

所有患者均有午睡时间过多、睡眠时间无规律、睡前从事易兴奋的活动、睡前过量饮酒、睡前过量饮咖啡、睡前吸烟等不良睡眠习惯,以中西医结合护理干预,使患者在不良睡眠戒除情况中养成规律的作息时间、午睡时间 ≤ 20 min、睡前不从事易兴奋活动、戒酒、戒烟、不饮咖啡等要明显优于常规护理;护理后患者觉醒时间、觉醒次数、睡眠效率与本组护理前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。护理后觉醒时间、觉醒次数、睡眠效率观察组与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。综上所述,中西医结合护理干预对失眠症患者的效果良好,可以有效提高患者的生活质量及其睡眠质量,值得在临床中推广和应用。

[参考文献]

- [1] 徐征,朱丽群.耳穴埋豆治疗慢性肝炎伴失眠症患者的效果[J].中国老年学杂志,2014,12(10):2880-2882.
- [2] 赵小溪.针刺“五心”为主治疗顽固性失眠31例临床观察[J].江苏中医药,2007,39(5):49.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 蔡晓鸿,游秋云,王平.失眠症中医药信息平台构建的思路与方法[J].中医杂志,2013,54(9):747-749.
- [5] 马捷,李峰,宋月晗,等.从肝论治失眠的文献研究[J].中华中医药杂志,2012,22(4):1076-1080.
- [6] 甘建光,田国强,秦国兴.枣仁安神胶囊治疗老年性失眠症的疗效及血液流变学研究[J].中国中药杂志,2013,38(2):273-275.
- [7] 张全爱,孙晓慧,林家驹,等.安眠穴施用滞针术刮法治疗失眠症:随机对照研究[J].中国针灸,2013,14(6):481-484.
- [8] 陈巧玲,全小明,王小俊.中西医结合护理模式提高股骨头坏死患者术后生存质量的临床研究[J].广州中医药大学学报,2013,30(2):172-174.

(责任编辑:马力)

中西医结合强化气道护理干预老年社区获得性肺炎临床观察

万秀英,黄楚真,石永久

深圳市宝安区中医院,广东 深圳 518133

[摘要] 目的:观察中西医结合强化气道护理干预老年社区获得性肺炎的临床疗效。方法:将符合条件的80例老年社区获得性肺炎患者随机分为观察组和对照组,每组40例。2组均采用基础治疗及护理,观察组制定全面护理项目并执行,并口服排痰汤、中药雾化吸入,采用中西医结合强化气道护理。2组均以7天为1疗程,治疗1疗程。并观察临床症状、白细胞计数(WBC)、C-反应蛋白(CRP)、胸部X线片结果的变化,记录2组患者的住院时间和住院费用。结果:观察组愈显率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组平均住院天数与平均住院费用均少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组WBC及CRP值均较治疗前下降。2组CRP值比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组WBC值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:采用积极的气道护理方法能提高临床疗效,并且能缩短病程、减少住院费用,值得推广应用。

[关键词] 社区获得性肺炎;老年;中西医结合;护理

[中图分类号] R563.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0248-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.111

社区获得性肺炎在临床上是一种常见病,老年人得病后往往有病情重、进展快、耐药菌常见、病死率高等特点,这与老年人基础疾病多、抵抗力低下、气道功能差,而且耐药菌感染多见等因素有关。临床治疗难度相对大、效果欠佳。本研究采

用中西医结合强化气道护理,在治疗老年社区获得性肺炎中取得较好的疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[1]

[收稿日期] 2015-07-16

[基金项目] 广东省深圳市宝安区科技计划社会公益项目(2013114)

[作者简介] 万秀英(1981-),女,主管护师,主要从事重症监护室护理工作。

肺炎诊断标准； 年龄 > 60 岁； 患者或家属同意治疗方案并签署知情同意书。

1.2 排除标准 由肿瘤、结核等引起肺炎的患者；有严重心脑血管疾病、严重肝肾功能损害，不能配合相关治疗方案的患者。

1.3 一般资料 选择 2013 年 5 月—2014 年 5 月在本院住院治疗的 80 例社区患者。将患者随机分为观察组与对照组各 40 例。观察组男 16 例，女 24 例；平均年龄(68.0 ± 10.0)岁，平均体温(38.1 ± 2.1)°C，血常规中白细胞计数(WBC)平均(17.58 ± 5.31) × 10⁹/L。观察组男 18 例，女 22 例；平均年龄(66.0 ± 12.0)岁，平均体温(38.3 ± 1.9)°C，WBC 平均(16.87 ± 6.54) × 10⁹/L。2 组一般资料经统计学处理，差异均无统计学意义(P > 0.05)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予肺炎基础治疗，合理使用抗生素、祛痰药物，营养支持，调节内环境稳定。主要基础用药有注射用头孢曲松钠(上海罗氏制药有限公司)、左氧氟沙星注射液(扬子江药业集团有限公司)、阿奇霉素注射液(石药集团欧意药业有限公司)、盐酸氨溴索注射液(上海勃林格殷翰药业有限公司)。护理项目如下：使用普通吸痰管按需吸痰；翻身拍背，每天 3 次；口腔护理、清洁口腔，每天 1 次；鼓励进食营养丰富、容易消化的食物；加强翻身以防压疮的发生；每天记录体温、咳嗽、痰量变化等。以 7 天为 1 疗程，治疗 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗、护理基础上，采用中医治疗方法并加强气道护理。中药雾化吸入：痰热清注射液(上海凯宝药业股份有限公司)，每次 10 mL，氧气雾化吸入，每天 2 次。口服排痰汤，药物组成：麦冬、甘草各 10 g，桔梗 12 g，原药材供自深圳各顺本草药业有限公司，每天 1 剂，由本院药房煎煮成 300 mL，分 2 次服用。执行以下护理项目：吸痰护理。按需吸痰，痰多难排时可采用支气管纤维镜下深部吸痰。体位引流痰液。定时更换体位，每天 3 次。拍背及应用震动排痰仪协助排痰。顺序由下至上，由外侧至中央，采用适度的力度，拍打患者背部，反复进行 5 ~ 10 min，然后嘱患者用力咳嗽将痰液排出，每天 3 次。每次饮食后床头抬高 45°，防止反流、误吸。以上治疗、护理均以 7 天为 1 疗程，治疗 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察咳嗽、咯痰等症状，发热情况，肺部干、湿啰音等体征的变化。症状体征评分标准： 体温：正常 0 分，低热(37.5 ~ 38.0°C)1 分，中度发热(38.1 ~ 39.0°C)2 分，高热(39.0°C 以上)3 分； 咳嗽：无咳嗽 0 分，轻度咳嗽(仅白天咳嗽)1 分，中度咳嗽(日夜均咳嗽但不频繁)2 分，重度咳嗽(日夜均咳嗽频繁)3 分； 气促：无气促 0 分，轻度气促(呼吸频率 30 ~ 40 次 / m in)1 分，中度气促(呼吸频率 41 ~ 50 次 / m in)2 分，重度气促(呼吸频率 50 次 / m in 以上)3 分； 肺部

啰音：无啰音 0 分，少许啰音 1 分，散在啰音 2 分，密集啰音 3 分。积分越高代表病情越重。 观察 WBC、C- 反应蛋白(CRP)及胸部 X 线片结果的变化。在疗程的第 1、3、5 天评估症状、体征评分，第 1、7 天行相关辅助检查，疗程完毕后收集相关资料进行汇总分析。 记录患者的住院时间和住院费用。

3.2 统计学方法 所有数据经 SPSS 12.0 软件统计处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈：症状及体征消失，实验室检查及 X 线片结果等恢复正常。显效：症状体征积分较治疗前减少 70% 以上，症状及体征、实验室检查等明显改善，X 线检查示肺部病灶较前吸收。有效：症状及体征、实验室指标等有所改善，X 线检查示肺部病灶未完全吸收。无效：病情未见好转或加重。

4.2 2 组临床用药情况比较 见表 1。2 组临床用药情况比较，差异无统计学意义(P > 0.05)。

表 1 2 组临床用药情况比较

组别	n	抗生素				氨溴索
		头孢曲松钠	左氧氟沙星	阿奇霉素	其他抗生素	
对照组	40	10	17	8	5	28
观察组	40	12	16	9	3	30

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。观察组愈显率高于对照组，差异有统计学意义(P < 0.05)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
对照组	40	10	13	16	1	60.0
观察组	40	14	18	8	0	77.5 ^①

与对照组比较，^①P < 0.05

4.4 2 组平均住院天数、住院费用比较 见表 3。观察组平均住院天数与平均住院费用均少于对照组，差异均有统计学意义(P < 0.05)。

表 3 2 组平均住院天数、住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	平均住院天数(d)	平均住院费用(千元)
对照组	40	8.34 ± 3.45	5.78 ± 2.12
观察组	40	11.68 ± 4.12 ^①	7.35 ± 1.93 ^①

与对照组比较，^①P < 0.05

4.5 2 组治疗前后 WBC、CRP 水平比较 见表 4。治疗后，2 组 WBC 及 CRP 值均较治疗前下降。2 组 CRP 值比较，差异有统计学意义(P < 0.05)。2 组 WBC 值比较，差异无统计学意义(P > 0.05)。

5 讨论

社区获得性肺炎可以发生在任何的年龄，其中老年人发病

表 4 2 组治疗前后 WBC、CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	WBC($\times 10^9/L$)		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	14.12 \pm 4.21	7.65 \pm 3.61 ^①	19.10 \pm 8.14	15.34 \pm 4.26
观察组	40	13.56 \pm 4.58	6.46 \pm 4.12 ^②	18.95 \pm 7.03	12.89 \pm 5.24 ^③

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

占较大的比例。这可能与老年人肺功能差, 呼吸系统结构变化, 容易发生肺部感染有关。肺炎的常规治疗是抗感染及对症支持治疗, 其中气道的护理是治疗的组成重要部分, 气道的护理好坏直接与患者的预后相关。

随着年龄的增大, 呼吸道会发生以下等方面的改变: 胸廓硬度增加, 呼吸肌、膈肌收缩力量弱, 造成咳嗽无力; 气管内上皮细胞破坏, 黏液纤毛运动功能减退, 气道自动清除功能减退; 气道末梢神经因急、慢性炎症破坏, 功能减退, 咳嗽反射减少, 排痰能力低。因有老年患者的呼吸道有上述的特点, 所以在肺炎发病后, 气道分泌物往往不能及时排出, 从而加重病情或延长了治疗时间。

气道护理不良会产生很多不良后果: 老年患者在发生肺炎时, 气道分泌物增多, 痰液中带有大量的细菌, 成为良好的细菌培养基, 成为潜在感染灶; 痰液反复吸入, 产生坠积性肺炎, 加重原有病灶的感染甚至产生新的病灶, 扩大感染范围, 增加治疗难度; 老年人特别是有慢性肺部疾病的患者, 因反复炎症破坏, 多有气道狭窄的情况。痰液不能及时排出, 容易阻塞气道, 造成呼吸肌无力、缺氧、二氧化碳潴留、心力衰竭等, 进一步加重病情。

针对老年患者的气道护理, 本研究采用积极湿化、吸痰、翻身, 认真观察呼吸情况、血氧饱和度及痰液量色, 同时发挥中医优势, 采用中药雾化、中药汤剂口服等治疗措施, 能有效改善患者症状。

中医治疗老年性肺炎有悠久的历史, 结合岭南地区气候多热, 患者证候多以“风热犯肺”为主。风热犯肺, 风热郁于肌表, 营卫不利则发热。而老年人本就肝肾亏虚, 津液不足, 加上热邪伤津, 常痰黏稠难咯。本研究采用中药“排痰汤”口服加痰热清注射液雾化, 以滋阴清热, 增液排痰。现代药理研究表明, 桔梗和甘草的活性物质对多种急性非特异性炎症有明显抗炎作用。桔梗皂苷有调解一氧化氮的产生和 TNF- α 的分泌作用^[2], 可以舒张支气管平滑肌, 改善通气, 抑制炎症。麦冬

多糖可以促进体液免疫和细胞免疫功能, 能提高常压或减压小鼠的耐缺氧能力^[3]。痰热清注射液对多种肺炎致病菌如肺炎链球菌、乙型溶血性链球菌等有明显抑制作用^[4], 同时对发热、咯痰、气喘及肺部啰音等症状、体征的改善有明显效果, 并有升高痰液中可溶性肿瘤坏死因子受体(sTNF-R55)水平、调节气道炎症反应和改善肺功能的作用^[5]。本研究观察到, 通过中药口服与气道雾化后, 患者在前 3 天痰液分泌增多, 但黏稠度下降, 吸痰管吸痰能较容易吸出, 而之后患者的痰液逐渐吸收, 同时患者的通气情况、临床症状等也有明显改善。

综上所述, 因为老年患者肺炎气道病理生理的特殊性, 必须提高对气道护理的重视, 加强相关气道护理操作, 以促进气道分泌物的排出及气道炎症的消除。现代医学研究提倡对于重症肺炎, 应该采取集束化治疗, 以第一时间采取各种有效的措施进行治疗, 可明显改善患者的预后^[6]。而气道护理是集束化治疗的重要组成部分。本课题利用中西医治疗与护理方法的优点, 制订有效的气道护理计划, 在患者入院后即予积极执行, 从而明显改善患者的通气情况、排痰能力等。本研究结果表明, 采用积极的气道护理方法能提高患者治疗的愈显率, 并且能缩短病程、减少住院费用, 值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.
- [2] 郭丽, 张村, 李丽, 等. 中药桔梗的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2007, 32(3): 181-186.
- [3] 于学康. 麦冬的药理作用研究进展[J]. 天津药学, 2012, 24(4): 69-70.
- [4] 潘彦舒, 张娜, 朱晓磊, 等. 痰热清注射液干预内毒素血症病理过程的相关性研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(7): 508-510.
- [5] 陈艳波, 王华, 刘华, 等. 痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺疾病临床研究[J]. 中国中医急症, 2005, 14(7): 620-621.
- [6] 乔来娣, 潘朝霞. 集束化综合方案在老年重症肺炎护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(11): 33-34.

(责任编辑: 吴凌)