慢阻肺康复护理自我管理模式对患者肺功能及生活质量的影响研究

黄小函
（郴州市第一人民医院康复医院重症医学科　湖南　郴州　423000）

【摘　要】目的：研究慢阻肺康复护理自我管理模式对患者肺功能及生活质量的影响。 方法：选取我院2021年1月~2022年12月期间收治的慢阻肺（chronic obstructive pulmonary disease，COPD）患者83例，随机分为实验组与对照组，分别为41例、42例。实验组采取自我管理模式，对照组采取常规护理模式，对比两组患者的心理状态（采用一般自我效能感量量表、抑郁自评量表、25条目心理韧性量表）、肺功能（测量用力肺活量、一秒用力呼气容积）、症状评分（采用改良英国医学研究学会呼吸困难量表、慢阻肺综合评估测试）、日常生活功能（采用SF-36健康查简表）。 结果：治疗后，两组患者的一般自我效能感量量表、25条目心理韧性量表水平均升高，抑郁自评量表水平均降低，且实验组各指标水平改善优于对照组（P < 0.05）；实验组肺功能改善情况显著高于对照组（P < 0.05）；实验组症状评分显著低于对照组（P < 0.05）；治疗后，两组SF-36健康查简表水平显著升高，且实验组较对照组水平更低（P < 0.05）。 结论：对行慢阻肺患者采取自我管理模式，能够改善患者的心理状态，有效提高自我效能，增强日常生活能力，提高肺功能，减少不良症状，安全可靠，具有推广价值。

【关键词】慢阻肺；康复护理；自我管理；肺功能

慢性阻塞性肺病（chronic obstructive pulmonar y disease,COPD）是常见的呼吸道疾病，其主要症状为呼吸困难[1~2]。而COPD因其病程长，且从呼吸影响患者的生活，导致患者不良情绪增长，影响患者的康复效果[3~4]。而自我管理模式是从患者本人出发，增强患者的自行管理能力，能够从根本上提高患者的康复信心，进而提高康复效果[5]。故本研究通过对2021年1月~2022年12月期间收治的41例COPD患者采取护理自我管理模式，探究其对慢阻肺康复的效果，进而为临床提供参考。现研究过程如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2021年1月~2022年12月期间收治的COPD患者83例，随机分为实验组与对照组，分别为41例、42例。实验组男29例，女12例；年龄39~67岁，平均（49.26±9.78）岁；患病时长2~13年，平均（8.47±3.42）年；对照组男31例，女11例；年龄37~65岁，平均（48.32±8.92）岁；患病时长3~12年，平均（7.92±3.26）年。两组患者基本资料对比差异无统计学意义（P > 0.05）。患者及其家属均知晓本次研究，并签署同意书。此项研究是由《赫尔辛基宣言》所规定的伦理准则以及经医院伦理委员会批准的。

纳入标准（1）临床表现、肺功能检测以及影像学检测均符合COPD；（2）病情处于稳定期者；（3）病历资料完整。

排除标准（（1）患有严重心理或精神疾患的；（2）其他器官损害患者；（3）伴有恶性疾病的患者；（4）认知障碍，无法配合医护人员工作者；（5）合并其它呼吸道疾病患者者。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理模式：（1）运动：根据患者的情况为患者制定合适的运动计划，以患者能够达到同时不感受到痛苦为标准，主要以各种有氧运动为准。每次0.5h，2次/天。（2）呼吸训练：呼吸训练过程中避免患者出现眩晕、头痛等症状。①腹式呼吸：横膈膜随呼吸潮汐进行上下运动，呼吸缓慢，吸气需足够深，暂缓2s后缓慢吐气，可联系5～15min，以患者能接受为准。②缩唇呼吸：嘴唇呈半合半闭的情况，小量吸气，注意气道维持。（3）药物服用：遵循医嘱服用药物。

实验组患者在对照组的基础上接受自我管理模式：（1）提高患者的自我认知：①疾病：为患者宣讲疾病的发生过程与进一步发展，纠正患者对疾病的错误认知。②饮食：注重清淡饮食，减少辛辣刺激食物的使用，避免刺激疾病进一步发展。（2）社会认知：①确立目标：患者在了解疾病的缘由及发展之后，需自己确立目标，分解目标，提高自我行动力。②解决问题：提高自我管理能力，发展自我解决问题能力，同时当患者无法进行解决时，医护人员需及时进行语言与行为的双重帮助。

（3）压力应对：为患者宣讲应对疾病眼里的策略，促进患者能更加从容的面对疾病压力。（4）行为转变：寻找患者最希望改变的动力与目的，并以此激励患者自我管理。（5）不良情绪：多关注患者的情绪，当患者有不良情绪时，及时为患者开导。（6）社会支持：COPD 病人常因疾病病程长、花费较多、生活习惯改变等因素有巨大压力，需患者的亲人朋友的鼓励与支持，帮助患者更加积极的应对疾病。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态

观察并比较两组患者治疗前、治疗后的一般自我效能感量（General Self-Efficacy Scale,GSES）、抑郁自评量表（Self-rating depression scale，SDS）、25 条目心理韧性量表（25-Connor- Davidson ResilienceScale, CD-RISC-25）水平。GSES 量表满分 40 分，分数越高表示患者自信心越强；SDS 满分 80 分，分数越高表示患者焦虑情况越严重，53 分为分界点；CD-RISC-25 满分 175 分，分数越高表示患者心理韧性越强。

1.3.2 肺功能

观察并比较两组患者治疗前、治疗后的运动组用力肺活量（forced vital capacity, FVC）和一秒用力呼气容积（forced expiratory volume in one second, FEV1）水平。

1.3.3 症状评分

观察并比较两组患者治疗前、治疗后的改良英国医学研究学会呼吸困难量表（mMRC）评分和慢阻肺综合评估测试（CAT）评分水平。mMRC 总计 4 级，2 级及其以上为症状较为严重；CAT 满分 40 分，分数越高表示患者病情越严重。

1.3.4 日常生活功能

观察并比较两组患者治疗前、治疗后的 SF-36 健康查简表（the MOS item short from health survey ,SF-36）水平，SF-36 满分 100 分，分数越高表示患者自理能力越强。

1.4 统计学方法

本院通过 SPSS21.0 统计软件包分析研究，计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料采用相对数表示，组间比较采用 x^2 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态水平比较

治疗前，两组患者的 GSES、SDS、CD-RISC-25 水平无显著差异（$P>0.05$），治疗后，两组 GSES、CD-RISC-25 水平具有明显提升，SDS 水平具有明显下降，且实验组各指标水平改善优于对照组（$P<0.05$）。见表 1。

2.2 两组肺功能水平比较

治疗前，两组患者的 FVC、FEV1 水平无显著差异（$P>0.05$），治疗后，且实验组各指标水平改进优于对

表 1 两组患者治疗前后心理状态水平比较（$\bar{x}\pm s$）

分组	例数（n）	GSES		SDS		CD-RISC-25	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	41	14.23±3.47	26.46±2.17*	51.34±6.72	23.49±5.38*	86.47±9.46	146.27±13.12*
对照组	42	14.32±3.19	19.32±4.67*	50.98±7.26	32.14±4.26*	87.12±8.97	119.98±14.16*
t	–	0.123	8.896	0.234	8.131	0.321	8.769
P	–	0.902	0.000	0.815	0.000	0.000	0.000

注：与同组治疗前比较，*$P<0.05$

表 2 两组患者治疗前后肺功能水平比较（$\bar{x}\pm s$）

分组	例数（n）	FVC（L）		FEV1（L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	41	2.49±0.11	2.97±0.26*	1.07±0.19	1.76±0.69*
对照组	42	2.48±0.14	2.59±0.21*	1.14±0.23	1.28±0.47*
t	–	0.361	7.334	1.510	3.712
P	–	0.719	0.000	0.135	0.000

注：与同组治疗前比较，*$P<0.05$

表 3 两组患者治疗前后症状评分水平比较（$\bar{x} \pm s$）

分组	例数（n）	mMRC		CAT	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	41	3.17±0.54	1.58±0.46*	26.14±3.47	13.14±4.12*
对照组	42	3.24±0.49	2.46±0.57*	26.17±3.59	19.47±4.08*
t	−	0.618	7.729	0.039	7.033
P	−	0.538	0.000	0.969	0.000

注：与同组治疗前比较，*$P < 0.05$

照组（P ＜ 0.05）。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后症状评分水平比较

治疗前，两组患者的 mMRC、CAT 水平无显著差异（P ＞ 0.05），治疗后，实验组各指标水平改善优于对照组（P ＜ 0.05）。见表 3。

2.4 两组日常生活功能水平比较

治疗前，两组患者的 SF-36 水平无显著差异（P ＞ 0.05），治疗后，实验组 SF-36 水平改善优于对照组（P ＜ 0.05）。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后症状评分水平比较（$\bar{x} \pm s$）

分组	例数（n）	SF−36	
		治疗前	治疗后
实验组	41	45.34±8.26	72.41±6.78*
对照组	42	46.56±9.28	62.14±8.78*
t	−	0.632	5.954
P	−	0.529	0.000

注：与同组治疗前比较，*$P < 0.05$

3 讨论

慢阻肺病（chronic obstructive pulmonary di sea se，COPD）主要与有害气体以及有害颗粒等组织与呼吸道细胞接触引起其发生炎症反应，进而导致气流阻塞，部分患者的疾病进一步发展会引起患者呼吸衰竭等疾病，而近年来我国提倡有机生活，减少有害物质的排放，但过去部分接触有害物质的人群有关疾病逐步显现，现 COPD 呈现上升趋势，严重影响了我国人民的生命安全[6~7]。

常规护理方式以医护人员为主导，导致部分患者自我效能不足，产生治疗抵触心理，也有部分患者因长期治疗，导致不良情绪增多，进而导致康复效果无法达到预期目标，进而影响患者的日常生活。

而自我管理模式要求患者自行管理、检测身体状态，同时关注、管理自己的不良情绪，不单单能提高患者的治疗依从性，还增强了患者对自己身体、社会身份的管理能力[8~9]。因此本研究尝试在患者的康复过程中增加自我管理模式，探究其效果。研究结果显示，治疗后，两组患者的一般自我效能感量量表、25 条目心理韧性量表水平均升高，抑郁自评量表水平均降低，且实验组各指标水平改善优于对照组（P ＜ 0.05）；实验组肺功能改善情况显著高于对照组（P ＜ 0.05）；实验组症状评分显著低于对照组（P ＜ 0.05）；治疗后，两组 SF-36 健康查简表水平显著升高，且实验组较对照组水平更低（P ＜ 0.05），说明慢阻肺患者采用自我管理方式，既能使患者的精神状况得到明显的改善，又能使患者的自我效能得到明显的提升，从而使患者能够更好地加强自己的生活和肺功能。分析如下，自我管理模式主要是通过从患者的自我认知、行为转变等多个方面提高患者的自我行动能力。它可以通过建立起一个有效的系统来进行实施，通过这一系统，就可以从根本上提高患者的自我行动能力，从而有可能实现训练效果。同时，这种模式还能有效地减轻患者的不良情绪，从而提升了患者的日常生活能力。

综上所述，行慢阻肺患者采取自我管理模式，能够改善患者的心理状态，有效提高自我效能，增强日常生活能力，提高肺功能，减少不良症状，安全可靠，具有推广价值。

参考文献：

[1] 陈亚红 .2021 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防全球策略解读 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版),2021,13(1):16−37.

[2] 魏莉莉 , 刘海 . 慢性阻塞性肺疾病临床康复循证实践指南 [J]. 中国康复理论与实践 ,2021,27(1):15−26.

[3]Wang Y , Li P , Cao Y ,et al.Skeletal Muscle Mitochondrial Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Underlying Mechanisms and Physical Therapy Perspectives[J]. 2023, 14(1):33−45.