

# 临床护理路径对慢阻肺引起的急性心力衰竭患者的效果研究

茅美珍

扬中市人民医院 江苏 镇江 212200

**【摘要】**目的：探讨临床护理路径在慢阻肺引起的急性心力衰竭患者中的临床应用价值。方法：选取我院2024年11月至2025年10月收治的78例慢阻肺引起的急性心力衰竭患者，按照随机数字表法将其分为参照组和观察组，每组各39例，前组采取常规护理，后组实施临床护理路径，对比两组患者肺功能指标、生活质量和并发症率。结果：护理后，观察组FEV1为(68.43±2.64)%、FEV1/FVC为(75.58±9.14)%、并发症率为2.56%，而参照组上述指标分别为(59.19±2.58)%、(63.69±9.28)%、15.38%，两组差异显著(P<0.05)；观察组生活质量显著高于参照组(P<0.05)。结论：针对慢阻肺引起的急性心力衰竭患者而言，对其实实施临床护理路径，有助于改善肺功能，降低并发症风险，提升生活质量，值得推广。

**【关键词】**：临床护理路径；慢阻肺；急性心力衰竭；肺功能；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.054

慢阻肺属于临床常见的慢性呼吸系统疾病，部分患者可因肺功能进行性减退、肺动脉高压等因素诱发急性心力衰竭<sup>[1]</sup>。由于护理难度系数高，患者易并发电解质紊乱、肺部感染等并发症，促使病死率与再入院风险居高不下。常规护理模式侧重于经验性照护，常因护理流程不规范、健康指导过于单一，而难以满足复杂病症患者的实际需求，促使护理效果达不到预期。临床护理路径属于标准化、程序化的新型护理模式，可依据患者在不同诊疗阶段的护理重点，针对性实施系统性照护，有助于改善患者预后。为探讨临床护理路径在慢性肺引起的急性心力衰竭患者中的应用价值，本次研究特选取78例患者开展分组试验，报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院2024年11月至2025年10月收治的78例慢阻肺引起的急性心力衰竭患者为研究对象，按照随机数字表法将其分为参照组和观察组，资料如下：

参照组男21例(53.85%)，女18例(46.15%)，年龄(67.38±2.94)岁，慢阻肺病程(8.47±2.52)年，心功能分级(NYHA)Ⅲ级者24例，占比61.54%，Ⅳ级者15例，占比38.46%。观察组男22例(56.41%)，女17例(43.59%)，年龄(67.45±2.71)岁，慢阻肺病程(8.39±2.46)年，心功能分级(NYHA)Ⅲ级者25例，占比64.10%，Ⅳ级者14例，占比35.90%。两组研究对象一般资料无显著差异(P>0.05)，具有可比性。

纳入标准：(1)符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年版)》诊断标准，且经辅助检查确诊为急性心力衰竭；(2)年龄50-80岁；(3)意识清晰，配合护理研究者；(4)已签署知情同意书。

排除标准：(1)因其他病因所致急性心力衰竭；(2)中途退出或失联者；(3)精神疾病患者；(4)资料缺失者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 参照组

常规护理：临床密切监测生命体征，为其提供心电监护和氧疗支持，合理调节室内温湿度，借助宣教手册讲解治疗流程、注意事项，遵医嘱开展利尿剂、支气管扩张剂等药物治疗。同时，科学指导患者遵循低脂、低盐饮食，落实皮肤护理、口腔护理等基础护理。

#### 1.2.2 观察组

临床护理路径，即选取心血管内科医师、呼吸内科医师、康复治疗师、责任护士等医疗工作者组建临床护理小组，通过小组会议，结合循证依据制定临床护理路径表，具体措施如下：

(1)入院1-3天：①病情评估，小组成员持续监测患者的心率、血压等指标，精准记录动脉血气及电解质变化，并动态评估患者的呼吸困难程度与端坐呼吸情况。②优化呼吸支持，若患者合并Ⅱ型呼吸衰竭情况，应对其实施BiPAP无创通气，使其SpO<sub>2</sub>维持在88%-92%，并间隔2h详细评估人机协调性，具体参数结合患者实际情况予以调整<sup>[2]</sup>。③药物护理，遵医嘱静脉注射呋塞米，密切关注并记录每小时实际尿量，持续监测血钾水平，并在患者开展沙丁胺醇雾化吸入治疗期间密切监测心率指标。④并发症预防，适时抬高床头30°-45°，协助患者开展氯己定口腔护理，护理频率为4次/日，若患者Caprini评分超过3分，可遵医嘱皮下注射低分子肝素。

(2)入院4-7天：①呼吸功能训练，科学指导患者开展腹式呼吸、缩唇呼吸训练，其训练频率为2次/日，每次训练时长为15min。同时，正确指导患者使用呼吸训练器，依据个体差异逐步增加耐力。②饮食干预，在营养医师的协助下，结合患者个体差异制定饮食方案，保证每日食盐摄入量<2g，且液体摄入量<1500mL，通过增加蔬菜种类，确保营养物质摄入满足机体需求。③心理疏导，动态观察患者的面部表情、肢体动作，在心理咨询师的协助下，指导患者掌握深呼吸、渐进性肌肉放

松等技巧，并通过分享成功案例，缓解焦虑情绪<sup>[3]</sup>。④活动指导，待患者病情稳定，强调康复训练的重要性，并在康复治疗师的协助下，正确指导患者开展床旁主动运动，同时依据患者个体差异调整活动量。

(3) 入院 8-10 天：①自我管理培训，由小组成员持续指导患者监测并记录每日的体重、尿量变化，并借助健康宣教手册、科普视频和面对面指导等方式，引导患者、家属识别心力衰竭加重信号，使其掌握疾病相关知识和护理技巧。②用药干预，由责任护士针对性发放智能分药盒，引导患者、家属设置服药闹钟，结合用药说明书讲解药物作用机制及不良反应，并通过现场示范讲解副作用应对技巧。③出院计划，由责任护士结合患者具体资料建立随访档案，并叮嘱患者按时复诊，为其发放用药清单，强调遵医嘱服药的重要性。④家庭照护指导：由责任护士通过集中培训指导患者、家属掌握居家护理技巧，使其明确呼吸训练、应急处理流程等。

### 1.3 观察指标

(1) 肺功能指标：监测并比较 FEV1、FEV1/FVC 指标变化。

(2) 生活质量：采用 SF-36 量表评估患者生活质量，满分 100 分，评分越高，生活质量越好<sup>[4]</sup>。

(3) 并发症：记录并比较电解质紊乱、肺部感染、心源性休克发生率。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 统计软件分析数据，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，行 t 检验，计数资料以 [n (%)] 表示，行  $X^2$  检验， $P < 0.05$  代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组肺功能指标对比

观察组肺功能指标的改善幅度相较于参照组更为显著 ( $P < 0.05$ )，详见表 1。

表 1 两组肺功能指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	观察组	参照组	t 值	P	
例数	39	39			
FEV1%	护理前	51.75 ± 2.41	51.34 ± 2.92	0.872	0.683
	护理后	68.43 ± 2.64	59.19 ± 2.58	16.281	<0.001
FEV1/FVC%	护理前	43.69 ± 6.45	43.53 ± 6.26	0.971	0.403
	护理后	75.58 ± 9.14	63.69 ± 9.28	15.834	<0.001

### 2.2 两组生活质量对比

观察组生活质量评分的改善幅度相较于参照组更为显著

( $P < 0.05$ )，详情见表 2。

表 2 两组生活质量对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	时间点	观察组(n=39)	参照组(n=39)	t 值	P
精力状态(分)	护理前	57.84 ± 4.37	57.19 ± 4.23	0.243	0.767
	护理后	80.12 ± 3.72	67.23 ± 3.57	14.284	<0.001
情感功能(分)	护理前	56.41 ± 4.28	56.29 ± 4.16	0.782	0.624
	护理后	81.72 ± 3.71	69.13 ± 3.23	13.982	<0.001
社会功能(分)	护理前	55.95 ± 4.92	55.24 ± 4.46	0.563	0.193
	护理后	80.22 ± 3.49	68.57 ± 3.68	12.397	<0.001
健康状态(分)	护理前	56.13 ± 4.35	56.34 ± 4.24	0.642	0.652
	护理后	81.42 ± 3.81	67.52 ± 3.63	11.083	<0.001
心理机能(分)	护理前	57.63 ± 4.63	57.74 ± 4.57	0.971	0.971
	护理后	80.71 ± 3.52	69.81 ± 3.43	13.876	<0.001

### 2.3 两组并发症率对比

观察组并发症率为 2.56%，显著低于参照组的 15.38% ( $P < 0.05$ )，详见表 3。

表 3 两组并发症率对比 [n (%)]

组别	观察组	参照组	$X^2$	P
例数	39	39		
电解质紊乱	1(2.56)	3(7.69)		
肺部感染	0(0.00)	2(5.13)		
心源性休克	0(0.00)	1(2.56)		
总发生率	1(2.56)	6(15.38)	10.386	<0.001

## 3 讨论

慢阻肺是高发于老年群体的慢性气道炎症性疾病，部分患者可因病情逐步进展而并发急性心力衰竭，严重威胁生命安全，并加大护理难度<sup>[5]</sup>。常规护理模式多为机械化护理流程，常因干预时机不当而难以有效改善患者的预后。临床护理路径是以时间为横轴、护理措施为纵轴的新型护理模式，主张依据表格的形式制定临床护理计划，可通过多维度干预提高应用效果。整理数据发现，观察组护理后的 FEV1 为 (68.43 ± 2.64)%、FEV1/FVC 为 (75.58 ± 9.14)%，而参照组上述指标分别为 (59.19 ± 2.58)%、(63.69 ± 9.28)%，两组差异显著 ( $P < 0.05$ )，说明临床护理路径有助于改善肺部功能。总结原因如下：常规护理常针对患者采用固定氧流量或通气模式，而临床护理路径主张依据患者的实际动脉血气结果调节氧疗目标，并通过调整呼

吸机相关参数，避免患者因通气不足而进一步损伤肺功能。临床护理路径要求医护人员在患者雾化前后监测心率，并严格控制支气管扩张剂使用时机，通过控制所用药物对于气道的不良刺激，避免患者因气道阻力升高而影响肺通气功能。与此同时，临床护理路径要求患者在稳定期实施呼吸功能训练，并通过多元化宣教提高患者、家属管理能力，这有助于增强患者的呼吸肌耐力、肺泡通气效率，实现肺功能改善目标。

此外，观察组在诊疗期间出现电解质紊乱者1例，而参照组电解质紊乱3例，肺部感染2例，心源性休克1例，共计6例，且观察组生活质量评分高于参照组（ $P < 0.05$ ），说明临床护理路径应用价值显著。临床护理路径要求在患者入院时启动风险评估管理，从源头减少并发症发生风险，例如：Caprini评分超过3分者皮下注射低分子肝素抗凝，II型呼吸衰竭患者实时调整氧疗参数等。同时，氯己定口腔护理、抬高床头等措

施可有效预防肺部感染，而在遵医嘱注射呋塞米时实时监测尿量，并于雾化吸入沙丁胺醇治疗时监测心率，可有效规避操作不规范问题，并进一步降低并发症风险。与此同时，临床护理路径小组成员包括临床医师、康复治疗师、营养师等，其心理疏导、饮食干预、功能训练均具有专业医生辅助，可有效保证护理措施的科学性、有效性。临床护理路径强调多学科管理，可通过快速改善患者的心肺功能，减少躯体痛苦，并采用放松技巧指导、分享成功案例，辅助患者减轻焦虑情绪，以此实现生活质量提高、并发症风险降低的目标。

综上所述，在慢阻肺引起的急性心力衰竭诊疗期间，根据个体差异实施临床护理路径，有助于改善患者的肺功能，降低电解质紊乱、肺部感染等并发症风险，并进一步提高生活质量，值得推广。

### 参考文献：

- [1] 经雷.综合护理管理模式应用于老年慢性阻塞性肺疾病伴心力衰竭患者的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2024,12(01):5-8.
- [2] 林榕,翁克姬.家庭护理干预对慢性阻塞性肺疾病伴心力衰竭患者心肺功能及不良反应发生率的影响[J].心血管病防治知识,2023,13(20):54-57.
- [3] 罗琼英.慢阻肺并心衰患者应用针对性护理的效果观察[J].安徽医专学报,2023,22(03):74-75+78.
- [4] 陈春露.家庭护理对无创呼吸机治疗慢阻肺伴心力衰竭的影响分析[J].心血管病防治知识,2023,13(18):36-38+41.
- [5] 许莎琴.基于微信平台辅助延续性护理结合家庭护理对慢阻肺合并心力衰竭患者依从性的影响[J].心血管病防治知识,2023,13(06):52-55+64.