

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.044

# 护理指导营养支持治疗对慢性阻塞性肺病预后的影响

陈莉丹<sup>1</sup>, 邓润桃<sup>1</sup>, 叶琨妮<sup>1</sup>, 谭春苗<sup>2</sup>

(1. 海南省儋州市第一人民医院呼吸内科 571700; 2. 海南医学院附属医院呼吸内科, 海口 570102)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2729-02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者普遍存在营养不良,发生率高达 40% 以上<sup>[1-2]</sup>。营养不良是影响 COPD 预后的关键因素<sup>[3-4]</sup>。常规治疗基础上给予营养支持治疗,可以改善 COPD 患者的营养状况、肺功能,提高患者的生活质量<sup>[5-6]</sup>。但是,患者对营养支持治疗的认识不够,依从性较差。笔者通过护理指导,监督改善 COPD 患者的营养状况,取得满意效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取儋州市第一人民医院 2014 年 11 月至 2015 年 8 月收治的 79 例 COPD 患者作为研究对象,所有患者均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》<sup>[7]</sup> 诊断标准。排除合并严重心脏病、肝肾功能损伤、糖尿病、甲状腺功能亢进及其他代谢相关疾病者。79 例患者中男 45 例,女 34 例;年龄 52~81 岁,平均(63.4±11.8)岁。采用随机数字表法将患者随机分为对照组(38 例)和观察组(41 例)。本研究得到该院伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。两组患者年龄、性别及治疗前体质量指数(BMI)、肺功能等比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 对照组给予常规的基础护理。观察组患者入院后行营养状态评估;计算 BMI 值、检查血浆清蛋白(ALB)水平等。详细讲解营养对预后的重要性以提高患者的依从性,发放常见营养成分表,指导患者每日摄入总热量及营养成分配比,并根据患者的营养状况给予适当补充维生素、氨基酸等,指导患者开展合适的有氧运动训练。对于营养严重不良患者,请该院营养科医师会诊,配营养餐,或者选用肠内营养。患者出院后每日电话随访并监督其按照拟定的营养计划饮食。

**1.3 观察指标** 分别于患者入院时及随访 6 个月后检测血浆 ALB 水平,检查肺功能,包括第 1 秒用力呼气容积占预计值的百分比(FEV1%)、第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV1/FVC),计算 BMI 值,统计随访期间两组患者因急性加重再住院率,比较两组护理方案的疗效。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计软件分析数据,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示;组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

经过 6 个月治疗后,观察组 BMI 及 ALB 水平均较治疗前明显提高,且明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。治疗前两组患者肺功能指标比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗 6 个月后,观察组 FEV1%、FEV1/FVC 均较治疗前明显提高,且明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。随访 6 个月内,对照组 12 例患者再次住院,再住院率为 31.58%;观察组 5 例再住院,再住院率

为 12.20%,对照组再住院率明显高于观察组( $\chi^2=4.338, P=0.0362$ )。

表 1 两组治疗前后营养状况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	ALB(g/L)
对照组	治疗前	38	20.3±3.6	34.8±4.9
	治疗 6 个月后	38	21.4±4.3	35.7±3.8
观察组	治疗前	41	20.5±4.7	34.2±4.9
	治疗 6 个月后	41	23.5±4.6*#	37.8±5.2*#

\* :  $P<0.05$ ,与同组治疗前比较;# :  $P<0.05$ ,与对照组比较

表 2 两组患者治疗前后肺功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	FEV1%	FEV1/FVC
对照组	治疗前	38	62.78±6.52	53.67±4.33
	治疗 6 个月后	38	65.13±7.18	59.87±5.31*
观察组	治疗前	41	61.59±5.83	52.19±4.77
	治疗 6 个月后	41	71.65±6.98*#	64.74±7.35*#

\* :  $P<0.05$ ,与同组治疗前比较;# :  $P<0.05$ ,与对照组比较

## 3 讨论

COPD 是一种慢性炎症性疾病,长期的炎症反应可能加快分解代谢,而且由于患者肺顺应性下降,呼吸阻力加大,导致能量消耗增加,加之患者缺氧、糖皮质激素等药物及高碳酸血症状态影响患者食欲等原因,COPD 患者普遍存在营养不良,其发生率高达 40% 以上<sup>[1-8]</sup>,低蛋白血症发生率更是高达 86.8%<sup>[3]</sup>。而且随年龄增长和病程延长,营养不良的发生率也增高<sup>[8]</sup>。理想体重质量百分比(IBW%)、BMI 等营养状态指标下降程度与病情严重程度呈正相关,因此 COPD 患者病情越重营养不良越严重<sup>[9-10]</sup>。营养不良是影响 COPD 预后的关键因素,营养不良患者住院时间更长,并发症发生率更高<sup>[3-4]</sup>。营养不良还可能影响机体免疫功能,张莹等<sup>[11]</sup>分析 COPD 患者免疫功能与其临床营养状态的相关性发现,患者 ALB 水平与 CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值呈正相关。并且营养不良可进一步降低 COPD 患者的活动耐力,加重呼吸肌的疲劳,降低咳嗽及排痰能力,有利于呼吸道病原菌的繁殖。因此,营养支持治疗不仅能改善患者的营养状态,还可能有利于降低 COPD 急性加重期的发生率。临床营养支持治疗也取得较好疗效,许亚丽等<sup>[5]</sup>研究表明,对于 COPD 患者,除常规治疗外,给予正确的营养支持治疗,可以改善患者的营养状况、肺功能及 6 min 步行距离,对改善患者的生活质量有重要的意义。李雷等<sup>[6]</sup>研究也证实,在常规治疗的同时给予肠内营养治疗 3 个月后,患者左室射血分数(LVEF)、FEV1/FVC 等心肺功能指标均显著改善,且住院时间缩短。

但是部分医护人员对 COPD 的营养风险认识不足,导致存在营养风险的患者营养支持严重不足,徐丙发等<sup>[12]</sup>调查发现,383 例 COPD 患者仅 28 例给予了营养支持,占 7.3%,大量存在严重营养风险的患者未能给予必要的营养支持。且患者对营养支持治疗的认识不够,害怕增加住院费用等原因,导致依从性较差。护理指导和监督是实施营养支持治疗方案不可忽视的环节,是提高患者依从性的重要措施。

本研究采用护理干预指导营养治疗,提高了患者饮食、运动训练的科学性,患者对营养治疗的目的更加明确,依从性得到很大提高。结果显示,治疗 6 个月后,患者 BMI 及血清 ALB 水平较治疗前均明显提高,肺功能也明显改善,与对照组相比有明显差异。在加强营养的同时,适度的运动训练也必不可少,笔者根据患者的具体情况,指导开展合适的有氧运动训练,有利于加强患者的积极性,也能提高患者的免疫状态。随访期间内,观察组因 COPD 急性加重再住院率明显低于对照组。

综上所述,护理指导和监督是营养治疗的有效辅助措施,有利于提高患者的依从性,改善 COPD 患者预后,具有良好的临床效果。

## 参考文献

- [1] 陈炼,朱哲,马立宇,等.去脂体质量指数在稳定期慢性阻塞性肺疾病患者营养不良筛查中的应用及效度评价[J].中华老年医学杂志,2015,34(4):387-390.
- [2] 张爱丽,顾振芳,杨晶,等.慢性阻塞性肺疾病患者血清脂联素与营养状况、炎症因子的相关性[J].河北医科大学学报,2014,35(1):59-61.
- [3] 赵东琼,李平东,何薇.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者营养状况对生活质量的影響及护理对策分析[J].中国

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.045

实用护理杂志,2014,30(z1):36-37.

- [4] 单锡峰,杨文兰,郭健,等.营养风险筛查与 COPD 患者预后分析[J].临床肺科杂志,2013,18(8):1374-1375.
- [5] 许亚丽,潘磊,钱进,等.营养支持对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及 6 min 步行距离的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(9):2008-2010.
- [6] 李雷,史佳.临床肠内营养支持对老年慢性阻塞性肺病患者心肺功能影响的干预研究[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,47(6):599-601.
- [7] 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/CD].中国医学前沿杂志(电子版),2014,36(2):67-80.
- [8] 刘文沛,贺程远,薛颖.慢性阻塞性肺疾病(COPD)住院患者营养状况调查分析[J/CD].世界最新医学信息文摘(电子版),2015,15(58):15-16.
- [9] 王瑞萍,杨莉,王煜,等.老年 COPD 患者病情严重程度与营养状况的临床分析[J].中国社区医师,2014,30(8):31-32.
- [10] 李玉群,梁贤球,何晟,等.稳定期 COPD 患者营养状况与血清脂联素、肺功能、CAT 评分的关系[J].安徽医科大学学报,2014,43(7):969-972.
- [11] 张莹,慕广建,施伟,等.老年心力衰竭合并慢性阻塞性肺病急性加重患者营养状态与免疫功能相关性分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(7):704-706.
- [12] 徐丙发,秦侃,李秀. COPD 住院患者营养风险筛查及营养支持调查[J].安徽医药,2014,43(8):1588-1590.

(收稿日期:2017-01-22 修回日期:2017-04-03)

# 协同护理模式联合个体化护理对糖尿病足患者生存质量的影响

聂敏<sup>1</sup>,路瑶<sup>2</sup>,李春雨<sup>2△</sup>

(1. 辽宁中医药大学附属第三医院综合外科,沈阳 110003;2. 中国医科大学附属第四医院第六普通外科,沈阳 110032)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2730-03

糖尿病足(diabetic foot,DF)是由于血糖升高导致下肢感染、溃疡形成和(或)深部组织破坏的疾病,是糖尿病末期发生的一种严重并发症。据不完全统计,糖尿病患者中发生足溃疡的风险为 20%~40%<sup>[1]</sup>,并且截肢率高达非糖尿病患者的 40 倍<sup>[2]</sup>。因此,DF 是糖尿病患者能力丧失、致残和死亡的重要原因之一<sup>[3]</sup>。由于 DF 的治疗困难重重,因此早期制定并采取科学系统的个体化护理干预,可以将 DF 患者截肢率明显降低,大幅度提高患者的生存感受<sup>[4]</sup>。1992 年 Lott 等<sup>[5]</sup>根据 Orem 自理理论提出协同护理模式(collaboration care model,CCM)的概念。CCM 是在现有的责任制护理基础上,调动患者自我护理的主动性,并且利用现有的人力资源,指导并鼓励患者亲属与护理人员共同参与护理,增强护理作用,提高护理质量。本研究将 CCM 与个体化护理干预相结合,以观察其对 DF 患者的生存质量及护理满意度的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集来自辽宁中医药大学附属第三医院 2009 年 12 月至 2013 年 12 月确诊的 DF 患者 86 例作为研究对象。入选标准:均符合 1999 年世界卫生组织(WHO)对糖尿病的诊断标准,并且符合 1999 年国际糖尿病工作组关于 DF 的定义:与下肢远端神经异常和不同程度周围血管病变相关的足部溃疡、感染和(或)深层组织破坏;无精神障碍性疾病,具有一定的沟通和理解能力;住院满 2 周;自愿参加本研究,并签署知情同意书。排除标准:资料不全者;由静脉曲张等其他原因所致的下肢营养不良性溃疡者;合并严重心、肝、肾、造血系统疾病者;自动放弃并退出研究者。本研究已通过本院伦理委员会审批(批号:LLLW-ZY-GC-001-01)。采用随机数字表法将入选患者分为对照组和干预组,各 43 例。根据 DF 的 Wagner 分级标准<sup>[6]</sup>:0 级 24 例、1 级 21 例、2 级 23 例、3 级 9 例、4 级 5