

循证护理对老年慢阻肺急性加重期患者的研究

欧阳芳

广州市越秀区登峰街社区卫生服务中心 广东 广州 510000

【摘要】目的：探究循证护理对老年慢阻肺急性加重期患者的影响。方法：选取本院100例老年慢阻肺急性加重期患者100例，时间为2024年3月—2025年9月，随机分组，对照组50例，采用常规护理，观察组50例，采用循证护理，对比两组患者的护理效果。结果：观察组患者护理后肺功能指标、炎症因子水平、并发症发生情况、自我护理能力及生活质量，均优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：循证护理对老年慢阻肺急性加重期患者具有积极影响，有助于患者肺功能指标、炎症因子水平提高，还能降低患者并发症发生率，提高患者自我护理能力及生活质量，效果显著，值得推广。

【关键词】循证护理；老年；慢阻肺急性加重期；肺功能；炎症因子水平

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.060

慢性阻塞性肺疾病（COPD）是一种以持续通气障碍为主要表现的进展性呼吸道疾病，急性加重期（AECOPD）是病情恶化、反复住院甚至致死的关键阶段。由于我国人口的不断老化，老年AECOPD患者所占比例呈上升趋势，这一人群免疫功能下降、多脏器功能下降，且多伴有各种基础疾病，使其情况变得更加复杂，使治疗更加困难^[1]。而对其进行积极的干预是提高其预后的关键。常规护理模式以经验为主，不具个体化与科学化，不能适应老年AECOPD患者多样化的照护要求^[2]。循证护理是一种基于循证、临床经验与患者意志相结合的一种全新的护理方式，它能够通过系统地获取最优证据，并将其转换为临床行为，从而提供更精确、更有效的护理服务，有助于提升护理效果，为此本研究将重点分析循证护理对老年慢阻肺急性加重期患者的影响，具体如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选取本院100例老年慢阻肺急性加重期患者，时间为2024年3月—2025年9月，随机分组，对照组50例，观察组50例。对照组最大78岁，最小60岁，平均（68.11±4.02）岁，男女比例26:24；观察组最大79岁，最小60岁，平均（68.19±4.11）岁，男女比例27:23。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），本研究不违反国家法律法规，符合医学伦理原则。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规护理干预。包括对患者重要指标进行监护，包括血氧饱和度；指导患者有效咳嗽排痰；提供饮食及休息指导；常规出院健康教育。

1.2.2 观察组

采用循证护理模式，具体实施流程如下：

提出循证问题：针对老年AECOPD患者的临床特征，探讨其关键问题：怎样通过合理的干预措施，提高肺功能，减少

炎症反应；探讨预防和治疗并发症的方法，提高患者的自理水平和生活质量。

证据检索与筛选：通过中国知网、万方，搜索循证护理、老年、肺功能、慢性阻塞性肺疾病急性加重期和防治并发症等关键词。通过对国内外文献的检索，收集代表性文献。根据临床实践和患者个人状况，对所搜集到的证据进行真实性和适用性评估，建立个人循证护理计划并执行：

病情精准评估：在住院24h之内对患者进行详细的生命体征、血氧饱和度、动脉血气分析、肺功能监测等。

氧疗优化护理：根据血气分析结果选择氧疗方式，轻度低氧血症患者。给予鼻插管的低流量（1~2L/min）供氧，对于中度及以上的患者，使用面罩进行精准的氧气控制（24%~60%），使血氧饱和度保持在88%~92%，防止因高氧引起的CO₂潴留。根据患者的实际情况，对氧流量及氧浓度进行动态调节。

气道护理：依据患者痰质和排痰情况，制订个性化的气道廓清治疗计划。对痰液黏性较大患者，采用雾化法，每天2~3次；指导患者进行腹式呼吸及缩唇呼吸训练，配合体位引流，每天2次，一次15~20min。对自主排痰困难者，应用高频率的胸腔振动装置帮助患者清除痰液，同时注意患者耐受情况和血氧变化。

用药护理：按照医生要求，按时、定量服药。根据老年患者认知特点，通过可视化教学结合反复演练，来引导患者合理地使用吸入器，以免因使用不当降低效果。观察患者心悸、震颤等副作用，观察激素对血糖和骨质的影响，定期检测血糖及骨密度，必要时补充钙剂和维生素D。

术后并发症防治：在防治血栓形成方面，采用力学防治（加压长筒袜）结合用药（低分子肝素皮下注射），指导患者进行床上踝泵运动及下肢抬举训练，每小时10~15次。在预防感染方面，要做到严格的无菌操作和手部卫生，每天对病室进行紫外线消毒，对患者的痰和分泌物进行特殊处置；建议患者做

好预防感冒和肺炎链球菌感染的工作。

营养支持：根据患者的营养情况，制定个体化的高热量、高蛋白、易消化的膳食计划，每天的热量比基本需要提高20%~30%，以优质蛋白如乳清蛋白、鱼肉为主，补充维生素C、维生素E和 ω -3脂肪酸等。采取少量多餐制（每日6~8次），进食时取30°半卧位，避免误吸，饭前做好呼吸道清洁。

心理与社会支持：采用认知-行为治疗方法对患者进行焦虑和抑郁情绪的缓解，并引导其进行逐步的肌松弛和禅修。将家庭成员纳入该项目中，训练其家人在药物使用和疾病观察方面的技能。成立患者互助团体，以促进患者之间的交流，缓解孤独。

延续性护理：在患者出院之前，要制订一个个体化的康复方案，其中包含了居家氧疗的指导、呼吸功能锻炼的方案、用药清单，以及出现痰液发黄、发热、呼吸困难加重等症状的早期征兆。在住院期间，医护人员应建立出院后随访机制，通过电话或微信每1~2周随访1次，持续3个月，及时解答患者疑问并调整护理方案。

1.3 观察指标

对两组患者FEV₁（第1秒用力呼气容积）、FEV₁/FVC（第1秒用力呼气容积/用力肺活量）等肺功能指标进行检测比较。

对两组患者血清IL-1 β （白细胞介素-1 β ）、TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）等炎症因子指标水平进行检测比较。

对患者住院期间肺部感染加重、深静脉血栓、呼吸衰竭等并发症发生率进行统计比较。

将自我管理能力（ESCA）评分，作为标准，对患者自我护理能力进行评估，总分172分，得分越高，能力越强。将圣乔治呼吸问卷（SGRQ）评分作为标准，评估生活质量，总分100分，得分越低，生活质量越好。

1.4 统计学分析

以SPSS24.0版本软件处理数据，计量资料以“ t ”计算，计数资料用 χ^2 检验，分别以 $(\bar{x}\pm s)$ 、 $(\%)$ 表示， $P<0.05$ 为有统计学意义

2 结果

2.1 患者肺功能指标

两组患者干预前，FEV₁和FVC差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。观察组干预后FEV₁、FEV₁/FVC分别为 (1.85 ± 0.32) L和 $(62.3\pm 5.8)\%$ ；对照组干预后，分别为 (1.57 ± 0.26) L和 $(55.62\pm 5.28)\%$ ，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.2 患者炎症因子水平

两组患者干预前，血清IL-1 β 、TNF- α 水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。观察组干预后IL-1 β （ 8.27 ± 1.54 ）pg/mL，

TNF- α （ 15.39 ± 2.67 ）pg/mL；对照组干预后IL-1 β （ 11.79 ± 1.86 ）pg/mL，TNF- α （ 19.84 ± 3.16 ）pg/mL，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.3 患者并发症发生率

观察组住院期间并发症发生率为6.0%（3/50），其中肺部感染加重1例、深静脉血栓1例、呼吸衰竭1例；对照组并发症发生率为20.0%（10/50），肺部感染加重4例、深静脉血栓3例、呼吸衰竭2例、心律失常1例。观察组并发症发生率显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.4 患者ESCA评分及SGRQ评分

两组患者干预前，ESCA评分及SGRQ评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。观察组干预后，ESCA量表评分（ 135.67 ± 12.86 ）分，SGRQ量表评分为（ 32.57 ± 6.24 ）分；对照组干预后ESCA量表评分（ 108.93 ± 11.57 ）分，SGRQ量表评分为（ 48.77 ± 7.56 ）分，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

老年COPD是一种危害老年人身体健康的常见慢性病。AECOPD是病程发展的重要环节，表现为肺功能急剧下降，炎症反应加剧，易发生肺部感染和深静脉血栓形成，严重影响患者的生活质量与自我管理能力。目前，虽然常规护理可以达到基本的治疗要求，但是由于缺少针对老年人生理特征和疾病个体差异的考虑，对于改善肺功能、控制炎症和防治并发症的作用十分有限。循证护理是一种将专业判断和患者需要相结合，以临床证据为核心的一种全新的护理方式，为解决老年AECOPD患者护理难题提供了新的思路，可有效提升护理效果^[3]。

本次研究结果表明，观察组患者干预后FEV₁、FEV₁/FVC优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。分析原因，基于循证护理对肺部损伤进行精准干预，在入院24h之内，对患者进行全身检查，如动脉血气、肺功能等，以指导临床合理的给氧治疗，保证血氧饱和度在88%~92%之间，改善缺氧状况，防止因高氧引起的二氧化碳潴留，减轻肺功能损害。个体化气道护理可显著提高气道的通畅性，根据患者痰液黏稠特性，采用雾化吸入、体位引流、胸腔振动等多种干预手段，结合腹式呼吸和缩唇呼吸练习，强化呼吸肌群，加速痰液排出，减少气道阻力，为术后肺部康复提供有利的基础。

观察组干预后患者炎症因子水平优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。分析原因，循证护理通过对气道进行精确护理，可使呼吸道中的痰液和分泌物得到有效清理，从而降低炎症因子的产生和释放，从根源上遏制炎症因子的扩散。在此过程中，采用个体化的营养支持计划来抑制炎症疾病的发生，增加高热量、高蛋白食品的摄入，以及补充一些具有抗炎作用的维生素C、维生素E和 ω -3不饱和脂肪酸，从而提高患者身体免疫功能，提高组织的自我修复能力。通过视觉演示和重复

练习,提升吸入器的应用精度,防止由于操作不当造成的用量过少,保障抗炎药物对炎性因子的抑制^[4]。

观察组患者并发症发生率,低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)分析原因循证护理是指在手术前进行24h的综合评价,及早发现术后并发症的高风险因子,制订有针对性的防治计划。采用加压长筒袜与低分子肝素联合干预,可改善肢体的血液循环,减少血栓的发生。在防止感染的过程中,要做到严格的无菌操作和手卫生,要做好病房的消毒和分泌物的管理工作,还要对患者进行流感和肺炎链球菌的防治,从环境和个人两个层次上建立起一道有效的保护屏障。另外,连续性的照顾保证了患者在出院后的健康状况得到了连续的监控,通过常规的跟踪,可以让患者在早期发现诸如痰黄、发热等早期表现,从而对护理计划进行适当的修改,从而防止疾病的进一步发展而导致的严重并发症^[5]。

观察组干预后患者ESCA评分及SGRQ评分,优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)分析原因基于循证护理通过建立患者的心理和社会支持系统,可以有效地缓解患者的焦虑和抑郁情绪,通过认知-行为疗法和肌肉放松疗法来调节患者的精神状况,并通过家属的积极参加和患者互助小组的创建,在给患者带来切实的照顾的基础上,减少孤独感,提高医疗依从性。延续护理通过对患者提出的问题进行即时的询问和修改,使患者自护能力得以提升。呼吸困难和咳嗽等症状得到了直接的缓解精神状况的提高和自我控制的提高,也会让患者对生活充满自信,更好地融入日常生活,使得SGRQ评分明显下降^[5]。

综上所述,循证护理对老年慢阻肺急性加重期患者具有积极影响,有助于患者肺功能指标、炎症因子水平提高,还能降低患者并发症发生率,提高患者自我护理能力及生活质量,效果显著,值得推广。

参考文献:

- [1] 蔡丹,吕修芳.基于循证理论的临床护理路径对老年慢阻肺合并2型糖尿病患者血糖控制、肺功能、心理状态的影响[J].糖尿病新世界,2024,27(7):167-170.
- [2] 韩秀媛.循证护理在慢阻肺患者临床护理中的应用效果分析[J].中华养生保健,2024,42(1):136-139.
- [3] 莫怡坚.基于最佳循证证据总结的早期康复在慢阻肺患者获得性衰弱改善中的应用[J].黑龙江医药,2023,36(6):1468-1471.
- [4] 张丽萍.循证理论下连续性协同干预对慢性阻塞性肺疾病患者的应用效果分析[J].黑龙江中医药,2023,52(6):196-198.
- [5] 赵丽娜.循证支持全方位护理在慢阻肺合并糖尿病患者中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2023,30(12):24-29.