



# 慢性阻塞性肺疾病患者及医生对戒烟知晓情况的调查

周治平 (湖南省航天医院呼吸内科 湖南长沙 410205)

**摘要:** **目的** 了解慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者及医生对戒烟的知晓情况。**方法** 采用问卷调查的方法对住在不同级别医院的480名男性吸烟的COPD患者和负责诊治呼吸系统疾病的148名内科医生进行戒烟等相关知识知晓情况的调查,包括患者是否知晓吸烟对肺的危害,是否需戒烟、是否被医师告知需戒烟、是否被医师告知具体戒烟措施、戒烟意愿以及是否需要戒烟干预;医生对于戒烟的知晓情况及是否主动推荐患者戒烟、推荐戒烟干预具体措施。**结果** 大部分参加调查的患者和所有的医生均知道COPD需要戒烟,仍有少部分患者不知道吸烟与COPD的关系,愿意戒烟和主动要求戒烟的患者与所住医院级别和患者文化程度上存在显著差异( $P<0.05$ );调查显示有75.7%的医生告知患者需要戒烟,而仅有16.2%的医生会告知患者具体戒烟措施,不同级别医院和具有不同职称的医生在告知患者需要戒烟、具体戒烟措施上存在显著差异( $P<0.05$ )。**结论** 戒烟对于预防和治疗COPD具有十分重要的影响,应加强医生和患者针对戒烟干预及正确戒烟的健康教育。

**关键词:** 慢性阻塞性肺疾病 戒烟 干预

**中图分类号:** R563.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)04-063-02

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种以持续气流受限为特征的可以预防和治疗的疾病,其气流受限多呈进行性发展,与气道和肺组织对烟草烟雾等有害气体或有害颗粒的慢性炎症反应增强有关。慢阻肺主要累及肺脏,但也可引起全身(或称肺外)的不良效应。慢阻肺可存在多种并发症。急性加重和并发症影响患者整体疾病的严重程度<sup>[1]</sup>。虽然目前导致COPD的病因还尚未明确,但目前有人认为是由于肺脏吸入烟雾、烟草等有毒害的气体或颗粒引发的炎症反应相关<sup>[2]</sup>。研究表明,吸烟人群COPD的发病率和死亡率均显著高于非吸烟人群<sup>[3]</sup>。吸烟是导致COPD发生的最危险因素<sup>[4]</sup>。本文调查了COPD住院患者及医生对戒烟等相关知识的知晓情况。

## 1 对象和方法

### 1.1 调查对象

2016年10月-12月,随机选取在长沙市4所三级医院、8所二级医院和10所一级医院住院的吸烟男性慢性阻塞性肺疾病患者以及这些医院中负责诊治呼吸系统疾病的内科医生作为调查对象,共有480名COPD患者和148名医生参与本次调查,且此次调查均取得参加者的同意。

### 1.2 调查方法

调查采用包含COPD、戒烟相关知识的问卷,问卷根据《慢性阻塞

性肺疾病诊治指南(2013年修订版)》及《中国临床戒烟指南(2015年版)》<sup>[5]</sup>进行设计,患者和医生采用两套不同的问卷。患者的问卷内容包括:患者基本信息(患者所住医院级别、文化程度等)、是否知晓需要戒烟、医师是否被告知需戒烟、是否被告知戒烟的具体措施、戒烟意愿以及是否需要戒烟干预。医生的问卷内容包括:医生基本信息(医生所在医院级别和职称等)、对患者是否需戒烟的认知情况、是否主动告知患者需要戒烟、是否告知戒烟干预具体措施。调查采用闭卷不记名的方式进行,并当场收回,随后对结果进行汇总、统计及分析。

### 1.3 统计学分析

采用SPSS19.0统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计量资料采用t检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 代表有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者调查结果

三个级别的医院各调查160名COPD患者,共480份问卷均判为有效问卷。调查结果显示有78.3%的患者知道治疗COPD需要戒烟,不同文化程度的患者和住在不同级别医院的患者的知晓率之间存在显著差异( $P<0.05$ )。愿意戒烟的患者、被告知需戒烟和要求戒烟干预的患者在文化程度和不同级别的医院中也具有显著差异( $P<0.05$ )。

具体结果见表1和表2。

表1:不同级别医院COPD患者对戒烟的知晓情况

| 医院级别 | 患者数(n) | 知道戒烟[n(%)]              | 仅被告知需戒[n(%)]            | 告知戒烟具体措施[n(%)]         | 愿意戒烟[n(%)]              | 要求戒烟干预[n(%)]           |
|------|--------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 一级医院 | 160    | 106(66.3)               | 100(62.5)               | 6(3.8)                 | 82(51.3)                | 4(2.5)                 |
| 二级医院 | 160    | 121(75.6) <sup>#</sup>  | 110(68.8) <sup>#</sup>  | 11(6.9) <sup>#</sup>   | 97(60.6) <sup>#</sup>   | 18(11.3) <sup>#</sup>  |
| 三级医院 | 160    | 149(93.1) <sup>#*</sup> | 126(78.8) <sup>#*</sup> | 23(14.4) <sup>#*</sup> | 113(70.6) <sup>#*</sup> | 32(20.0) <sup>#*</sup> |
| 合计   | 480    | 376(78.3)               | 336(70.0)               | 40(8.3)                | 292(60.8)               | 54(11.25)              |

注: #,与一级医院比较,  $P<0.05$ ; \*,与二级医院比较,  $P<0.05$

表2:不同文化层次COPD患者对戒烟的知晓情况

| 文化程度   | 患者数(n) | 知道戒烟[n(%)]              | 愿意戒烟[n(%)]              | 要求戒烟干预[n(%)]            |
|--------|--------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 小学及以下  | 88     | 52(59.1)                | 38(43.2)                | 1(1.1)                  |
| 初中     | 146    | 111(76.0) <sup>a</sup>  | 82(56.2) <sup>a</sup>   | 9(6.2) <sup>a</sup>     |
| 高中     | 163    | 140(85.9) <sup>ab</sup> | 105(64.4) <sup>ab</sup> | 19(11.7) <sup>ab</sup>  |
| 大中专及以上 | 83     | 73(88.0) <sup>abc</sup> | 67(80.7) <sup>abc</sup> | 15(18.1) <sup>abc</sup> |

注: a,与小学及以下比较,  $P<0.05$ ; b,与初中比较,  $P<0.05$ ; c,与高中比较,  $P>0.05$

表3:不同级别医院、职称的医生的结构构成

| 医院级别 | 调查人数 | 初级 | 中级 | 高级 |
|------|------|----|----|----|
| 一级医院 | 42   | 22 | 15 | 5  |
| 二级医院 | 56   | 26 | 20 | 10 |
| 三级医院 | 50   | 12 | 21 | 17 |
| 合计   | 148  | 60 | 56 | 32 |

表4:不同级别医院医生对患者告知戒烟及告知具体戒烟措施情况比较

| 医院级别 | 医生数目 | 告知需戒烟[n(%)]           | 告知戒烟措施[n(%)]           |
|------|------|-----------------------|------------------------|
| 一级医院 | 42   | 22(52.4)              | 3(7.1)                 |
| 二级医院 | 56   | 40(71.4) <sup>#</sup> | 7(12.5) <sup>#</sup>   |
| 三级医院 | 50   | 50(100) <sup>#*</sup> | 14(28.0) <sup>#*</sup> |
| 合计   | 148  | 112(75.7)             | 24(16.2)               |

注: #,与一级医院比较,  $P<0.05$ ; \*,与二级医院比较,  $P<0.05$

表5:不同职称医生对患者告知戒烟及告知具体戒烟措施情况比较

| 医生职称 | 调查人数 | 告知需戒烟[n(%)]            | 告知戒烟措施[n(%)]          |
|------|------|------------------------|-----------------------|
| 初级   | 60   | 36(60.0)               | 4(6.7)                |
| 中级   | 56   | 46(82.1) <sup>#</sup>  | 11(19.6) <sup>#</sup> |
| 高级   | 32   | 30(93.8) <sup>#*</sup> | 9(28.1) <sup>#*</sup> |
| 合计   | 148  | 112(75.7)              | 24(16.2)              |

注: #,与初级比较,  $P<0.05$ ; \*,与中级比较,  $P<0.05$

### 2.2 医生调查结果



所有参加调查的医生共 148 名,回收 148 份调查问卷,均判为有效问卷,表 3 可见不同级别医院和不同职称医生的结构组成。所有接受调查的医生均知道预防及治疗 COPD 需要患者戒烟,此项不具有统计学意义( $P<0.05$ )。但在是否主动向患者告知需戒烟及告知戒烟具体措施上存在区别,三级医院所有医生均会告知患者需要戒烟,二三级医院有部分医生告知患者需要戒烟;三个级别医院的医生都只有部分医生告知患者具体戒烟措施,不同级别医院之间存在显著差异( $P<0.05$ ),具体结果见表 4。同时不同职称级别的医生告知患者需要戒烟和告知患者具体戒烟措施也具有显著差异( $P<0.05$ ),高级医师告知患者需戒烟和告知具体戒烟措施的比率最大,中级初级医师依次递减,具体结果见表 5。

### 3 讨论

COPD 近年来发病率、致残率和死亡率逐年上升,且 COPD 导致了严重的经济、社会负担<sup>[6]</sup>。预计截至到 2030 年, COPD 将成为世界十大致死疾病之一,且占总死亡原因的 7.8%<sup>[7]</sup>。目前吸烟是研究最为透彻的一个导致慢性阻塞性肺疾病的因素,有日本方面的研究表明,吸烟人群和既往吸烟人群患有 COPD 的比率要高于非吸烟人群, COPD 患者中 40 岁以上的人数明显高于 40 岁以下的人数,且男性患有 COPD 的人数多于女性<sup>[8]</sup>。由于 COPD 患者肺功能的减退,严重影响患者的生活质量和劳动力。有研究显示烟龄越长、吸烟量越大的人群,肺功能越差<sup>[2]</sup>。全世界有 10 亿多的烟民,其中发展中国家占了绝大多数,我国也是拥有大量烟民的国家。烟草中的尼古丁、焦油、氢氰酸等有害物质被人体吸入后,常年累积在肺部,导致气道上皮细胞、肺泡、纤毛和小气道损伤,促使支气管粘液增多,降低气道净化能力,炎症介质大量释放,进一步导致 COPD 患者病情的恶化<sup>[9-11]</sup>。因此对于 COPD 患者戒烟十分重要,有助于缓解病情。但 COPD 患者对于戒烟和正确的戒烟并不是十分明确。

本次调查结果显示,患者对与治疗 COPD 是否需要戒烟以及是否需要戒烟干预与患者所在医院级别和患者的文化程度有关,不同文化程度和住在不同级别医院的患者间存在显著差异( $P<0.05$ )。所有参加调查的医生都知道治疗 COPD 需要戒烟,医生对 COPD 和戒烟指南的认识水平是影响患者对烟草在 COPD 中的作用的的重要因素。目前国内指南均指出戒烟是治疗慢阻肺最为有效的方法,但本调查发现有 72.3% 的医生告知患者戒烟的措施,因此患者对戒烟的意愿低,其原因是医师对 COPD 和戒烟指南戒烟知识的缺乏,不知道戒烟对患者有好处,未能告知主动建议患者戒烟或不能提供戒烟的知识。提示我市部分医生缺乏对 AECOPD 预防方面的新知识,故应对他们进行戒烟指南的培训和教育。

对不同文化层次的患者调查发现,文化层次越低的患者对烟草的危害的认识越低,对要求戒烟的意愿及要求主动戒烟的意愿越低,而这些文化程度偏低的患者大多来自农村,与患者对戒烟的知识缺乏及接受这方的健康教育缺乏有关,我国慢阻肺的发病率农村明显高于城市,故今后对慢阻肺和戒烟的宣传重点应放在农村。

不同级别医院的医生和不同职称级别的医生对于是否主动推荐患者进行戒烟干预也存在显著差异( $P<0.05$ ),三级医院和具有高级医师职称的医生主动推荐患者进行戒烟干预的比例最大,二级医院和

具有中级医师职称的医生居中,一级医院和具有初级医师职称的医生比例最小,不同级别医院和不同职称级别的医生之间具有统计意义( $P<0.05$ )。我国慢阻肺患者人数众多,而患者常在一级和二级医院诊治,但一、二级医院医生的对戒烟知识的缺乏,故应加强基层医院的医生对慢阻肺指南和戒烟指南的知识培训。初中级职称的医生往往是患者的主诊医师,他们每天面对患者,对患者的影响程度较深,但他们的知识相对不足,而高级职称的医生对 COPD 和戒烟知识掌握较好,是科室质量的把关人员,提示在今后培训和工作中,应注重对低职称医生的培训和指导,使医生同时明确知道戒烟干预正确戒烟对于治疗 COPD 的重要作用。

综上所述,长沙市的 COPD 患者对戒烟知识的缺乏,医生往往未主动干预患者戒烟,故医务工作者尤其是呼吸专科医师亟待增强自身对戒烟的认识,加强对患者的健康教育;同时全社会应有更多的人来宣传烟草的危害和戒烟知识,关心 COPD 患者,才能提高患者的戒烟认识和主动戒烟。

### 参考文献

- [1] 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].中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4):255-264.
- [2] 韦华.吸烟与慢性阻塞性肺疾病的关系及对老年患者肺功能的影响[J].中国老年学杂志, 2012(13):2737-2739.
- [3] NTVozoris, M B Stanbrook. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma[J]. Respir Med, 2011, 105(3):477-484.
- [4] 骆树新, 许西琳, 关键.吸烟与慢性阻塞性肺疾病肺功能相关性研究[J].中华实用诊断与治疗杂志, 2011, (06):621-622.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.中国临床戒烟指南(2015 年版)[J].中华健康管理学杂志, 2016, 10(2):88-95.
- [6] Lopez, K Shibuya, C Rao, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections[J]. European Respiratory Journal, 2006, 27(2):397.
- [7] Mathers, D Loncar. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030[J]. Plos Medicine, 2006, 3(11):442-442.
- [8] Fukuchi, M Nishimura, M Ichinose, et al. COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study †[J]. Respirology (Carlton, Vic), 2004, 9(4):458-465.
- [9] 陈娟, 陈平.慢性阻塞性肺疾病患者戒烟干预方法的研究现状[J].中华结核和呼吸杂志, 2011, 34(7):531-533.
- [10] C P Van Schayck, J Kaper, E J Wagena, et al. The cost-effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients[J]. Addiction, 2009, 104(12):2110-2117.
- [11] Hoogendoorn, T L Feenstra, R T Hoogenveen, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD[J]. Thorax, 2010, 13(7):711-718.

(上接第 62 页)  
果显著。

综上所述,从“肺与大肠相表里”论泻下法治疗重症肺炎,效果显著,为呼吸道感染急危重症防治急救中提供了广阔的思路。

### 参考文献

- [1] 童晓萍, 王维亮, 何德平.肺部感染所致急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征中医病因病机特点及从肠论治理论探讨[J].新中医, 2016, (08):1-3.

[2] 杨兵, 龙奉奎, 唐东昕, 罗莉, 王定雪, 王镜辉, 黄雯琪.论“肺与大肠相表里”生物学机制及临床运用[J].辽宁中医药大学学报,

2016, 18(10):60-63.

[3] 佟旭, 孟庆刚.“下法”在现代中医临床中的应用[J].中华中医药学刊, 2015, (04):820-822.

[4] 刘萍, 王平, 陈刚, 刘松林.肺与大肠相表里的理论探讨和临床运用[J].辽宁中医药大学学报, 2010, (11):15-17.

[5] 郑秀丽, 杨宇, 王宝家, 等.从病理状态下肺功能与胃肠功能的变化探讨“肺与大肠相表里”[J].中华中医药杂志, 2014, 29(1):120-123.

[6] 刘文兵, 张艳, 周三军, 等.泻热解毒通腑汤为主治疗痰热壅肺型重症肺炎 60 例临床观察[J].浙江中医杂志, 2015, 60(4):261.