



尘肺患者自我管理策略对疾病预后的影响

吴美 (湖南省职业病防治院职业病四科, 410000)

摘要: **目的** 探讨尘肺患者自我管理策略对疾病预后的影响。**方法** 对42例尘肺患者除进行常规治疗和护理外,同时实施为期3个月的自我管理干预,以患者主观感受为标准,比较入院时与干预后3个月疾病严重程度和生活满意程度。**结果** 经过治疗和对患者自我管理的干预后,患者疾病严重程度显著减轻($P < 0.01$);生活满意度显著升高($P < 0.01$)。**结论** 加强尘肺患者自我管理能力,能促进患者的康复,有效提高患者的生活满意度。

关键词: 尘肺 自我管理 疾病预后

中图分类号: R135.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-043-02

尘肺病(pneumoconiosis)是由于在职业活动中长期吸入生产性粉尘并在肺内滞留而引起的以肺组织弥漫性纤维化为主的全身性疾病^[1]。20世纪50年代以来,尘肺病已成为危害我国职业人群最严重的职业病之一,病死率大约为20%^[2]。尘肺病一旦发生,呈进行性发展,不仅危害患者的健康,降低其劳动能力和生活质量,而且给国家造成巨大的经济损失。尘肺治疗除了药物更需要患者的自我管理,即患者积极参与疾病的管理,减少疾病的影响。它是基于自我帮助,在医护人员有效的协助下,主要依靠自身来解决慢性病给日常生活带来的各种躯体及情绪方面的问题^[3]。我科于2015年3月-2015年9月对住院的42例尘肺病患者采取自我管理教育,对预后产生了积极的影响,将体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年3月-2015年9月在我院住院的42例尘肺病患者,所有患者均符合《尘肺病诊断标准》(GBZ70-2009),患者全部为男性。年龄39~65(53.29±7.01)岁。所有入选对象均愿意配合完成健康教育和调查,同时除外合并有严重的心、肝、肾及神经、精神系统疾病、其他肺部疾病患者,健康教育及调查均由研究者实施。

1.2 方法

除进行常规治疗和护理外,同时参加研究者实施的为期3个月的自我管理干预,患者与主要照顾者共同参与。在住院过程中向患者及家属详细讲述自我管理的意义和方法。具体做法如下:

1.2.1 健康教育 通过团体讲课的形式,为患者讲解尘肺病的病因和病理生理,必要的呼吸训练技巧(如腹式呼吸和缩唇呼吸)^[4]运动锻炼的方法与安全性,有效咳嗽排痰的方法,氧疗的作用及注意事项,科学饮食习惯与戒烟戒酒等。

1.2.2 症状管理 教会患者出院后如何应对自己的症状。(1)平常病情稳定时,坚持进行呼吸训练改善呼吸状况;(2)感到咳嗽、咳痰、气促时,提醒自己自觉按医嘱规范服用药物;(3)感到病情加重时,能够及时就医,定期复查。

1.2.3 生活方式管理 建议患者保持良好的生活规律,养成运动锻炼的习惯,戒除烟酒等不良嗜好,培养积极的兴趣爱好。并与患者讨论在改变生活方式时可能遇到的问题及解决办法。例如针对自身的实际情况列出适合自己的健康行为清单,订下具体的行动计划,随时提醒自己。

1.2.4 疾病认知管理 首先简单评估患者对自身疾病的看法,如是否认为自己的疾病很严重,对生活是否造成了严重影响,对疾病治疗是否有信心,对恢复正常生活是否有信心等。针对患者对疾病的消极认识,消除对疾病的恐惧感,正确认识疾病对自身的影响,鼓励患者与疾病相处,发现自己的资源,找到改善生活状况的方法。

1.2.5 情绪管理 与患者讨论如果因为病情导致情绪波动时,可以做哪些事情分散自己的注意力,建议将可能的方法用卡片记录下来,需要时可以按照去做;还鼓励患者想象生活中愉快的事情或者自己拥有的重要的东西来管理自己的情绪。另外,可以寻求家人或者亲戚朋友的支持,多与自己信任的人交流,减少孤独感。

1.2.6 电话随访 电话督导在患者出院后进行,为期3个月。每半个月电话随访1次,每次持续的时间为15分钟左右,目的是了解患者反馈的信息,强化向患者传授的相关的知识和技能,鼓励患者按照指导内容进行日常生活。

1.3 效果评价

以患者主观感受为标准,用0-100评分法评价疾病严重程度(0分表示正常,100分表示非常严重)和生活满意程度(0分表示完全不满意,100分表示非常满意),在患者刚入院时评估一次,出院3个月后再次评估。

1.4 统计学分析

数据处理选用SPSS18.0软件,疾病严重程度前后比较采用配对样本t检验,生活满意度前后比较因为不符合正态分布采用Wilcoxon秩和检验。

2 结果

经过治疗和对患者自我管理的干预后,患者疾病严重程度显著减轻:入院时得分75.00±11.53,出院3个月后得分38.33±16.37,两者比较 $t = 21.03$, $P < 0.01$;生活满意度显著升高:入院时得分52.74±16.57,出院3个月后得分74.76±13.20,两者比较 $Z = -5.69$, $P < 0.01$ 。

3 讨论

尘肺病作为一种慢性疾病能够导致长期的、渐进性的生理功能降低,对患者的生理及心理都会带来很大的挑战。而且尘肺病以预防为主,目前尚无彻底治愈的方法,因此对尘肺病的治疗主要是对症处理,缓解症状^[5]。并且需要对疾病进行自我管理,根据卫生专业人员的疾病相关的知识和技能,进行治疗、行为和环境的调整,与卫生专业人员进行沟通,增强管理疾病的信心,在日常生活中主动坚持有利于疾病的生活方式^[6]。有效的自我管理,可以帮助患者监测自身病情,提高生活质量的满意度,对行为和情绪进行调节。

研究从四个方面对患者进行自我管理的教育。其中(1)疾病认知管理是前提,疾病认知是患者利用以往的疾病知识经验来分析解释当前的症状(或疾病)的过程,这些认知是行为的重要决定因素,并且与很多重要结果有关,比如治疗依从性、功能康复等^[7]。很多尘肺患者对疾病的认知较消极悲观,通过对患者的教育消除对疾病的顾虑,找出当前生活中积极的部分,有利于患者保持稳定的情绪,增加治疗康复的意愿。(2)症状管理是自我管理的重点内容,平常在稳定期鼓励患者坚持腹式呼吸和缩唇呼吸训练^[4],可以有效增强呼吸肌肌力,改善肺功能;有明显症状时按医嘱合理用药,在急性加重期必须及时到医院就诊控制症状,经过训练绝大多数病人能够对病情做到心中有数,了解应对的措施,感觉到的疾病严重度下降,生活满意程度上升。

(3)生活方式管理是辅助手段,让患者培养健康的生活习惯,戒除不良嗜好,虽然不一定能够全部做到,但是至少让患者树立为自己的健康负责的意识,知道治疗不全是医生的事,自己能够做的还有很多。(4)情绪管理是补充,当患者学会管理情绪的一些方法和技巧时(如向信任的人倾诉,做些感兴趣的事情分散注意力等),对治疗的信心就会提高,而且对待生活的态度也更积极。

因此,尘肺的治疗中必须重视患者长期的自我管理、预防和控制并发症。自我管理教育可以改善病人的运动、心理、呼吸、生活方式等各方面的自我管理能力和促进患者的康复,有效提高患者的生存质量,减少住院次数,节约医疗资源,让患者和社会均受益。

参考文献

- [1] 李德宏. 尘肺病[M]. 北京: 化学工业出版社, 2010: 33.
- [2] 刘祖建, 金维荣, 肖自力等. 基因检测技术在尘肺病预防中 (转下页)



• 临床研究 •

丹参注射液与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的临床疗效观察

边海艳 (黑龙江省富锦市中心医院内二科, 156100)

摘要:目的 观察丹参注射液与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的临床疗效;方法 选取2014年8月至2015年10月在本院接受治疗的80例急性脑梗死患者作为研究对象,将所选对象按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各40例,对照组使用依达拉奉进行治疗,观察组使用丹参注射液与依达拉奉联合治疗,比较两组患者的治疗效果;结果 观察组的总有效率为92.5%,1例出现恶化,无死亡,对照组的总有效率为85.0%,5例出现恶化,1例死亡,观察组的治疗效果明显优于对照组($P<0.05$);结论 丹参注射液与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的临床疗效优于依达拉奉单独治疗,值得在临床推广。

关键词: 丹参注射液 依达拉奉 急性脑梗死

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-044-01

急性脑梗死(Acute cerebral infarct)指的是脑部血液供应突然中断导致的脑组织坏死。其是因为脑部供血的动脉出现粥样硬化或形成血栓或异常物体进入脑动脉或者脑部血液循环的颈动脉阻塞甚至阻断血液的流动所致。目前临床上治疗急性脑梗死主要有两个路径^[1],一个是针对动脉粥样硬化和血栓采用降纤、溶栓、抗凝的方法治疗;另一种是采取相应措施对梗死缺血的脑组织进行及时地保护,避免该部位进一步坏死。笔者对使用丹参注射液与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的临床疗效进行了观察,现作出以下报道。

1 材料和方法

1.1 材料 选取2014年8月至2015年10月在本院接受治疗的80例急性脑梗死患者作为研究对象,所选病例均确诊为急性脑梗死,且意识清醒,无严重心、肝、肾疾病,且治疗前未使用降纤、溶栓、抗凝药物、未使用抗生素等。患者均知情同意,且签订知情同意书。将所选对象按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各40例。其中观察组中男22例,女18例,年龄在42-76岁之间,平均年龄(63.22±5.38)岁,包括冠心病11例,高血压22例,高血脂23例,糖尿病15例。其中对照组中男20例,女20例,年龄在41-78岁之间,平均年龄(63.15±5.72)岁,包括冠心病13例,高血压21例,高血脂25例,糖尿病13例。两组患者在年龄、性别、病情等一般资料上具有统计学意义。

1.2 方法 观察组和对照组均使用依达拉奉进行治疗,治疗方法为将30mg依达拉奉注射液射入同浓度的100ml生理盐水中进行静脉滴注,滴注周期为2次/d,共治疗两周。在对照组的基础上,观察组患者同时使用丹参注射液进行治疗,治疗方法为30ml丹参注射液混合250ml的0.9%氯化钠注射液,以静脉滴注的方式对患者进行治疗,使用周期为1次/天,共治疗两周。

1.3 评价指标 根据美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)来对两组患者的治疗效果进行评分,即床治愈:评分减少在91%-100%之间;显效:评分减少在46%-90%之间;有效:评分减少在18%-45%之间;无效:评分在-18%-18%之间;恶化:评分升高超过18%或患者死亡。总有效率=1-(无效+恶化)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 本次研究所得数据采用SPSS18.0进行分析,计数资料以 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

观察组的总有效率为92.5%,1例出现恶化,无死亡;对照组的总有效率为85.0%,5例出现恶化,1例死亡。观察组的治疗效果明显优于对照组($P<0.05$),结果见表1。

表1: 两组治疗结果比较 [例 (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	恶化	死亡	总有效
观察组	40	12(30.0%)	15(37.5%)	10(25.0%)	2(5.0%)	1(2.5%)	0(0.0%)	37(92.5%)
对照组	40	8(20.0%)	10(25.0%)	9(22.5%)	7(17.5%)	5(12.5%)	1(2.5%)	34(85.0%)
χ^2					5.132			
P					0.000			

3 总结

急性脑梗死的病灶包括中心的坏死区和四周的缺血半暗带。已坏死的区域脑细胞已经死亡,无法通过措施来挽救,治疗主要是针对缺血半暗带中已受损但未死亡的细胞^[2]。脑梗死是否发生,与脑血流量的多少和缺血时间持续的长短关系密切。所以急性脑梗死患者需要及时地被治疗,保护缺血区域的神经细胞不被进一步损害^[3]。依达拉奉作为一种新型的自由基清除剂,可以对氧自由基进行清除,从而减缓神经组织的缺氧症状而有效缩小脑梗死的体积,阻碍脑梗死再灌注导致的脑水肿,并且对迟发性神经细胞坏死有抑制作用,改善神经功能缺损症状。中医认为,急性脑梗死属于中医“中风”的范畴,由机体气血逆乱、阴阳失调所致,与心、脑、肝、肾等脏器关系密切^[4]。丹红注射液是从中药丹参注射液中所含丹参,其味苦而性微寒,具有散瘀结、通血脉的作用。现代的药理研究表明,丹参中含有的水溶性酸类物质和脂溶性丹参酮有扩张血管的临床效果,而且还拥有减低血浆和全血的黏度,改善患者的神经功能的作用。丹参注射液和依达拉奉联合治疗急性脑梗死有效地减少脑梗死体积,恢复缺血半暗带的受损细胞^[5]。本研究结果显示,观察组的总有效率为92.5%,1例出现恶化,无死亡;对照组的总有效率为85.0%,5例出现恶化,1例死亡。观察组的治疗效果明显优于对照组($P<0.05$),这说明丹参注射液和依达拉奉联合使用在治疗急性脑梗死时更有优势,临床效果更理想。

参考文献

- [1] 翁宇, 仁增, 吴科学. 西藏地区红细胞增多症与高血压脑出血的关系观察及后期教育[J]. 西藏科技, 2011, 4:48.
- [2] 林昌福, 于朝春, 齐一龙. 依达拉奉对脑出血大鼠脑组织含水量、肿瘤坏死因子、 α -含量、血清基质金属蛋白酶-9水平和超氧化物歧化酶活性的影响[J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25:362.
- [3] 张晓云, 林钰久. 活血化癥中药复方治疗急性脑梗死的系统评价[J]. 中国中医急症, 2012, 21(8):1224-1227.
- [4] 徐永红, 周红霞. 依达拉奉治疗急性脑梗死临床分析[J]. 河北医药, 2012, 34(12):1854-1855.
- [5] 林润峰, 黄玉明, 林英健, 等. 丹参注射液辅助尿激酶在急性脑梗死动脉溶栓治疗中的疗效研究[J]. 吉林中医药, 2013, 33(5):480-481.

(接上页)

的应用研究[J]. 2012, 4(9): 4-7.

[3] 傅东波, 傅华. 慢性病自我管理[J]. 中国慢性病预防与控制, 2002, 10(2): 93-95.

[4] 李宾宾. 呼吸训练对呼吸系统疾病康复的影响[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(9): 836-838.

[5] 邱晓莹. 沈阳市260例尘肺病例分析[D]. 吉林大学硕士, 2012.

[6] Bourbeau J. Self-management interventions to improve outcomes in patients suffering from COPD[J]. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2004, 4(1): 71-77.

[7] Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood Academic; 1997. pp. 155-188.