

综合康复护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能改善效果的分析

刘青

仙桃市第一人民医院 湖北 仙桃 433000

【摘要】目的：探讨综合康复护理对老年慢性阻塞性肺疾病（COPD）患者肺功能改善的应用效果。方法：选取2024年4月至2025年7月本院120例老年COPD患者，随机分为观察组（60例，常规护理+综合康复护理）与对照组（60例，常规护理），比较干预前后肺功能、生活质量及运动耐力。结果：干预后，观察组FEV1、FVC等肺功能指标均高于对照组（ $P<0.05$ ）；SGRQ各维度评分及总分低于对照组（ $P<0.05$ ）；6MWD长于对照组，mMRC评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：综合康复护理能有效改善老年COPD患者肺功能，提高生活质量与运动耐力，值得推广。

【关键词】：老年；慢性阻塞性肺疾病；综合康复护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.009

慢性阻塞性肺疾病（COPD）作为老年人群高发的慢性呼吸系统疾病，在我国60岁以上人群中患病率达27.4%，常致使肺功能下降、生活质量降低以及加重家庭与社会负担，且老年患者因生理机能衰退、基础病多而病情更复杂，常规药物治疗仅能缓解症状却难以改善整体功能^[1]。肺康复作为COPD非药物治疗核心，已被2023年GOLD指南推荐。综合康复护理整合呼吸训练、运动锻炼等多维度干预，可针对性解决老年患者需求^[2]。但目前国内相关研究不足，本研究通过对比常规护理与综合康复护理效果，评估其对老年COPD患者肺功能、生活质量及运动耐力的影响，为临床护理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年4月至2025年7月本院呼吸内科120例老年COPD患者，随机分为观察组与对照组，各60例。其中观察组男38例、女22例，平均（ 68.73 ± 5.42 ）岁，平均病程（ 10.85 ± 4.26 ）年，COPD II级16例、III级28例、IV级16例；对照组男35例、女25例，平均（ 69.15 ± 5.68 ）岁，平均病程（ 11.02 ± 4.51 ）年，COPD II级14例、III级30例、IV级16例。两组基线资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合COPD诊断、年龄 ≥ 60 岁、病情稳定、意识清晰、预计生存期 ≥ 6 个月且知情同意。

排除标准：合并重要脏器不全、恶性肿瘤、严重骨关节/神经系统疾病、认知/精神障碍、近3月行系统康复训练及依从性差者。本研究经伦理审批。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受常规护理干预。主要内容包括：（1）遵医嘱给予支气管舒张剂、糖皮质激素等药物治疗，做好用药指导和观察；（2）监测生命体征变化，及时发现并处理异常情

况；（3）保持病房环境整洁、安静，温湿度适宜；（4）指导患者合理饮食，保证充足的营养摄入；（5）进行基础的呼吸功能锻炼指导；（6）开展疾病相关健康教育，告知注意事项。

1.2.2 观察组

观察组患者在常规护理基础上实施综合康复护理干预，具体措施如下：

（1）呼吸功能训练：①缩唇呼吸训练：指导患者用鼻深吸气，然后缩唇如吹口哨状缓慢呼气，呼气时间应为吸气时间的2~3倍。每次训练10~15分钟，每日3~4次。训练过程中护理人员进行示范和纠正，确保患者掌握正确方法。②腹式呼吸训练：患者取坐位或半卧位，一手放于胸部，一手放于腹部，通过鼻缓慢深吸气使腹部隆起，然后缩唇缓慢呼气使腹部回缩。每次训练15~20分钟，每日2~3次。③有效咳嗽训练：指导患者采取坐位，身体略前倾，进行深吸气后屏气3~5秒，然后用力咳嗽，促进痰液排出。对于咳嗽困难者，配合叩击背部辅助排痰。

（2）运动锻炼计划：根据患者的身体状况和运动耐力，制定个性化的运动方案。①上肢运动：包括双臂前平举、侧平举、上举等动作，每个动作重复10~15次，每日2次。②下肢运动：进行踝关节屈伸、膝关节屈伸、直腿抬高训练，每个动作重复15~20次，每日2次。③有氧运动：根据患者耐受情况，指导进行步行、慢走等低强度有氧运动。初始阶段每次10~15分钟，逐渐延长至30分钟，每日1~2次。运动强度以患者感觉轻度疲劳但不产生明显不适为宜。④呼吸操训练：结合呼吸训练进行全身性运动，包括扩胸运动、体转运动、弯腰运动等，每次15~20分钟，每日1次。

（3）营养支持干预：①评估患者的营养状况，测量体重指数（BMI）、人血白蛋白等指标；②根据评估结果制定个性化营养方案，指导患者摄入高蛋白、高热量、高维生素的食物；

③建议少食多餐，每日进餐5~6次，避免一次性进食过多导致腹胀影响呼吸；④对于食欲不振者，适当给予口服营养补充剂；⑤鼓励患者多喝水，每日饮水量1500~2000ml，保持呼吸道湿润，利于痰液排出。

(4) 心理支持与疏导：①主动与患者沟通交流，了解其心理状态和情绪变化；②针对患者的焦虑、抑郁等负性情绪，进行针对性的心理疏导和支持；③鼓励患者倾诉内心感受，给予理解和安慰；④介绍康复成功的案例，增强患者的治疗信心；⑤指导患者进行放松训练，如深呼吸、冥想等，缓解精神压力；⑥必要时邀请心理咨询师进行专业心理干预。

(5) 健康教育指导：①系统讲解 COPD 的相关知识，包括疾病的发生发展、影响因素、治疗方法等；②指导患者正确使用吸入装置，掌握用药时机和方法；③强调戒烟的重要性，对于吸烟患者进行戒烟干预；④指导患者识别疾病急性加重的早期症状，学会自我监测；⑤讲解预防呼吸道感染的方法，如注意保暖、避免接触感染源、及时接种流感疫苗和肺炎疫苗等；⑥制作健康教育手册发放给患者及家属，便于反复学习。

(6) 家庭康复延续护理：①出院前对患者及家属进行系统的康复训练指导，确保其能够在家中继续进行康复锻炼；②建立随访档案，通过电话、微信等方式进行定期随访，了解患者在家康复情况；③每周电话随访1次，每月门诊随访1次，及时解答患者疑问，调整康复方案；④鼓励患者加入 COPD 病友互助小组，分享康复经验，相互鼓励支持。

1.3 观察指标

(1) 肺功能指标：用肺功能仪测 FEV1、FVC、FEV1/FVC、FEV1%pred，于干预前及干预3个月后检测记录。

(2) 生活质量评分：用 SGRQ 量表（含症状、活动能力、疾病影响维度，0-100分，分数高则生活质量差），于干预前后评估。

(3) 运动耐力指标：测 6MWD（平直走廊快走6分钟，越长越好）及 mMRC（0-4级，级越高呼吸困难越重），均于干预前后测定。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析：计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内干预前后比较采用配对 t 检验；计数资料以例数和百分率[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后肺功能指标比较

干预3个月后，两组患者的 FEV1、FVC、FEV1/FVC 及 FEV1%pred 较干预前改善且观察组各项指标改善程度明显优于对照组（差异均有统计学意义，均 $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者干预前后肺功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t 值	P 值
FEV1(L)				
干预前	1.18±0.35	1.21±0.38	0.465	0.643
干预后	1.65±0.42	1.38±0.40	3.627	0.000
t 值	7.152	2.894		
P 值	0.000	0.000		
FVC(L)				
干预前	2.24±0.58	2.28±0.62	0.373	0.710
干预后	2.83±0.64	2.51±0.59	2.906	0.004
t 值	5.837	2.465		
P 值	0.000	0.016		
FEV1/FVC(%)				
干预前	52.68±8.42	53.15±8.78	0.306	0.760
干预后	58.32±9.16	54.89±8.94	2.114	0.037
t 值	4.025	1.326		
P 值	0.000	0.189		
FEV1%pred(%)				
干预前	45.72±10.35	46.28±10.89	0.294	0.769
干预后	58.94±11.62	50.17±11.24	4.327	0.000
t 值	7.483	2.418		
P 值	0.000	0.018		

2.2 两组患者干预前后生活质量评分比较

干预3个月后，两组患者的 SGRQ 各维度评分及总分较干预前下降幅度方面，观察组明显大于对照组，且差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者干预前后 SGRQ 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

维度	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t 值	P 值
症状				
干预前	62.35±12.48	63.17±13.02	0.362	0.718
干预后	38.26±10.54	54.83±11.76	8.264	0.000
t 值	12.056	4.283		
P 值	0.000	0.000		

活动能力				
干预前	68.94±14.26	69.58±14.82	0.248	0.805
干预后	42.17±11.38	60.45±13.29	8.206	0.000
t 值	11.894	4.107		
P 值	0.000	0.000		
疾病影响				
干预前	65.83±13.72	66.42±14.15	0.238	0.812
干预后	40.68±10.96	57.26±12.84	7.753	0.000
t 值	11.526	4.356		
P 值	0.000	0.000		
总分				
干预前	65.71±12.58	66.39±13.24	0.295	0.768
干预后	40.37±10.29	57.51±11.96	8.569	0.000
t 值	12.634	4.492		
P 值	0.000	0.000		

注：续表 2。

2.3 两组患者干预前后运动耐力指标比较

干预 3 个月后，观察组 6MWD 的明显增加以及 mMRC 评分的明显降低且改善程度均优于对照组这一情况（差异均有统计学意义，均 $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组患者干预前后运动耐力指标比较 (x±s)

指标	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t 值	P 值
6MWD(m)				
干预前	285.43±58.62	288.76±61.24	0.312	0.756
干预后	398.65±64.28	325.18±59.37	6.693	0.000
t 值	10.847	3.826		
P 值	0.000	0.000		

参考文献：

- [1] 牟玉梅.综合康复护理在老年高血压合并慢阻肺患者中的应用价值[J].中国现代医药杂志,2024,26(05):86-88.
- [2] 张铃.综合康复护理对老年高血压合并慢阻肺患者血压控制及肺功能的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2024,12(01):22-24+12.
- [3] 陈春红,洪燕松.综合康复护理干预对老年高血压合并慢阻肺患者的影响分析[J].心血管病防治知识,2023,13(13):58-60.
- [4] 杨秋玲.综合康复护理干预对高血压合并老年患者肺功能的影响分析[J].心血管病防治知识,2022,12(09):73-75.

mMRC 评分(分)				
干预前	2.85±0.74	2.92±0.79	0.515	0.607
干预后	1.38±0.56	2.35±0.68	8.669	0.000
t 值	13.264	4.758		
P 值	0.000	0.000		

3 讨论

3.1 综合康复护理对肺功能的改善价值

本研究 3 个月干预结果显示，观察组 FEV1、FVC 等肺功能指标显著优于对照组，印证了综合康复护理的临床价值。老年 COPD 患者因呼吸肌衰退、肺弹性下降，气流受限问题突出。缩唇呼吸通过维持呼气气道压力减少气体陷闭，腹式呼吸提高膈肌收缩效率，二者协同改善肺泡通气；有效排痰训练清除气道分泌物，降低通气阻力^[3]。虽 3 个月干预短于肺康复 8-12 周的理想周期，但仍实现 FEV1 等指标的明显提升，说明系统化训练的即时获益。

3.2 对生活质量的多维提升效应

SGRQ 评分显示观察组生活质量改善更显著，与全病程管理的研究结论一致。症状维度上，呼吸训练减轻气短症状，营养支持降低感染风险，双重作用下症状负担大幅缓解；活动能力维度中，个性化运动计划逐步增强肌肉力量，使患者日常活动受限减轻；疾病影响维度的心理疏导与健康教育，改善焦虑情绪并减少急性发作，降低疾病对心理与社会功能的干扰，实现生活质量全方位优化。

3.3 运动耐力与呼吸困难的改善机制

观察组 6MWD 延长、mMRC 评分降低，体现运动耐力的有效提升。低强度有氧训练逐步增强心肺适应性，上下肢力量训练减少运动耗能，呼吸训练与运动的结合则帮助患者更好地控制呼吸节奏，减轻运动中呼吸困难。这种“训练-适应-提升”的循环，使患者运动耐受阈值提高，日常活动能力与独立性增强，形成康复良性循环^[4]。

综上，3 个月综合康复护理虽为短期干预，但已能有效改善老年 COPD 患者肺功能、生活质量与运动耐力，且契合临床便捷实施需求，值得推广。