指数)、Ti/Ttot(吸气时间分数)。(3)氧化应激指标:MDA(血清丙二醛)、SOD(超氧化物歧化酶)。(4)血气指标:SaO₂(动脉血氧饱和度)、PaCO₂(动脉血二氧化碳分压)、PaO₂(动脉血氧分压)。(5)炎性因子水平:TNF-α(肿瘤坏死因子-α)、IL-6(白细胞介素-6)、IL-8。

(动脉血氧分压)。(5)炎性因子水平:TNF-α(肿瘤坏死因子-α)、IL-6(白细胞介素-6)、IL-8。

1.4 统计学分析

实验数据采用SPSS24.0软件处理,计量资料以“ \bar{x} ”表示,采用 t 检验, $P < 0.05$:差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 呼吸功能

护理前,两组呼吸功能($P > 0.05$);护理后,观察组气道峰值低于对照组,余指标均高于对照组($P < 0.05$)。如表1所示:

表1 呼吸功能($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	用力呼气量(%)		肺活量(L)		潮气量(mL)		气道峰值(cmH ₂ O)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	15	55.64±3.62	65.38±5.34	2.65±0.20	3.10±0.33	386.87±4.28	430.40±3.43	31.27±3.59	28.58±3.05
观察组	15	55.66±3.59	87.55±6.97	2.64±0.18	3.90±0.65	386.58±4.05	578.12±0.67	31.25±3.64	24.08±1.63
t 值	-	0.015	9.779	0.143	4.250	0.190	163.704	0.015	5.039
P 值	-	0.988	0.001	0.886	0.001	0.850	0.001	0.988	0.001

2.2 呼吸肌耐力

护理前,两组呼吸肌耐力($P > 0.05$);护理后,观察组Ti/Ttot低于对照组,f/VT高于对照组($P < 0.05$)。如表2所示:

表2 呼吸肌耐力($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Ti/Ttot		t 值	P 值	f/VT		t 值	P 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
对照组	15	0.34±0.13	0.31±0.09	0.734	0.469	7.08±1.27	11.70±1.74	8.306	0.001
观察组	15	0.32±0.10	0.21±0.07	3.490	0.001	7.04±1.22	14.04±1.85	12.338	0.001
t 值	-	0.472	3.396	-	-	0.088	3.568	-	-
P 值	-	0.640	0.002	-	-	0.930	0.001	-	-

2.3 氧化应激指标

护理前,两组氧化应激指标($P > 0.05$);护理后,观察组MDA低于对照组,SOD高于对照组($P < 0.05$)。如表3所示:

表3 氧化应激指标($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MDA (mmol/L)		t 值	P 值	SOD ($\mu\text{g}/\text{gHb}$)		t 值	P 值
		护理前	护理后			护理前	护理后		
对照组	15	9.34±1.61	5.10±2.73	5.181	0.0001	4193.32±23.04	5103.12±12.95	133.31	0.011
观察组	15	9.40±1.03	3.02±2.09	10.604	0.001	4201.90±23.67	6217.16±11.50	296.593	0.001
t 值	-	0.121	2.343	-	-	1.006	249.126	-	-
P 值	-	0.904	0.027	-	-	0.323	0.001	-	-

2.4 血气指标

护理前,观察组SaO₂(80.39±2.21)%、PaO₂(51.80±5.85)mmHg、PaCO₂(67.00±8.22)mmHg,对照组分别为(80.42±2.32)%、

(51.67±5.56)mmHg、(66.90±8.11)mmHg, t 值为0.036、0.062、0.033, P 值为0.971、0.950、0.973,组间无明显差异($P > 0.05$)。

护理后,观察组血气指标分别为

(95.50±2.13)%、(82.66±2.07) mmHg、(42.77±0.45) mmHg, 对照组为(88.10±1.36)%、(72.44±2.71) mmHg、(51.88±1.54) mmHg, *t* 值为 11.340、11.607、21.991, *P* 值均为 0.001 (*P* < 0.05)。

2.5 炎症因子水平

护理前, 观察组 TNF- α (64.14±5.84) pg·L⁻¹、IL-6 (37.85±8.72) pg·mL⁻¹、IL-8 (144.95±16.74) pg·mL⁻¹, 对照组依次为 (63.59±6.41) pg·L⁻¹、(38.46±9.30) pgmL⁻¹、(144.63±16.61) pgmL⁻¹, *t* 值为 0.245、0.185、0.052, *P* 值为 0.807、0.854、0.958, 组间差异不显著 (*P* > 0.05)。

护理后, 观察组炎症因子水平依次为 (15.53±3.45) pg·L⁻¹、(12.86±3.20) pg·mL⁻¹、(60.33±4.55) pg·mL⁻¹, 对照组为 (25.36±4.66) pg·L⁻¹、(17.36±5.60) pg·mL⁻¹、(71.64±6.38) pg·mL⁻¹, *t* 值为 6.566、2.702、5.589, *P* 值为 0.001、0.013、0.001 (*P* < 0.05)。

3. 讨论

呼吸系统疾病患者病情发展严重时, 如呼吸道疾病、肺血管疾病、胸廓病变等, 均可能引发会通气或换气功能障碍, 对正常的气体交换不利, 从而造成呼吸衰竭, 并造成生理功能障碍、代谢紊乱症状, 必须积极为其实施机械通气治疗^[4]。

常规护理模式下, 护理人员仅仅遵医嘱对病患

进行日常药物和治疗指导, 对其各项体征、身体指标进行记录和观察, 并予以常规日常饮食等护理, 相对难以取得比较理想的护理效果, 很难满足呼吸衰竭患者的实际护理需求^[5,6]。调查发现, 早期康复护理更加符合呼吸衰竭当前的护理标准, 同时具有规范性、前瞻性等特点, 在应用过程中, 可充分参考患者的具体情况, 针对性协助指导早期被动、主动等康复训练, 对患者身体恢复更加有利, 可有效锻炼到其机体多部位, 比如关节、神经以及肌肉等, 从而对应激激素水平起到有效抑制, 使局部微循环得到良好调节, 进而将其抵抗力、免疫力提高, 加速各功能恢复, 最终促使生理功能康复效果增强^[7,8]。本研究中, 呼吸衰竭患者在院治疗期间联合早期康复护理, 包括床上康复护理、床边康复护理、离床康复护理、手部精细动作训练护理(捏皮球训练、取物训练、基本生活能力训练)、语言功能训练、吞咽功能训练、呼吸功能训练以及心理康复, 不仅在生理方面可帮助其正确利用腹部和膈肌吸气, 对其肺部能力起到充分、有效的锻炼, 从而可将肺部呼吸机能明显提高, 并大幅改善其身体素质, 还能够从心理方面有效缓解患者面对治疗和个人病情时的消极态度和情绪, 扭转其不良治护心态, 使其能够在相对健康、良好的状态下积极面对疾病, 主动配合接受各项护理操作和干预指导, 总而使整体护理效果得到优化, 最终取得良好效果, 值得推广^[9, 10]。

参考文献

- [1] 赵姗姗. 慢性阻塞性肺病康复护理自我管理方式对改善患者肺功能及生活质量的临床研究[J]. 当代临床医刊, 2021,34(06):51-54.
- [2] 车小艳, 梁毅, 蒙荣微. 结局反思型教育联合肺康复护理对改善脊髓损伤患者呼吸功能的效果观察[J]. 蛇志, 2021,33(04):453-455.
- [3] 程金红, 林灵敏, 许春柳, 等. 多学科协作康复护理在AECOPD合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021,42(22):2023-2025.
- [4] 张思圆, 张琴, 蔡宗钰. 时效性激励模式在慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴呼吸衰竭患者肺康复护理中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2021,18(31):180-184.
- [5] 刘明洋, 穆丹. 用eCASH理念对接受机械通气的ICU患者进行镇痛镇静治疗和早期康复护理的效果[J]. 当代医药论丛, 2020,18(03):220-221.
- [6] 李丹, 杨晓梅, 刘宁宁, 等. 探讨快速康复护理的实施对RICU重症呼吸衰竭患者康复的影响[J]. 实用临床护理学杂志, 2019,04(50):28-44.
- [7] 麦彩娟, 黄雪梅, 丘瑞红, 等. 康复护理自我管理对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响[J]. 实用医技杂志, 2019,26(01):106-108.
- [8] 徐丽娟, 张玉萍. 基于呼吸管理团队的康复护理在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭机械通气患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2018,15(23):152-155.
- [9] 史慧芳. 无创通气结合早期肺康复护理对慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭患者的应用[J]. 双足与保健, 2018,27(10):50-52.
- [10] 董玉洁, 刘庆, 宋梦娟, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者经鼻气管插管的康复护理及对肺功能的影响[J]. 智慧健康, 2017,03(03):62-64.