

# 慢性肺源性心脏病合并心力衰竭 治疗中的综合护理干预

马彩霞, 吴红梅

(延安大学附属医院东关分院, 陕西 延安, 716000)

关键词: 综合护理干预; 慢性肺源性心脏病; 心力衰竭

中图分类号: R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)22-088-02 DOI: 10.7619/jcmp.201722031

慢性肺源性心脏病是由肺动脉慢性器质性病变导致的肺功能异常, 简称肺心病<sup>[1]</sup>。在肺心病中、晚期常伴随着严重的并发症, 如心力衰竭, 一旦发生需要及时给予有效的治疗<sup>[2]</sup>。研究<sup>[3]</sup>指出, 合理的护理手段在肺心病合并心衰治疗中可显著性提高治疗效果, 有效改善心肺功能, 减少并发症发生。本研究探讨综合护理干预对慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者疗效的影响, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集本院2014年8月—2016年8月接收的184例慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者。纳入标准: 心电图与心脏彩超检查明确诊断; 年龄30~85岁。排除先天性心脏病、肝肾功能不全者<sup>[4]</sup>。将患者分为实验组和对照组, 每组各92例。实验组男48例, 女44例; 年龄38~83岁, 平均( $63.2 \pm 3.7$ )岁; 病程2~12年, 平均( $6.1 \pm 1.7$ )年。对照组男47例, 女45例; 年龄37~81岁, 平均( $61.9 \pm 4.7$ )岁; 病程2~12年, 平均( $7.2 \pm 2.1$ )年。2组患者在一般资料方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 护理方法

对照组患者接受常规入院指导、用药护理及疾病相关的健康教育, 实验组患者在此基础上接受如下综合护理干预。①心理护理: 积极与患者交流沟通, 详细介绍疾病发病机制及治疗情况, 协同医师给予患者鼓励和安慰, 使其树立战胜疾病的信心。②并发症综合护理: 密切观察患者病情, 发现心力衰竭或心律失常发生时应及时遵医嘱使用β肾上腺素能受体阻滞剂, 观察有无恶心、呕吐、便血情况, 一旦发现应立即协助医生给

予对症处理。老年患者由于免疫功能低下, 因此易发生呼吸道感染, 医护人员应每日消毒病房及诊疗设备, 开窗通风, 保持空气流通, 做好患者的呼吸道清洁护理工作<sup>[5]</sup>。③饮食与用药护理: 指导患者进食低热、低盐、高蛋白、高维生素食物, 保证新鲜蔬菜和水果的摄入量, 限制糖类食物摄入量。忌辛辣刺激食物, 戒烟戒酒。加强患者用药监测, 防止产生耐药性及真菌感染。禁止使用强烈镇咳药, 以免加重呼吸道阻塞, 必要时可给予雾化吸入药物达到化痰的效果。同时指导患者进行科学的康复运动锻炼, 以提高免疫力及呼吸肌机能, 促进疾病康复<sup>[6]</sup>。

### 1.3 检测方法

检测并记录2组患者的心肺功能指标, 包括 $FEV_1$ 、 $LVEF$ 以及6 min步行距离。其中 $FEV_1$ 、 $LVEF$ 通过肺功检测与心脏彩超测定, 6 min步行距离分数越高代表肺功与心射血功能越好<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS 19.0软件处理数据, 计量资料采用t检验, 计数资料采用 $\chi^2$ 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 2组疗效比较

实验组显效27例, 有效46例, 无效19例; 对照组分别为8例、25例、59例。实验组治疗有效率为79.4%, 对照组治疗有效率为35.8%, 实验组患者干预后近期临床疗效显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 2.2 2组患者干预前后左室射血分数与1 s用力呼气容量情况比较

2组患者干预后 $FEV_1$ 水平与本组治疗前比较均显著上升, 且干预后2组比较差异有统计学

意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组患者干预前后1s用力呼气容量与左室射血分数情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	FEV <sub>1</sub> /%		LVEF/%	
	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	42.25 ± 3.85	58.37 ± 3.72 *	40.35 ± 4.17	63.75 ± 3.73 **
对照组	42.47 ± 4.12	51.34 ± 4.07 *	40.22 ± 4.21	55.36 ± 4.12 *

与干预前比较, \* $P < 0.05$ ; 与干预后对照组比较, # $P < 0.05$ 。

### 2.3 2组患者干预前后6 min步行距离与生活质量情况比较

#### 2组患者干预后的6 min步行距离与心衰生

活质量水平均优于干预前( $P < 0.05$ ); 实验组患者干预后的6 min步行距离与心衰生活质量水平优于对照组( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 2组患者干预前后6 min步行距离与生活质量情况( $\bar{x} \pm s$ )

组别	6 min步行距离/m		心衰生活质量评分/分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	178.34 ± 19.52	211.25 ± 18.37 **	60.74 ± 7.63	36.41 ± 6.43 **
对照组	179.23 ± 18.92	192.24 ± 19.33	60.35 ± 7.14	47.25 ± 7.42 *

与干预前比较, \* $P < 0.05$ ; 与干预后对照组比较, # $P < 0.05$ 。

## 3 讨 论

慢性肺源性心脏大多是由肺气肿或慢性支气管炎引发, 老年人群多发, 女性低于男性, 病程较长, 早期症状不明显<sup>[8]</sup>。目前, 临床治疗慢性肺心病并无特效的治疗方案, 以保持呼吸道通畅、降低肺压力、控制心衰为主, 由于治疗周期长, 患者痛苦大<sup>[9]</sup>。研究<sup>[10]</sup>认为, 有效的护理措施能够保证良好的治疗效果, 缩短治疗周期, 预防并发症的发生。综合护理干预是一种全面化、细节化护理措施, 目前广泛应用于肺心病合并心衰的治疗<sup>[11-12]</sup>。本研究结果表明, 综合护理干预能改善患者心功能, 提高患者生活质量及护理满意度, 改善护患关系, 使患者保持愉悦的心情, 以便积极配合护理人员进行康复治疗训练, 提高生命质量。综合护理干预能够促进患者恐惧、紧张、焦虑等不良情绪的消失, 给予患者心理疏导并重新树立起患者良好的自我感觉, 提高机体的免疫功能。

综上所述, 综合护理干预能有效改善慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者的心肺功能, 提高临床疗效及护理满意度, 改善医患关系, 且对提高患者生命质量有重要意义, 值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 刘娟. 慢性肺源性心脏病92例护理体会[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(4): 465-468.
- [2] 张阳, 冯喜英, 刘洪千, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者预后影响因素研究进展[J]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2015, 8(2): 102-104.
- [3] 冯琼芳, 吴瑞英. 综合护理干预在慢性肺源性心脏病合并心力衰竭治疗中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(7): 7-10.
- [4] 薛文莉, 张承贤. 综合护理干预在慢性肺源性心脏病合并心力衰竭治疗中的应用效果观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(27): 3074-3075.
- [5] 宋彦, 刘帆. 全程告知程序在改善呼吸内科患者情绪和自我效能感中的效果观察[J]. 吉林医学, 2013, 34(8): 1523-1524.
- [6] Laurin C, Moullec G, Bacon S L, et al. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2012, 185(9): 918-923.
- [7] Lee J E, Shin D W, Cho J, et al. Caregiver burden, patients' self-perceived burden and preference for palliative care among cancer patients and caregiver[J]. Psychooncology, 2015, 24(11): 1545-1551.
- [8] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264.
- [9] 杨风菊. 循证护理加中药雾化吸入治疗肺源性心脏病急性加重期的临床研究[J]. 中国中医急症, 2015, 24(6): 965-966.
- [10] 常丽萍. 综合护理干预在慢性肺源性心脏病合并心力衰竭治疗中的应用价值[J]. 临床护理, 2016, 29(1): 200-202.
- [11] 杨一曦. 慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的综合护理干预分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(2): 381-382.
- [12] 顾建月. 中西医结合治疗对慢性肺源性心脏病的疗效观察和护理体会[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(2): 344-346.