

出院计划服务对 110 例慢性阻塞性肺疾病患者生命质量的影响*

姚莉¹, 刘维¹, 李保兰^{2△}

(重庆市第三人民医院:1.呼吸内科;2.护理部 400014)

[中图分类号] R563.9

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)22-3162-02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是常见的呼吸系统疾病,其发病率和病死率呈逐年升高趋势^[1]。我国 40 岁以上人群中 COPD 患病率达 8.2%^[2],是我国疾病负担的第 1 位^[3]。患者肺功能呈进行性减退,常因疾病反复发作病情加重,临床治疗效果不理想^[4],而产生焦虑、抑郁、自责、自卑等心理障碍;又因患者生理活动能力受限而过度依赖医护人员和家属,严重影响患者的生命质量。出院计划服务是实施延续护理的基础,延续护理可使优质护理服务延伸到患者家庭^[5-7]。本研究以本院呼吸内科出院的 110 例 COPD 患者为对象,探究出院计划服务在 COPD 患者延续护理管理中的必要性及可行性,帮助医护人员提高延续护理服务水平,减少 COPD 患者疾病加重及再入院次数,提高其生命质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 9 月在本院呼吸内科住院的 COPD 患者 110 例。入组标准:(1)符合中华人民共和国卫生部 2011 年颁布的《慢性阻塞性肺疾病诊疗规范》中的诊断标准^[8];(2)生活基本能自理;(3)均愿意参加本次研究,并签署书面知情同意书。排除标准:(1)语言沟通障碍;(2)严重心肺功能衰竭;(3)合并精神分裂症、双相情感障碍等重型精神疾病;(4)不愿参加本次研究。将符合入组条件的 110 例 COPD 患者分为对照组和试验组。对照组 55 例,男 24 例,女 31 例;年龄 45~67 岁,平均(55.10±1.21)岁;病程 5~19 年,平均(9.12±5.31)年。试验组 55 例,男 27 例,女 28 例;年龄 43~66 岁,平均(54.21±1.32)岁;病程 5~18 年,平均(8.01±5.17)年。两组患者在年龄、性别和病程方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 干预方法 在住院期间,两组患者均接受 COPD 规范治疗与护理。

1.2.1.1 对照组 采取常规出院指导,于患者出院前 1 d,责任护士对其介绍出院后的注意事项,包括:(1)戒烟,保持居室空气新鲜,通风良好;(2)生活有规律,保持稳定乐观的情绪,避免劳累;(3)注意膳食营养调理,摄入丰富蛋白质,多吃水果、蔬菜及奶类食品。合理补充维生素,忌食辛辣、过咸、油腻食物;(4)酌情进行呼吸训练;(5)适当参加娱乐及体育运动;(6)定期复诊。并对患者生命质量采用方宗君 COPD 患者生存质量问卷进行评价。并于患者出院后第 3、6 个月入户随访。

1.2.1.2 试验组 采用出院计划服务,其具体内容如下。

1.2.1.2.1 人员培训 成立 COPD 出院计划服务干预小组,

由 1 名副主任护师、1 名健康管理师、2 名主管护师和 3 名护士组成,副主任护师担任组长。小组成员本科学历 5 人、大专学历 2 人,护理人员护龄 2~20 年。由组长对小组成员进行培训,内容为 COPD 患者常见心理问题、与患者沟通技巧、出院计划服务的管理与方法、随访的规范与方法等,培训时间为 14 d。培训结束后,组长负责对小组成员进行理论知识与模拟病例考核,考核合格分数为大于或等于 90 分。

1.2.1.2.2 评估患者护理问题及制订出院计划 (1)评估患者护理问题:在出院前 1 d 对患者存在的护理问题进行评估,填写出院患者需求评估表。(2)制订出院计划:在出院当天,出院计划服务小组成员参考美国医院协会有关出院计划指南和国内相关文献等^[9],结合患者的病情及出院需求评估情况,制定 COPD 患者出院计划执行单。出院前由呼吸内科医生、康复师和护士长审查并确定患者的出院计划。

1.2.1.2.3 干预措施 确定为出院后需继续接受医疗护理的患者,在患者住院期间,责任护士应对患者和家属进行相关的健康教育。在出院当天,可依据患者的具体情况制订其个性化的出院计划,具体内容为:(1)进行饮食、运动、服药等方面的指导。(2)针对患者疾病诱发因素、专科疾病特殊护理方面进行详细指导。(3)对患者康复锻炼指导:①强调患者加强呼吸肌功能锻炼,做缩唇呼吸、腹式呼吸,每天 2 次,每次 15~30 min。并将缩唇呼吸、腹式呼吸融入定量散步、慢跑及上肢运动中;②指导患者增加舒适和贮存体力的姿势,站立时,肩和臀均靠在墙壁上,脚与墙的距离约 30 cm,肩膀向前双臂下垂,重心放在双脚上或向前倾斜,双手置于窗台上。坐着时,身体前倾,双脚分开和肩同宽,双手放置在膝上,或将 2~3 个枕头放在桌上,身体前倾,趴在枕上。(4)有医院急诊科联系方式和本科室的电话号码。并就计划单上的内容对患者和家属进行提问,对不清楚之处进行详细讲解。在出院当天将患者出院计划单采用电子邮件方式交予社区护士。在出院后第 2 天,由出院计划服务小组成员对患者返家后的继续照护情况进行电话回访,及时发现可能出现的问题,并提供必要协助和指导干预。社区护士在患者出院后每 2 周进行电话随访 1 次,对其存在的问题电话反馈给出院计划服务小组成员。在患者出院后每个月最后一天由医院护士与社区护士共同进行入户随访,共持续 6 个月。随访期间测评及检查患者 COPD 知识的掌握情况,并根据患者实际情况进行个体化教育和指导,以巩固相关知识。

1.2.2 评价指标 (1)比较两组患者出院后疾病加重次数和再入院率。(2)两组患者生命质量:对两组患者护理前后生命

* 基金项目:重庆卫生计生委科研课题面上项目(20142076)。 作者简介:姚莉(1973-),副主任护师,本科,主要从事呼吸系统疾病研究。

△ 通讯作者,E-mail:1074108099@qq.com。

质量,采用方宗君 COPD 患者生存质量问卷进行评价,包括焦虑症状、抑郁症状、社会活动能力、日常生活能力 4 种因子。评分越低,患者的生命质量越好。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组出院后 6 个月内 COPD 加重次数和再入院的比较 干预后(出院后 6 个月内)试验组患者 COPD 加重次数和再入院次数均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 干预前后两组患者生命质量比较 干预前(入院时)两组患者焦虑症状、抑郁症状、社会活动能力、日常生活能力得分比

较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后(出院后 6 个月时)试验组患者焦虑症状、抑郁症状、社会活动能力、日常生活能力得分小于对照组,其差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2。

表 1 两组患者出院后 6 个月内 COPD 加重次数和再入院的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	再入院次数	COPD 加重次数
试验组	55	0.33±0.65	0.96±0.71
对照组	55	0.69±0.13	1.59±1.32
<i>t</i>		-1.895	-2.011
<i>P</i>		0.045	0.027

表 2 护理干预前后两组患者生命质量因子得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	社会活动能力		日常生活能力		抑郁症状		焦虑症状	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	55	5.53±1.23	2.11±1.25	5.21±1.27	2.23±1.02	5.63±1.27	2.51±1.20	5.53±1.05	2.42±1.21
对照组	55	5.54±1.22	4.33±1.06 ^a	5.23±1.36	4.26±1.28 ^a	5.64±1.35	4.23±1.08 ^a	5.55±1.17	4.13±1.24 ^a

^a: $P<0.01$,与试验组比较。

3 讨 论

3.1 出院计划服务能提高 COPD 患者生命质量 COPD 患者通常生命质量较低,最明显的是活动能力受损,其次是因气道疾病引起的社会能力损害及心理障碍^[10]。在国内,COPD 患者常常是因急性加重入院,症状缓解后出院,回家后得不到连续的护理。本研究将出院计划服务作为延续护理的一部分,在患者入院时,责任护士便有计划地给患者进行健康教育,评估患者需求,整合其所需的健康资源,教会家属照顾患者和协助锻炼的技巧。告知烟酒的危害性,正确的照顾知识和技能指导能明显提高家属陪护者的照顾能力,让患者回家后得到完整且持续性的照顾^[11]。住院期间责任护士反复、有针对性地对患者进行健康宣教,提高患者对 COPD 的认知和自我照顾能力;在随访过程中出院计划服务研究者(医院护士与社区护士)须对患者完成出院计划单上的内容进行监测,指导患者完成肺康复内容,使患者肺功能持续下降得到延缓,改善了患者的生命质量。本研究结果显示,干预后试验组患者焦虑症状、抑郁症状、社会活动能力、日常生活能力得分小于对照组($P<0.01$),这表明出院计划服务能提高 COPD 患者的生命质量。

3.2 出院计划服务能降低再次入院率及减少疾病加重次数 COPD 具有高病死率、高患病率的特征,并呈逐年上升趋势。有文献显示,到 2020 年 COPD 将跃居世界疾病死亡原因第 3 位和疾病经济负担第 5 位^[12]。随着患者急性发作次数增加,其肺功能、运动能力及骨骼肌力等逐渐下降,咳嗽、咳痰及呼吸困难症状越加严重,降低了患者的日常生活能力和生命质量^[13]。有效的护理干预不但能提高患者的生命质量,而且还能预防疾病发作和病情加重,减少患者住院次数和减轻症状。本组研究在患者入院时就开始有计划地给予适当的健康照顾,为其提供专科护理、康复锻炼、生活方式及日常活动等方面的指导。针对 COPD 患者因感冒引起疾病急性发作,对烟味、粉尘、冷空气特别敏感等问题,在出院计划服务中,建立了电话随

访、定期上门随访的联系方式。使出院计划服务研究者能根据患者的病情、病程和天气等因素,对患者进行分级健康指导。并能发现患者存在的问题,及时给予处理,预防 COPD 的急性加重,减轻了 COPD 急性加重的程度,改善了患者的生命质量。本组研究结果显示,在患者出院后 6 个月内,试验组再住院率及疾病加重次数明显低于对照组($P<0.05$),与 Huang 等^[14]采用出院计划服务能降低患者急诊入院率的报道一致。对 COPD 患者采取出院计划服务,能提高患者的生命质量,预防患者病情加重,减少患者的再住院率。

参考文献

[1] Metzger NL, Lundquist LM. A review of the advances in chronic obstructive pulmonary disease treatment [J]. J Pharm Pract, 2012, 25(12): 576-582.

[2] 王长征. 从慢性阻塞性肺疾病的自然病程看早期治疗的重要性[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33(7): 557-558.

[3] 徐倩, 徐丹, 李凤森. 应用德尔菲法建立慢性阻塞性肺疾病发展“快”、“慢”的评价标准[J]. 重庆医学, 2014, 43(9): 1117-1119.

[4] 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[J]. 中华内科杂志, 2002, 30(9): 67-73.

[5] 陈琴, 姜小鹰, 钟清玲, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者应用出院计划服务的效果评价[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(9): 790-794.

[6] 赵岳. 对住出院病人实施出院计划的研究进展[J]. 天津护理, 2005, 13(2): 123-123.

[7] 潘楚梅, 张琢玉, 熊碧文, 等. PCI 患者冠心病危险因素和延续护理需求调查[J]. 护理学杂志, 2013, 28(7): 25-26.

[8] 潘玲, 毛德强. 血必净注射液对慢性阻(下转第 3165 页)

病灶缩小明显,可能是由于他汀类药物降脂和稳定斑块的功能减轻了缺血半暗带的损伤,从而促进了缺血半暗带的恢复,使患者致残率下降且 NIHSS 评分明显好转。同时观察组 NIHSS 评分及磁共振病灶缩小显效率高于对照组也说明阿托伐他汀在脑血管疾病中的作用要高于普通他汀。可能是因为在降脂的同时兼有稳定斑块及抗炎的作用。总之,应用阿托伐他汀治疗脑血管疾病,其致残率明显降低,效果明显好于普通他汀。而本试验更进一步发现强化他汀治疗的效果优于正常阿托伐他汀治疗,但因样本量较小,仍需大样本长时间进一步证实结果。同时,虽然阿托伐他汀的临床效果显著,但在老年患者治疗中应注意避免严重的不良反应,定期检查肝功能及肌酸磷酸激酶等。

近期,有报道研究了对阿托伐他汀对心血管意外事件作用^[15]。然而,在脑血管方面,强化他汀治疗引起治疗效果优于正常剂量他汀治疗正在逐渐成为研究热点,本试验通过病理回顾方式分析了强化他汀治疗的效果,并期待进一步大样本试验进一步证实。

参考文献

[1] 周燕.阿托伐他汀在缺血性脑血管病患者二级预防中的安全性评价[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(23):70-71.

[2] 蔡乐,舒占坤,何丽明,等.昆明市城乡居民心血管疾病死亡负担分析[J].中国公共卫生,2011,27(2):168-169.

[3] 李亢,余正.脑卒中疾病负担研究进展[J].上海医药,2011,32(3):130-132.

[4] 贺文敏.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙在预防 TIA 后脑梗死中的临床应用[J].实用药物与临床,2014,17(4):409-411.

[5] 楚英琴,张松兰,王竹娟.阿托伐他汀治疗急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块效果探讨[J].医药前沿,2012,2(17):394-395.

[6] 周锐.阿托伐他汀钙治疗颈动脉粥样硬化疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(2):9-11.

[7] 尤群生.阿托伐他汀对急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块及脑血流指标的影响[J].中国临床实用医学,2010,4(4):140-141.

[8] 陈岚. ApoB/ApoA1 比值与急性脑梗死颈动脉粥样硬化斑块相关性研究[J].医学信息,2013,26(19):176.

[9] 韩居才,杨莉莉.阿托伐他汀联合肠溶阿司匹林对颈动脉粥样硬化患者斑块稳定性及脑血管事件的影响[J].实用老年医学,2012,2(2):148-151.

[10] Amarenco P, Labreuche J, Lavallée P, et al. Statins in stroke prevention and carotid atherosclerosis: systematic review and up-to-date meta-analysis[J]. Stroke, 2004, 35(12):2902-2909.

[11] 李斌,张奇峰.阿托伐他汀对老年急性冠脉综合征患者血脂、血清炎症因子和心脑血管事件的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(3):518-520.

[12] 张东彦.阿托伐他汀联合肠溶阿司匹林对颈动脉粥样硬化患者斑块稳定性及脑血管事件的影响分析[J].中国现代药物应用,2013,7(9):102-103.

[13] Pinto N, Haluska B, Mundy J, et al. Ischemic cardiomyopathy: midterm survival and its predictors[J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2012, 20(6):669-674.

[14] 曹瑞.阿托伐他汀与氟伐他汀在缺血性脑血管病二级预防中的比较[J].当代医学,2013,19(20):146-147.

[15] Arsenault BJ, Barter P, Demicco DA, et al. Prediction of cardiovascular events in statin-treated stable coronary patients of the treating to new targets randomized controlled trial by lipid and non-lipid biomarkers[J]. PLoS One, 2014, 9(12):e114519.

(收稿日期:2015-02-12 修回日期:2015-07-16)

(上接第 3163 页)

塞性肺疾病急性加重期患者免疫功能的影响[J].重庆医学,2014,43(20):2548-2550.

[9] 刘玉玲,石霞,杨秀华,等.对脑卒中患者制定和实施出院计划的探讨[J].医学创新研究,2008,5(9):103.

[10] Monique MD, Emnianue MD, Elisabeth Q, et al. Prognostic factors in COPD patients receiving long-term oxygen therapy[J]. Chest, 1995, 107(5):1193-1198.

[11] 高玲,徐奕旻,薄惠云.多次急诊就诊老年患者的家属需求调查分析[J].护理学杂志,2013,28(6):37-38.

[12] Mammen MJ, Sethi S. Macrolide therapy for the prevention of acute exacerbations in chronic obstructive pulmo-

nary disease[J]. Pol Arch Med Wewn, 2012, 122(1/2):54-59.

[13] Make B, Belfer MH. Primary care perspective on chronic obstructive pulmonary disease management[J]. Postgrad Med, 2011, 123(2):145-152.

[14] Huang TT, Liang SH. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling[J]. J Clin Nurs, 2005, 14(10):1193-1201.

(收稿日期:2015-02-08 修回日期:2015-07-10)