

多学科协作护理模式在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果

姜瑞娟^{1,2,3}

(1 河南省人民医院呼吸与危重症一病区 郑州 450003; 2 河南省护理医学重点实验室 郑州 450003; 3 郑州大学人民医院 河南郑州 450003)

摘要:目的:探究多学科协作护理模式对慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者呼吸状况、运动耐力、肺功能、负面情绪及护理满意度的影响。方法:按随机数字表法将 2022 年 1~9 月收治的 104 例 COPD 患者分为观察组与对照组各 52 例。对照组给予常规护理干预,观察组在对照组的基础上予以多学科协作护理干预,两组患者均持续干预 3 个月。比较两组肺功能指标[用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量百分比(FEV₁/FVC)]、呼吸状况[呼吸困难评分量表(mMRC)]、6 min 步行试验距离(6MWT)、生活质量[圣·乔治呼吸问卷(SGRQ)]、负面情绪[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分]和护理满意度。结果:与对照组相比,观察组干预后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 水平均较高($P<0.05$);观察组干预后 mMRC 评分、SGRQ 评分均较低,6MWT 距离较长($P<0.05$);观察组干预后 SAS、SDS 评分均较低($P<0.05$);观察组护理满意度较高($P<0.05$)。结论:多学科协作护理模式在 COPD 患者中应用效果确切,可缓解患者负面情绪,利于改善呼吸状况和肺功能,使患者的生活质量和运动耐力得到提高,并获得较高的满意度。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;多学科协作护理;常规护理

中图分类号:R473.56

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2023.10.032

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种常见的呼吸系统慢性疾病,以呼吸气流受到明显的阻碍为病理特征,好发于老年群体中。该病的临床症状有憋喘、呼吸困难、胸闷等,对患者的生活造成严重影响^[1]。COPD 患者稳定期若未进行相应干预,病情易出现反弹甚至加重,导致患者发生不同程度的焦虑、抑郁等负面情绪,加重患者病情,导致肺疾病、呼吸衰竭等严重并发症发生^[2]。目前临床对 COPD 患者主要采取支气管扩张剂、祛痰镇咳等药物对症治疗,并予以肺功能训练,虽然能够缓解部分肺部症状,避免患者的病情加重,但难以保证预后效果^[3]。因此在 COPD 患者治疗期间给予有效的干预措施对改善预后具有关键作用。多学科协作康复护理是一种以循证医学护理理念为引导的新型护理模式,其将各学科的力量集中在一起,发挥各领域专业优势,使护理工作更加合理、专业和规范,以促进患者身心康复^[4-5]。本研究以我院收治的 104 例 COPD 患者为研究对象,旨在探究多学科协作护理干预对 COPD 患者的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 按随机数字表法将 2022 年 1~9 月我院收治的 104 例 COPD 患者分为观察组与对照组各 52 例。观察组男 32 例,女 20 例;年龄 55~79 岁,平均(63.89±1.09)岁;COPD 病程 1~7 年,平均(4.02±0.23)年;体质量 43~74 kg,平均(58.31±3.69) kg;文化程度:小学 15 例,中学 21 例,大专及以上学历 16 例。对照组男 27 例,女 25 例;年龄 55~78 岁,平均(63.71±1.05)岁;COPD 病程 1~8 年,平均(4.89±0.18)年;体质量 45~75 kg,平均(59.31±3.23) kg;文化程度:小学 16 例,中学 20 例,大专及以上学历 16 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审查通过。

1.2 入选标准 纳入标准:(1)符合《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)》^[6]中 COPD 的诊断标准;(2)自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)合并恶性肿瘤者;(2)患有严重脏器(心、肝、肾等)疾病者;(3)合并哮喘、支气管扩张及肺炎者;

(4) 并发有肺性脑病、呼吸衰竭等严重并发症者; (5) 有免疫功能缺陷性疾病者。

1.3 护理方法 给予对照组常规护理干预。(1) 药物护理: 给予患者糖皮质激素、抗生素等药物治疗;

(2) 常规肺功能训练: 护理人员指导患者进行缩唇呼吸、腹式呼吸等训练, 每次训练时间为 30 min, 2 次/d;

(3) 心理护理: 对患者进行常规健康教育, 疏导患者不良情绪, 每次沟通 30 min, 1 次/周; (4) 生活护理: 指导患者合理饮食, 叮嘱其按时服药, 保证充足的睡眠等。

(5) 出院指导: 于患者出院前指导应如何用药, 如何康复训练; (6) 定期电话随访。在对照组的基础上, 观察组予以多学科协作护理干预, 具体如下: (1) 成立多学科协作护理团队。主要包括 1 名护士长, 1 名呼吸内科主治医师, 1 名药剂师, 2 名主管护士, 1 名心理咨询师, 1 名营养师, 由团队人员结合疾病特点共同制定护理方案, 将护理工作量化, 秉承科学严谨的工作态度展开护理工作。

(2) 制定护理制度。以疾病治疗及护理为主题制定相关工作制度, 展开“小圆桌”会议, 小组人员均需参加, 主要内容包括健康教育、护理工作内容等。

(3) 职责分工。护士长、主管护士及主治医师共同制定患者康复计划, 心理咨询师负责患者的心理咨询, 药剂师和营养师分别负责患者用药管理和营养支持工作, 主管护士主要负责患者院内用药护理、健康教育、心理护理、康复锻炼以及院外随访工作。

(4) 协作护理实施。建立档案: 患者入院后, 多学科协作护理团队评估患者的疾病程度、营养状况、心理状态以及肺功能, 并建立患者个人档案。健康教育: 对患者进行 COPD 疾病相关知识的宣传教育, 可以采用健康手册、教育视频以及讲座等模式进行。

心理护理: 心理咨询师负责评估患者的心理状态, 根据患者的心理状态实施针对性的心理干预, 消除患者负面情绪, 帮助其树立战胜疾病的信心。

营养支持: 由营养师根据患者的喜好制定饮食计划, 保证营养均衡, 并指导患者养成良好的饮食习惯。

呼吸功能锻炼: 呼吸训练包括缩唇呼吸和腹式呼吸; 呼吸功能运动包括呼吸体操和有氧运动训练, 每次训练时间为 20 min, 2 次/d。安排专门人员监督并指导患者训练。

用药护理: 由药剂师和主治医师指导患者定时用药, 并向其讲解用药注意事项以

及用药后可能出现的不良反应, 若有异常应及时汇报给医师。社会支持: 护理人员嘱患者家属多与患者沟通, 给予其足够的关心, 指导患者主动利用社会资源。

出院指导: 于出院前 3 d 进行出院健康教育, 包括定期复查, 坚持正确药物治疗, 合理饮食, 康复训练等。

出院随访: 患者出院后 1 周内采用电话随访, 1 个月入户家访, 告知患者出现不适症状应及时复诊。

两组患者均持续干预 3 个月。

1.4 观察指标 (1) 肺功能指标。干预前后采用 HP2094 型肺功能检测仪(上海博士得公司)检测两组患者肺功能, 包括用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量百分比(FEV₁/FVC)。

(2) 呼吸状况。干预前后采用呼吸困难评分量表(mMRC)评估患者的呼吸状况, 该量表总分为 0~4 分, 评分越高说明患者的呼吸症状越严重。

(3) 6 min 步行试验(6MWT)距离。于干预前在平坦地面上划出一直线, 并于直线两端各放置一把椅子作为标志, 要求患者于两个椅子间往返走路, 记录患者行走距离。若患者无法耐受该测试, 则终止试验; 如患者可以接受, 测试 6 min 后试验结束^[7]。

(4) 生活质量。干预前后采用圣·乔治呼吸问卷(SGRQ)^[8]评估两组患者生活质量, 满分为 100 分, 分值越低说明患者的生活质量越好。

(5) 负面情绪。干预前后采用焦虑自评量表(SAS)评估患者焦虑情况、采用抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁情况, 每个量表包括 20 条项, 分值范围为 25~100 分, 评分越低说明患者焦虑、抑郁情况越轻。

(6) 护理满意度。干预后采用满意度量表(CSQ-8)评估两组患者护理满意度, 共 8 个项目, 分值范围为 8~32 分, 非常满意: 24 分以上; 满意: 17~24 分; 一般满意: 9~16 分; 低于 9 分为不满意。

满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件处理数据, 计数资料以%表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺功能指标比较 与对照组相比, 观察组干预后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 水平均较高 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FVC(L)		FEV ₁ (L)		FEV ₁ /FVC(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	52	2.08± 0.43	2.57± 0.56	1.26± 0.43	1.68± 0.46	60.58± 1.57	65.37± 1.85
观察组	52	2.06± 0.54	2.92± 0.68	1.26± 0.45	1.98± 0.68	61.17± 1.62	67.81± 1.78
t		0.209	2.865	0.000	2.635	1.886	6.854
P		0.845	0.005	1000	0.010	0.062	0.000

2.2 两组 mMRC 评分、6MWT 距离、SGRQ 评分比较 与对照组相比, 观察组干预后 mMRC 评分、SGRQ 评分均较低,6MWT 距离较长($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 mMRC 评分、6MWT 距离、SGRQ 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	mMRC 评分(分)		6MWT 距离(m)		SGRQ 评分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	52	2.25± 0.73	1.67± 0.50	253.26± 42.43	268.45± 40.36	62.28± 10.57	54.75± 6.55
观察组	52	2.36± 0.54	1.02± 0.38	253.31± 43.45	302.25± 32.58	62.38± 10.62	45.24± 5.78
t		0.875	7.464	0.006	4.670	0.048	7.850
P		0.384	0.000	0.995	0.000	0.962	0.000

2.3 两组负面情绪比较 与对照组相比, 观察组干预后 SAS、SDS 评分均较低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组负面情绪比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	52	55.16± 6.45	42.28± 5.28	58.89± 6.14	45.05± 5.22
观察组	52	55.22± 6.15	32.25± 5.25	57.95± 6.46	35.56± 4.71
t		0.049	9.714	0.761	9.733
P		0.961	0.000	0.449	0.000

2.4 两组护理满意度比较 与对照组相比, 观察组护理满意度较高($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较[例(%)]

组别	n	非常满意	满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	52	21(40.38)	14(26.92)	10(19.23)	7(13.46)	35(67.31)
观察组	52	24(46.15)	20(38.46)	6(11.54)	2(3.85)	44(84.62)
χ^2						4.265
P						0.039

3 讨论

COPD 具有治疗难度大、发作反复等特点, 保持良好的肺功能可延缓患者病情进展, 对改善预后具有重要意义。但患者在出院后缺乏护理指导和监督, 难以实现自我管理, 因此需要进行长期且规范性的管理和治疗^[9]。
COPD 患者除了自身呼吸紊乱, 还伴有四肢功能障碍和呼吸障碍等, 造成运动受限, 从而降低其运

动功能, 常规院内护理很难规范地为患者提供全方位、优质的护理服务, 院外主要靠电话随访, 难以满足患者需求, 也很难促进预后康复^[10-11]。多学科协作护理模式是由呼吸内科主治医师、护士长、药剂师、主管护士、心理咨询师、营养师等多学科人员组成的工作团队^[12]。通过岗位分工, 团员之间的相互合作与管理, 将各个学科知识应用于患者护理工作中, 指导和督促患者完成出院后自我管理, 从而将护理干预作用发挥到最大化^[13]。本研究结果显示, 观察组干预后肺功能各项指标、呼吸状况、运动耐力、生活质量均优于对照组, 负面情绪评分低于对照组 ($P<0.05$), 提示多学科协作护理模式能够促进 COPD 患者肺功能改善, 提高患者的运动耐力和生活质量, 并能够有效缓解其负面情绪。分析原因在于, 多学科协作干预通过专业学科人员共同制定护理方案, 能够发挥最佳干预效果, 营养师和心理咨询师能给予有效护理以改善患者的心理和营养状况, 促进患者康复; 专科护士根据循证依据指导患者进行呼吸功能训练, 从而使患者的运动耐力和肺功能得到提高; 多学科团队不仅在住院期间为患者提供优质的护理服务, 出院后也对患者定时随访, 给予用药、饮食、康复训练等后续保障, 并对院外治疗中存在的问题予以及时解决, 消除患者疑虑, 提高患者治疗信心, 利于患者病情稳定, 减少疾病复发, 从而使患者的生活质量得到提高^[14-15]。

综上所述，多科协作护理模式干预能够缓解负面情绪，利于改善 COPD 患者肺功能和呼吸状况，提高患者生活质量和护理满意度，值得推广。

参考文献

[1]陈亚红.2022 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗、管理及预防全球策略更新要点解读[J].中国全科医学,2022,25(11):1294-1304,1308.
[2]张思圆,张琴,蔡宗钰.时效性激励模式在慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴呼吸衰竭患者肺康复护理中的应用效果[J].中国医药导报,2021,18(31):180-184.
[3]潘玲莲,李雪春.专职康复护理小组对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能运动能力及生活质量的影响研究[J].中国药物与临床,2020,20(2):324-326.
[4]金祯祺,叶志娟,杨卫青,等.多学科协作干预对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能及运动自我效能感的影响[J].广东医学,2020,41(21):2246-2250.
[5]齐飞,肖金玲.多学科协作护理模式对老年 COPD 患者运动耐力和负性情绪的影响[J].重庆医学,2019,48(3):508-511.
[6]呼吸系统疾病基层诊疗指南编写专家组.慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)[J].中华全科医师杂志,2018,17(11):856-870.
[7]齐喜玲,许海燕,于子凯,等.六分钟步行试验在经导管主动脉瓣置

(上接第 90 页)中清扫淋巴结数量、并发症发生率对比无明显差异,可见中间入路、尾侧入路腹腔镜根治术治疗右半结肠癌安全性均较高。但两种入路方式腹腔镜根治术治疗右半结肠癌的远期疗效仍未有定论,今后可增加样本量,延长观察时间,进一步探讨该手术入路的治疗效果。

综上所述,中间入路、尾侧入路治疗右半结肠癌腹腔镜根治术治疗效果均较好、安全性均较高,但尾侧入路手术时间更短,出血更少,RCC 活力指标与肿瘤标志物水平改善效果更佳,利于患者术后恢复。

参考文献

[1]朱凤伟,吕亚莉,宋欣,等.左右半结肠癌分子生物学表达与临床病理特征关系[J].诊断病理学杂志,2020,27(3):145-149,153.
[2]李永坤,贾延印,刘耿,等.两种不同入路方式行腹腔镜下右半结肠癌根治术临床效果对比[J].现代肿瘤医学,2019,27(22):4036-4039.
[3]蔡正昊,刘海山,马君俊,等.尾侧中间联合入路与传统中间入路腹腔镜右半结肠癌根治术临床对比研究[J].中国实用外科杂志,2019,39(12):1310-1315.
[4]中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会.中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014,北京)[J].中华医学杂志,2015,95(28):2235-2252.
[5]李洪波,伏广顺,韦伟,等.腹腔镜右半结肠癌根治术中间入路手术体会[J].中国现代普通外科进展,2018,21(9):724-725.

换术后心脏康复中的指导价值[J].中华老年心脑血管病杂志,2019,21(7):695-698.
[8]孟现玲,何玉廷,毛若琳,等.圣乔治呼吸问卷、CAT 及 mMRC 评分在慢性阻塞性肺病中的应用[J].复旦学报(医学版),2022,49(6):862-868,876.
[9]葛玲玉,刘兵,方方,等.慢性阻塞性肺疾病认知情况及筛查意愿调查研究[J].中国临床医生杂志,2023,51(2):159-164.
[10]郎蔓,李培君,王婷,等.运动对慢性阻塞性肺疾病患者通气功能障碍的影响[J].中国老年学杂志,2023,43(1):205-211.
[11]王宏.人性化护理服务模式对慢性阻塞性肺疾病病人肺康复的影响[J].护理研究,2019,33(6):1085-1087.
[12]戴燕,徐凤娟.慢性阻塞性肺疾病几种康复护理方法及临床应用效果对比[J].临床与病理杂志,2020,40(11):2967-2970.
[13]朱顺芳,刘霖,陈媛,等.基于微信多学科协作团队对稳定期 COPD 患者家庭自我管理干预研究[J].护理学报,2019,26(1):72-76.
[14]戴春晖.MDT 协作模式对老年 AECOPD 患者心理负担、肺功能与生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(13):2439-2442.
[15]程金红,林灵敏,许春柳,等.多学科协作康复护理在 AECOPD 合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(22):2023-2024,封 3.

(收稿日期: 2023-01-28)

[6]韩潞,刘兵,谭卫林.腹腔镜下右半结肠癌根治术中间入路术式与侧方入路术式的疗效观察[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(8):29-33.
[7]吕泽坚,吴伍林,林圳滨,等.中间入路“四步法”应用于腹腔镜结肠脾曲游离手术的安全性和可行性[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(7):668-672.
[8]舒若,刘童蕾,田衍,等.尾侧入路与中间入路行腹腔镜下右半结肠癌根治术临床对比[J].昆明医科大学学报,2018,39(5):78-82.
[9]郑毅,白露,许鑫,等.腹腔镜尾侧入路右半结肠癌根治术的临床疗效探讨[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(2):162-164.
[10]罗威,孙胜,宋彦伟,等.尾侧联合中间入路腹腔镜右半结肠癌根治术的临床应用[J].中国现代普通外科进展,2020,23(7):554-556,559.
[11]杨晓晔,车向明,豆发福,等.腹腔镜下不同入路途径在右半结肠癌根治术中的应用比较[J].临床外科杂志,2021,29(5):482-484.
[12]于鹏,段绍斌.三种不同手术入路在腹腔镜右半结肠癌根治术中的应用[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(6):692-696.
[13]田德福,吴宏,祝普利.尾侧入路与中间入路腹腔镜下右半结肠癌根治术对患者肿瘤转移、胃肠激素及免疫功能的影响[J].癌症进展,2021,19(12):1261-1264.
[14]姚谦,胡柱龙,项本宏.腹腔镜右半结肠癌根治术三种入路的效果比较[J].中国现代普通外科进展,2021,24(8):651-653,656.
[15]李鸿鹏,张戈,李明晋,等.腹腔镜下中间入路与尾侧联合内侧入路在右半结肠癌根治性切除术中的应用价值对比[J].中国现代普通外科进展,2020,23(3):32-34,41.

(收稿日期: 2022-12-15)