

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.01.021

· 护理园地 ·

中西医结合护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者疲劳及心理状况的影响

张 哲

辽宁中医药大学附属医院, 沈阳 110032

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是以不可逆性气流受限为特征的肺部疾病,主要表现为咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘憋等症状,且症状会随气流的受限程度而呈进行性发展。COPD 的发生多与吸烟、年龄增大、环境污染、肺部受到有毒、有害气体或物质侵袭等因素密切相关。随着病情进展,COPD 患者会出现低氧血症、高二氧化碳血症等,其正常睡眠及日常活动受到影响,此时容易产生焦虑、烦躁、抑郁等不良情绪,而心理问题亦会加重患者呼吸困难、疲劳、睡眠障碍等症状,如此往复,形成恶性循环^[1]。大多数医者把精力集中在对 COPD 患者肺部功能的康复治疗 and 护理中,忽视了因呼吸困难而造成的身心疲劳对患者的影响。本研究通过对 COPD 患者进行中西医结合护理干预,探究中西医结合护理对 COPD 患者疲劳及心理状况的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 4 月—2018 年 10 月期间于本院呼吸内科住院治疗的 COPD 患者 140 例,通过随机数字表分成对照组和干预组,每组 70 例。对照组,其中男 38 例,女 32 例;年龄 30~70 岁,平均年龄(55.90±7.34)岁。干预组,其中男 36 例,女 34 例;年龄 31~70 岁,平均年龄(56.55±6.49)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:以中华医学会呼吸分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊疗指南》^[2]为参考标准,所有入选患者需满足以下几点:①满足 COPD 分级,即:I 级为轻度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $FEV_1\geq 80\%$;II 级为中度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $50\%\leq FEV_1<80\%$;III 级为重度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $30\%\leq FEV_1<50\%$;IV 级为极重度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $FEV_1<30\%$;②具有一定文化

水平,能与医护人员进行无障碍的语言和文字沟通;③能够遵循医嘱进行治疗;④治疗前尚未接受其他相关类似治疗;⑤患者自愿参与并签署知情同意书。

排除标准:①恶性肿瘤;②伴有心、肝、肾、血液系统、免疫系统或其他系统严重疾病;③伴有严重的精神疾病、听力或视觉障碍;④非呼吸道疾病引起的活动障碍,如骨折等。

1.3 治疗方法

分别对 2 组患者进行常规对症支持治疗,对照组在常规治疗基础上进行常规护理干预,包括入院宣教、吸氧、咳嗽、咯痰指导及出院指导等。

干预组在对照组的基础上加以中西医结合护理干预,内容包括疾病认知干预、心理干预、生活行为干预、呼吸功能训练、体育锻炼以及穴位按摩,具体内容如下。

疾病知识干预:对患者进行相关知识的科普,对 COPD 的发病机理、疾病诊断、氧疗方法以及预后等方面进行宣教,大多数患者由于缺乏对相关知识的了解,因而在疾病早期应对失措;指导患者在遵医嘱进行抗生素、化痰、糖皮质激素等药物治疗的同时,密切观察药物可能出现的不良反应;向患者及家属发放 COPD 教育手册,提高患者和家属对疾病的认识,促进患者康复,同时提高患者的自我保护能力。

心理干预:由于患者长期遭受呼吸困难、憋闷、咳嗽、气短等问题的困扰,大多患者会出现不同程度的心理问题,医护人员应首先帮助患者平静、快速地适应病房环境,在与患者沟通和交谈的过程中,了解患者的性格和心理问题,运用温柔、和蔼、亲切的态度排解患者心中压力,同时嘱咐患者家属和朋友多与患者沟通、互动,缓解其不良情绪,最大限度地发挥家庭治疗作用发挥到极致。医护人员通过与患者进行有效的沟通,不仅可以有效地排解患者的不良情绪,消除孤独感,还可为患者树立良好的战胜病魔的决心^[3]。

生活行为干预:首先对患者进行身高体重指数的

测定,并以单位体重静息能量消耗来计算其实际能量需求。帮助患者建立合理的膳食结构,指导其进行低盐低脂饮食,在补充蛋白质的同时多吃维生素含量高的食物,切勿暴饮暴食,每天保证足够的饮水。对于咳嗽气短,动则加重,神疲乏力,自汗的肺气虚患者,可选择具有补益肺气作用的食物,如大枣、瘦肉、猪肺、鸡肉、山药和黄芪等,可熬制成粥食用;对于咳嗽气短,动则加重,自汗,食少纳呆、腹胀、大便溏薄的脾肺气虚者,可选择具有补肺健脾的食物,如薏苡仁、大枣、蜂蜜、桂圆、山药、百合、白扁豆、白术等,制粥或煲汤食用;对于咳嗽气短,颜面浮肿,腰膝酸软,小便频数的肺肾气虚患者,可多食用滋补肺肾的食物,如黑芝麻、核桃、动物肾脏、木耳、百合、阿胶等,制成粥、汤或膏滋以服用。督促患者戒烟,并指导其进行正确的排痰方式;对于气道被痰堵塞者,可进行雾化治疗。

呼吸功能训练:指导患者进行腹式呼吸法和缩唇呼吸法。腹式呼吸法可选择半卧位,首先双膝微曲放松胸腹肌肉,两手放在前胸和腹部,再用鼻子均匀吸气,使放在腹部的手有被向上抬起的感觉,而放在胸部的手位置无变化,即为吸气;再用口呼气,使放在腹部的手有下降的感觉,而放在胸部的手位置无变化,即为呼气。缩唇呼吸法:闭嘴经鼻吸气、口唇缩成吹口哨状呼气,收腹、胸部前倾,缓慢呼气,保证吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3。进行正确的走路呼吸法,吸气时走两步,呼气时走四步。训练患者进行有效的呼吸功能锻炼,如扩胸、提肩、转体等。

体育锻炼:依据患者不同病情,制定合理的体育锻炼,训练内容主要以有氧运动训练为主,如散步、登山、爬楼梯等,通过合理的运动,既能调节患者心情,又可促进肺部功能的恢复,一举两得。

穴位按摩:取俯卧位,对患者进行背部俞穴按摩,按摩顺序遵循心俞、肝俞、双侧肺俞、脾俞和肾俞。运用滚法和掌揉法按摩 15~20 min,1 次/日,用力均匀、柔和,频率 100~120 次/min,不可过轻、过重、过快或过慢;在对患者进行穴位按摩的同时,向患者家属进行讲解和指导,使患者出院后在家中也能进行有关按摩。

2 组患者均连续干预 21 d 后进行疗效评价。

1.4 观察指标与疗效判定标准

观察 2 组患者治疗前后的疲劳量表、焦虑抑郁量表、匹兹堡睡眠质量评分、呼吸困难分级量表变化情况。①疲劳量表:量表内容参考文献[4],包括综合疲

劳、体力疲劳、活动减少、动力降低以及脑力疲劳等方面,每个方面又分 4 个条目,每个条目分 6 个等级,其中 1 分示为根本不符合,2 分示为不符合,3 分示为可能符合也可能不符合,4 分示为基本符合,5 分示为完全符合,最终得分越高表示疲劳程度越大。②焦虑抑郁量表:可分为焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),每个量表分 20 个条目。其中 SAS 以中国人正常的平均心理水平为标准,得分越高表示焦虑程度越严重;SDS 量表得分等于题目累计得分除以 80,得分越高表示抑郁程度越严重。③匹兹堡睡眠质量评分:该量表共分为 7 个条目,从睡眠质量、入睡时间、睡眠延迟、睡眠障碍、催眠用药、日间功能障碍、睡眠紊乱等方面进行测评,每条目分 4 个等级,满分为 21 分,得分越高表示睡眠质量越差^[5]。④呼吸困难分级量表:其中 0 分为没有呼吸困难,1 分为快走或上坡行走时偶有气短,2 分为因呼吸困难而比正常情况时走得慢或以未病时的速度于平地上行走时需要停下来进行喘促呼吸,3 分为在平地上慢行数分钟后需要停下来呼吸,4 分为静止时仍出现明显的呼吸困难。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件对本研究结果进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组疲劳量表评分比较

治疗前,2 组疲劳量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组疲劳量表各项评分较前均有所降低($P < 0.05$),且干预组明显低于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 2 组焦虑、抑郁量表及呼吸困难分级量表评分比较

治疗前,2 组焦虑、抑郁量表及呼吸困难分级量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组上述评分较治疗前均有所降低($P < 0.05$),且干预组明显低于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 2 组匹兹堡睡眠质量评分比较

治疗前,2 组匹兹堡睡眠质量评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组匹兹堡睡眠质量各项评分较治疗前均有所降低($P < 0.05$),且干预组明显低于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 1 2 组患者疲劳量表评分比较($n=70$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	综合疲劳	体力疲劳	活动减少	动力降低	脑力疲劳	总分
对照组	治疗前	15.44±3.52	14.29±3.40	14.48±3.44	15.25±4.51	13.29±3.90	73.58±11.17
	治疗后	12.80±3.33*	12.50±2.34*	12.70±3.09*	13.64±4.42*	11.80±3.11*	55.73±9.14*
干预组	治疗前	15.54±3.48	14.29±3.82	14.98±3.44	15.53±4.47	14.21±4.40	74.59±11.99
	治疗后	7.80±2.22* [△]	6.98±1.52* [△]	7.09±2.33* [△]	8.88±2.32* [△]	7.77±2.35* [△]	36.71±8.09* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$ 表 2 2 组患者焦虑、抑郁量表及呼吸困难分级量表评分比较($n=70$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分	呼吸困难分级量表评分
对照组	治疗前	51.73±5.08	0.65±0.03	3.21±0.58
	治疗后	48.50±5.45*	0.53±0.02*	2.56±0.53*
干预组	治疗前	48.50±5.45	0.53±0.02	3.33±0.52
	治疗后	40.33±5.78* [△]	0.44±0.03* [△]	1.03±0.25* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$ 表 3 2 组患者匹兹堡睡眠质量评分比较($n=70$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠延迟	睡眠障碍	催眠用药	日间功能障碍	睡眠紊乱	总分
对照组	治疗前	2.34±0.51	2.32±0.49	2.21±0.40	2.23±0.43	2.24±0.34	2.17±0.47	2.37±0.51	12.85±3.37
	治疗后	1.80±0.35*	1.45±0.38*	1.70±0.40*	1.64±0.43*	1.84±0.42*	1.49±0.33*	1.78±0.48*	8.77±2.04*
干预组	治疗前	2.23±0.44	2.29±0.42	2.21±0.38	2.25±0.46	2.19±0.45	2.21±0.50	2.27±0.50	13.56±3.19
	治疗后	0.80±0.21* [△]	0.91±0.29* [△]	1.02±0.33* [△]	1.01±0.32* [△]	0.75±0.19* [△]	0.93±0.20* [△]	1.10±0.25* [△]	4.72±1.11* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$

3 讨论

COPD 作为慢性呼吸系统疾病,患者除了呼吸困难之外,疲劳是其不可忽视的症状。50% 以上的 COPD 患者会出现疲劳,而疲劳是机体主观不适感及对能量消耗程度的综合反映,当机体能量耗损到一定程度时会出现身体和心理上的双重疲倦感。COPD 患者的疲劳感会因病情变化而发生改变,并受多方面因素影响。大多数 COPD 患者因为受到呼吸、饮食、睡眠以及活动方面的限制,因此往往会出现郁闷、烦躁等不良情绪,如若不及时发现进行疏导治疗,轻者会影响疾病康复,重者甚至会危及生命。

中医将 COPD 归属于“咳嗽”、“肺胀”等范畴,其发病因素多与肺、脾、肾三脏气虚相关,其中肾为先天之本,主纳气,脾为后天之本,主运化,肺为华盖之器,主行气,一切呼吸系统疾病均离不开肺、脾、肾三脏。《素问》有云:“脾生肉,肉生肺”,而若饮食不节,脾不水谷运化,则肺的主气和司呼吸的功能必将受损^[6]。本研究将干预重点之一着手于饮食的中医分型干预,通过食物及药膳的方法发挥其各自功效,摄精华而化气血,气血足则各脏腑功能才能发挥其正常的生理作

用。而大多数 COPD 患者发病后病情恶化主要表现为呼吸困难,通过对患者进行呼吸功能的锻炼,采用腹式呼吸法和缩唇呼吸法,可有效缓解呼吸受限的问题。中医学说博大精深,素有“不通则痛”的观点,而疲劳的发生常因肝脾不合导致气滞血瘀、瘀而化火,多实而少虚;本研究通过对五脏背俞穴进行按摩,发挥疏通气血、祛邪扶正、舒筋通络的作用。此外,通过对患者进行疾病知识、心理疏导及体育锻炼等干预,患者身心均得到很好的治疗,有效缓解其疲劳^[7-8]。本研究结果发现,2 组的疲劳量表、焦虑、抑郁量表、匹兹堡睡眠质量评分、呼吸困难分级量表较治疗前均有所改善,且干预组明显优于对照组,说明中西医结合护理干预治疗 COPD 能够有效缓解咳嗽、喘憋、疲劳、失眠、烦躁等症状,减轻患者痛苦,改善生活质量。

综上所述,采用中西医结合护理干预治疗 COPD 能够有效缓解患者疲劳,改善咳嗽、喘憋、失眠、烦躁等症状,提高生活质量。

参 考 文 献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013.

- [2] 中华中医药学会. 慢性阻塞性肺疾病诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(12): 115-116.
 - [3] 高艳华. 动机性访谈心理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者呼吸锻炼依从性、希望水平及心理健康的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(1): 83-86.
 - [4] 邓国金, 钟清玲, 陈婧, 等. 阶段性护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者疲劳的影响[J]. 重庆医学, 2013, 42(7): 834-835.
 - [5] 刘贤成, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
 - [6] 张丹婷. 慢性阻塞性肺疾病的中医病机探讨[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(4): 385-387.
 - [7] 周爱华. 综合护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病稳定期病人肺功能、心理状态及睡眠质量的影响[J]. 护理研究, 2018, 32(21): 3469-3472.
 - [8] 杨艾华, 莫惠彬. 心理护理干预在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(23): 42-43.
- (收稿日期: 2019-01-06)

(上接第 47 页)

- [4] 张秀, 鲁雅, 王佩娟. 卵巢早衰的病因研究进展[J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(1): 118-120.
 - [5] 焦智慧, 史惠蓉. 卵巢早衰诊治进展[J]. 国际妇产科学杂志, 2014, 41(2): 108-111.
 - [6] 刘敏, 吴艳婷, 金志春, 等. 补肾益气和血法治疗卵巢早衰经验总结[J]. 中西医结合研究, 2017, 9(4): 223-224.
 - [7] 阳伟红, 韩冰. 韩冰教授治疗卵巢早衰临证经验[J]. 天津中医药, 2014, 31(1): 5-7.
- (收稿日期: 2019-01-02)