



· 临床研究 ·

高流量湿化氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效分析

强 蕾 (长沙市中心医院重症医学科 湖南长沙 410000)

摘要: **目的** 探究高流量湿化氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效。**方法** 选取2015年12月-2016年12月在本院接受治疗的30例慢性阻塞性肺疾病患者作为研究对象,将患者按照随机原则分为对照组和研究组,对照组患者采用常规氧疗方式,研究组患者采用高流量湿化氧疗治疗方式,对比两组患者的治疗效果以及各项实验室指标。**结果** 研究组患者的治疗总有效率为93.34%,对照组治疗总有效率为60.00%,同时,研究组患者的呼吸频率、心率以及SpO₂等实验室指标治疗后均好于对照组,数据对比差异具有统计学意义(P < 0.05)。**结论** 高流量湿化氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病,可以提升患者的治疗效果,改善患者的呼吸频率、心率以及SpO₂等实验室指标。

关键词: 高流量湿化氧疗 慢性阻塞性肺疾病 疗效

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)06-134-02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)在我国中老年人中发病率已经达到8%左右,严重威胁患者的生命安全。在对患者的治疗中,常规的治疗方式主要是采用祛痰和抗感染治疗,但是效果并不明显,因而需要探究有效的治疗方式。本文主要结合在本院接受治疗的30例慢性阻塞性肺疾病患者作为研究对象,探究高流量湿化氧疗的治疗效果,现报道如下。

1 患者资料及方法

1.1 患者资料

选取2015年12月-2016年12月在本院接受治疗的30例慢性阻塞性肺疾病患者作为研究对象,患者年龄45-73岁,平均年龄(62.8±4.4)岁,男性患者19例,女性患者11例。纳入标准:(1)患者符合中华医学会关于COPD的诊断标准;(2)患者符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》;(3)患者及家属同意本次研究且签署知情同意书;排除标准:(1)呼吸系统疾病患者;(2)严重肝肾功能障碍患者。将患者按照随机原则分为对照组和研究组,两组患者年龄、性别及病情等情况对比差异无统计学意义(P > 0.05),具有可比性。

1.2 研究方法

给予两组患者抗感染、祛痰及止咳治疗,同时给予患者维持水电解质平衡以及纠正酸碱平衡治疗。对照组患者给予常规氧疗,采用气泡式氧气湿化装置,氧流量保证在2L/min,每天吸入12h,氧浓度保证在40%左右。研究组患者给予高流量湿化氧疗,采用湿化器(MR850)、高氧混合阀以及通气管路组成的系统,连接通路后,连接无菌注射水,连接氧气源以及混合阀,调节氧气浓度到40%左右,每天通氧12h,保证氧流量在10-15ml/min。对比观察两组患者的治疗效果。

1.3 判定标准

显效:患者临床症状基本消失,哮鸣音等体征明显减少;有效,患者临床症状及体征有所改善,但是对生活仍然具有一定的影响;无效,患者临床症状及体征未改善或者加重。

1.4 观察指标

对比观察两组患者的呼吸频率、心率以及SpO₂等实验室指标。

1.5 统计学处理

采用SPSS 17.0软件处理数据,计数和计量资料分别采用n(%)以及($\bar{x} \pm s$)表示,组间数据对比分别用 χ^2 及t检验,P < 0.05表示数据对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

在本次研究中,研究组患者的治疗总有效率为93.34%,对照组治疗总有效率为60.00%,数据对比差异具有统计学意义(P < 0.05)。

表1: 两组患者疗效对比表[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
研究组(n=15)	10(66.67)	4(26.67)	1(6.66)	14(93.34)
对照组(n=15)	5(33.33)	4(26.67)	6(40.00)	10(60.00)
χ^2	7.1214	14.2514	7.2628	7.9631
P	0.021	0.085	0.033	0.006

2.2 两组患者治疗后实验室指标比较

在本次研究中,研究组患者的呼吸频率为(20.9±2.1)次/min,心率为(80.2±4.1)次/min,SpO₂为(97.2±2.4)%,对照组患者的呼吸频率为(31.6±5.4)次/min,心率为(109.6±5.9)次/min,SpO₂为(86.2±4.5)%,数据对比差异具有统计学意义(P < 0.05),数据如表2所示。

表2: 两组患者治疗后实验室指标对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	呼吸频率(次/min)	心率(次/min)	SpO ₂ (%)
研究组(n=15)	20.9±2.1	80.2±4.1	97.2±2.4
对照组(n=15)	31.6±5.4	109.6±5.9	86.2±4.5
t	8.1024	9.0010	8.6358
P	0.022	0.003	0.014

3 讨论

高流量湿化氧疗可以改善传统氧疗方式的氧气干燥以及利用率低等特点,同时可以避免患者而出现鼻腔粘膜结痂以及出血等状态^[1],因此,探究其对慢性阻塞性肺疾病患者的临床效果具有重要的意义。

在本次研究中,研究组患者的治疗总有效率为93.34%,对照组治疗总有效率为60.00%,说明在治疗慢性阻塞性肺疾病患者时,采用高流量湿化氧疗治疗方式,可以提升患者的治疗效果,其可能是由于在对患者的治疗过程中,通过高流量湿化氧疗的治疗,可以根据患者的病情而调节氧气流量,补充患者气道粘膜组织丧失的水分,保证患者的吸氧舒适性,并且可以处理气道内粘稠的痰液,从而可以提升患者的临床治疗效果。在对高流量湿化氧疗的研究中,陈凤枝认为在对慢性阻塞性肺疾病患者的治疗中,采用高流量湿化氧疗的治疗方式,可以通过调节氧流量,保证患者的舒适性,继而可以提升患者的依从性以及有效率,并且有效率达到90%以上^[2]。唐拂晓在研究高流量湿化氧疗时,发现长期采用高流量湿化氧疗治疗方式,可以提升患者的治疗稳定性,从而可以提升患者的治疗效果^[3]。诸多文献成果与本次研究结果存在一定的共同之处。

在本次研究中,研究组患者的呼吸频率为(20.9±2.1)次/min,心率为(80.2±4.1)次/min,SpO₂为(97.2±2.4)%,对照组患者的呼吸频率为(31.6±5.4)次/min,心率为(109.6±5.9)次/min,SpO₂为(86.2±4.5)%,说明治疗慢性阻塞性肺疾病患者时,采用高流量湿化氧疗,可以改善患者的各项实验室指标,其可能是由于高流量湿化氧疗治疗方式,可以补充患者气道粘膜组织丧失的水分,稀释患者的痰液,从而可以改善患者的呼吸状态以及各项实验室指标。在对高流量湿化氧疗的研究中,王海燕认为老年慢性阻塞性肺疾病患者的治疗中,对氧气的需求较高,常规的氧疗方式无法满足患者的治疗需求,而高流量湿化氧疗方式,则可以较好的提升患者的治疗效果^[4]。杨光勇在探究中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病时,认为在中医的基础上,应该提升患者氧流量,这样可以保证患者的呼吸顺畅,继而可以调节患者的呼吸以及心率等实验室指标^[5]。

总之,高流量湿化氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病,可以提升患者的

(下转第135页)



浅谈脑卒中吞咽障碍患者团队化吞咽管理模式

罗胜男 (株洲市中心医院康复医学科)

摘要:目的 讨论脑卒中吞咽障碍患者团队化吞咽管理模式在临床中的应用。方法 吞咽康复团队主要工作方式是团队会议和床边查房两种形式,以管床医生为单位组长,会议由医师召集。康复医生,言语治疗师,康复护士,家属共同制定计划,协作完成各项操作。**结论** 通过团队化的管理,有效的对脑卒中吞咽患者进行综合治疗干预,减少并发症的发生,缩短了住院时间,减轻家庭的经济负担,改善患者精神状态和营养状况,提高患者生存质量,对脑卒中的预后产生积极的影响。

中图分类号: R743.3 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2017) 06-135-01

吞咽障碍在脑卒中急性期很常见。通过评估发现 50% 以上的患者都存在吞咽问题。^[1] 临床特点通常有以下特征: 吞咽唾液启动困难, 咽唾液的能力下降; 咽期启动延迟, 运送迟缓; 口腔期不协调; 咽肌收缩减弱, 咽期吞咽时间延长; 咽期清除能力下降; 误吸; 喉咽段功能障碍; 食管括约肌松弛不能, 进食时可能误吸。^[1] 因此, 患者、家属、护士、医师与治疗师要多方配合、共同努力、共同参与, 根据患者吞咽障碍特点尽早的进行吞咽功能训练和饮食指导等个体化护理干预措施, 才能取得满意效果, 从而避免并发症的发生, 促进患者康复, 提高患者的生存质量。^[2]

1 康复团队的组成

康复团队模式指多学科和多专业人员合作, 共同致力于患者功能康复的工作方式。学科内团队: 指与康复医学密切相关的学科, 包括康复医师, 言语治疗师, 康复护士, 物理治疗师, 作业治疗师等。从各自专业角度讨论患者的主要功能障碍、治疗情况、治疗计划。^[3] 我科吞咽康复团队是以康复医师为主, 由言语治疗师, 康复护士和家属共同组成。

2 团队化管理的流程

吞咽康复团队主要工作方式是团队会议和床边查房两种形式, 以管床医生为单位组长, 会议由医师召集。各成员共同制定计划, 协作完成各项操作。

3 团队成员职责范围

3.1 临床医师的筛查和评定

临床医生通过询问病史和临床评估, 筛选患者是否有吞咽障碍; 无吞咽障碍者可作临床观察, 有吞咽障碍者可作饮水实验和反复唾液吞咽实验, 如上述评价无异常则基本排除。如上述评价有异常则根据患者病情需要作进一步实验室评价, 包括 VFSS/VES 测压检查放射性核素扫描超声检查, SEMG 及脉冲血氧定量法。4 其中反复唾液吞咽实验是临床中安全而常用的方法。其内容是: 被检查者取坐姿, 卧床是采取放松体位。检查者将手指放在患者的喉结及舌骨处, 让其尽量快速反复吞咽, 喉结和舌骨随着吞咽运动, 越过头指, 向前上方移动再复位, 确认这种上下运动, 下降时刻即为吞咽完成时刻, 观察在 30 秒内患者吞咽的次数和力度。^[4]

3.2 治疗师的康复计划的实施

3.2.1 主要包括吞咽器官运动训练: 下颌面部腮部练习; 唇部练习; 舌训练; 腭咽闭合训练; 咽和喉部功能的训练; 呼吸训练等。

3.2.2 温度刺激训练: 感觉促进综合训练和冷刺激训练; 嗅觉、黑胡椒、薄荷刺激

3.2.3 摄食直接训练: 体位和姿势的摆放; 食物性状和粘稠度的

调制; 食团在口中的位置; 一口量及进食速度; 声门上吞咽法, 超声门上吞咽法; 用力吞咽; 门德尔森吞咽技术; 进食的环境; 进食前后清洁口腔和排便。

3.2.4 电刺激: 多采用神经肌肉低频电刺激及肌电生物反馈技术

3.2.5 针灸治疗, 药物治疗, 手术治疗等。

3.3 护士吞咽护理

3.3.1 鼻饲饮食的护理: 鼻饲宜采取用坐位和半卧位, 床头抬高 30 度左右, 以清淡、少量为宜, 根据患者个体差异异常逐渐调整鼻饲液的质和量。

3.3.2 做好皮肤和口腔护理: 根据患者情况, 选择护理措施, 保持口腔清洁, 防止口腔感染或食物残渣、胃内容物误吸入肺。

3.3.3 健康教育: 通过座谈会、知识大讲堂及健康指导等途径, 指导患者进食时选择合适的体位, 食物形态的选择与加工并反复操作示范, 同时让患者及家属了解吞咽障碍发病相关知识并有目的的讲解早期介入治疗的重要性, 可提高患者的依从性, 积极配合康复训练, 提高临床康复效果。^[5]

3.4 家属主动参与

家属能做到的包括: 仔细熟悉患者的吞咽治疗项目和吞咽指导; 和工作人员沟通; 在患者进行吞咽治疗的过程中给予患者支持和鼓励; 为患者提供治疗师要求的性状的食物和液体; 鼓励小口进食, 一般需坐位; 允许患者有足够的进食时间; 进食更多食物时要确信患者前一口食物已经吞咽完全; 如果出现窒息立即停止喂食; 一般进餐后让患者坐位休息 20 到 30 分钟。^[2]

4 团队化管理的成效

通过团队化的管理, 有效的对脑卒中吞咽患者进行综合治疗干预, 减少并发症的发生, 缩短了住院时间, 减轻家庭的经济负担, 改善患者精神状态和营养状况, 提高患者生存质量, 对脑卒中的预后产生积极的影响。

参考文献

- [1] 窦祖林. 吞咽障碍的评估与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [2] 杨东梅. 脑卒中患者吞咽障碍的康复护理 [J]. 当代护士, 2017, 35 (4): 9.
- [3] 谭工. 康复医学导论 [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2009.
- [4] 李胜利. 言语治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [5] 赵江, 陆秋兰. 脑卒中并发吞咽障碍患者的健康教育 [J]. 按摩与康复医学, 2013, 3:171.

(上接第 134 页)

治疗效果, 改善患者的呼吸频率、心率以及 SpO₂ 等实验室指标。但是由于本次研究的样本量相对较少, 同时缺乏经验, 导致本次研究结果可能存在一定的误差, 但是从总体而言, 其成果依然存在一定的借鉴意义。

参考文献

[1] 张飞鹏, 田园园, 郭秀荣. 经鼻高流量湿化氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的研究现状 [J]. 安徽医学, 2016, 05:642-644.

[2] 陈凤枝. 护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者治疗依从性的影响分析 [J]. 中国实用医药, 2014, 12:222-223.

[3] 唐拂晓. 匹多莫德联合长期氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的效果观察 [J]. 中国实用医药, 2014, 10:21-22.

[4] 王海燕, 赵秋艳, 陈茜. 老年慢性阻塞性肺疾病患者家庭氧疗知识调查 [J]. 实用医院临床杂志, 2013, 06:193-195.

[5] 杨光勇. 辨证分型联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 03:56-58.