

提示瑞舒伐他汀联合胺碘酮能有效提高 ACS 伴心律失常治疗效果,减轻 ACS 伴心律失常对心脏的损伤,有利于保护患者心功能。另外,本研究 ACS 伴心律失常患者经瑞舒伐他汀治疗后血清 MDA、hs-CRP、IL-18 及细 TNF-α 水平较治疗前显著下降,且低于对照组,而 SOD 水平较对照组显著提高。这提示瑞舒伐他汀除了具有抑制抗心律失常,改变心肌电生理作用外,还具有降低机体炎性因子及清除过氧化自由基的作用。

综上所述,瑞舒伐他汀联合胺碘酮能有效提高 ACS 伴心律失常患者临床治疗效果,改善患者心功能,其可能机制为调节自由基及降低炎性因子。

参考文献

[1] 何雪梅,李文宏,薛丽娜,等. 瑞舒伐他汀对急性冠状动脉综合征合并心律失常患者血脂和炎症因子的调节作用研究[J]. 检验医学与临床,2014,11(18):2559-2560.

[2] 郑艳娥,罗琿,孙大勇. 阿托伐他汀对 ACS 患者 IL-6 及 TNF-α 的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(13):1412-1414.

[3] 刁树玲,李宗清,马宝新. 瑞舒伐他汀对急性冠脉综合征合并心律失常患者炎性因子的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(8):2034-2035.

[4] 段晨初,谷疆蓉,甄丽娜,等. 心律平与胺碘酮治疗心律失常疗效比较的 Meta 分析[J]. 中国生化药物杂志,2014,2(5):79-82.

[5] Jiao Y, Hu F, Zhang Z, et al. Effect of rosuvastatin dose-loading on serum sLox-1, hs-CRP, and postoperative prognosis in diabetic patients with acute coronary syndromes undergoing selected percutaneous coronary intervention (PCI) [J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8 (11): 21565-21571.

[6] 颜红兵,唐熠达,杨艳敏. 急性冠状动脉综合征治疗指南(欧洲心脏病学会 2012 年)[M]. 北京:中国环境出版社, 2012:78-80.

[7] 佟浩,孙晓,张曼. 瑞舒伐他汀对急性冠状动脉综合征合并心律失常患者炎性因子变化的影响[J]. 上海医学, 2012,35(6):522-526.

[8] 张秋林,魏延津,尹传贵. 不同剂量瑞舒伐他汀对 ACS 患者室性心律失常的影响[J]. 新医学,2012,43(3):152-155.

[9] 桑建,隋利军,高长征. 缙沙坦联合瑞舒伐他汀对老年永久性房颤患者血浆 C-反应蛋白、肿瘤坏死因子-α 及白细胞介素-6 水平的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(8):2025-2027.

[10] Widén C, Holmer H, Coleman M, et al. Systemic inflammatory impact of periodontitis on acute coronary syndrome[J]. J Clin Periodontol, 2016, 5(4):85-86.

[11] 庞艳青,龚一萍. 疏肝活血法对室性心律失常大鼠血清超氧化物歧化酶、丙二醛影响的实验研究[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(1):66-68.

[12] Ad N. Prophylactic amiodarone reduced the recurrence of atrial arrhythmias[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2016, 151(3):892-893.

[13] Hou X, Zhang Y, Wang X, et al. Effects of rosuvastatin on atrial nerve sprouting and electrical remodeling in rabbits with myocardial infarction[J]. Int J Clin Exp Med, 2015,8(5):7553-7560.

[14] Abdul-Rahim AH, Perez AC, Fulton RL, et al. Risk of stroke in chronic heart failure patients without atrial fibrillation analysis of the controlled rosuvastatin in multinational trial heart failure (CORONA) and the gruppo italiano per lo studio della sopravvivenza nell'insufficienza cardiaca-heart[J]. Circulation, 2015,131(17):1486-1494.

(收稿日期:2016-08-11 修回日期:2016-10-12)

• 临床探讨 •

# 个案护理管理模式对老年哮喘患者疾病不确定感和应对方式的影响

刘淑芳

(海南医学院附属医院血液内科,海口 570311)

**摘要:**目的 分析个案护理管理模式对老年哮喘患者疾病不确定感和应对方式的影响。方法 本组研究对象来源于该院 2014 年 9 月至 2015 年 9 月收治的 140 例老年哮喘患者,按照随机数字表法随机分为干预组和对照组,每组 70 例。对照组患者采用常规护理模式进行护理,干预组在常规护理基础上,采用个案护理管理模式对患者进行全面护理,2 组患者均进行疾病不确定感及应对方式问卷调查,比较 2 组疾病不确定感得分情况、应对方式问卷评分情况。结果 入院时 2 组患者疾病不确定感及应对方式评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );而出院 2 个月后,干预组患者疾病不确定感(56.76±12.97)分、积极应对(33.52±1.22)分及消极应对(15.04±3.22)分,明显优于对照组患者疾病不确定感(82.27±10.64)分、积极应对(25.92±1.07)分及消极应对(16.23±2.21)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对老年哮喘患者采用个案护理模式进行全方位护理干预后,能有效降低患者疾病不明确性、复杂性、信息缺乏、不可预测性,从而降低疾病不确定感,采取积极的应对方式正视疾病,促进患者康复。

**关键词:**个案护理管理模式; 老年哮喘; 疾病不确定感; 应对方式

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)02-0258-03**

哮喘是由于气道炎性引起的喘息性呼吸困难,是临床最常见的好发病之一,在我国发病率随患者年龄增高而逐渐增高,

而病因尚不明确,可能与病毒、呼吸道感染或滥用药物有关<sup>[1]</sup>。患者起病初期,仅为轻度喘息、胸闷,稍作休息后,便可自行缓解;待发作期,咳嗽加剧、呼吸困难、呈端坐呼吸仍不缓解;就诊时,常延误最佳诊疗时期,严重者可引起患者死亡<sup>[2]</sup>。临床上,对于此类老年哮喘患者,多采用个案护理管理模式进行全方位的护理,相比常规护理模式而言,能够加强患者对疾病认识程度及急性发作时的应对措施,有效降低疾病不确定感,使得患者能够以积极心态应对疾病变化。现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组研究对象来源于本院 2014 年 9 月至 2015 年 9 月收治的 140 例老年哮喘患者,按照随机数字表法随机分为干预组和对照组,每组 70 例。干预组患者中,男 39 例,女 31 例;年龄 60~86 岁,平均(75.39±0.15)岁;病程为 2~6 年,平均(3.19±0.27)年。对照组患者中,男 21 例,女 49 例;年龄 61~88 岁,平均(77.92±1.25)岁;病程为 1~8 年,平均(4.21±1.07)年。所有患者均已签署知情同意书,对本次研究均属自愿参与,依从性较好。患者年龄、性别、病程、职业、病史、收入等比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。纳入标准:年龄大于 60 岁且确诊为支气管哮喘患者;患者病情暂时稳定;生活作息规律,无吸烟、喝酒、吸毒等不良嗜好;肝脏、肾脏及其他器官系统功能正常;干预前,患者无暴力、自杀、抑郁等倾向;无发热等全身不适现象;无二尖瓣狭窄、主动脉关闭不全等先天性心脏病;近期末进行过手术;无家族遗传病史;无精神系统疾病。排除标准:年龄小于或等于 60 岁;患者有精神系统疾病史;外伤严重或休克患者;发热且持续不退;先天性心脏病;有自杀、暴力、抑郁等倾向或不能配合治疗;室颤;肝、肾功能不全;心跳或呼吸停止;有癫痫病史且不能主动配合治疗;有家族遗传病及性病史的患者不应纳入本次研究。

**1.2 方法** 对照组患者进行常规护理:入院时,通过患者主诉及相关检查得知患者一般资料及现病史,告知医生对其进行常规检查,了解患者一般情况,护士对其进行入院宣教,介绍病房环境;在院期间,常规进行基础护理及静脉输液;出院时,帮助整理随身用品,进行简单宣教及健康教育后,送离病房。干预组在对患者实施常规护理基础上,采用个案护理管理模式,具体实施如下:(1)明确实施个案护理的目的,旨在使患者住院期间得到良好的护理效果,并在疾病康复过程中建立有效的自我管理及护理。(2)由医务人员成立专门的个案护理管理小组,与院内心理咨询师合作,护士长为组长,小组内各医务人员需有一定的工作经验,具备一定的能力,并对其进行相应的个案护理管理培训,管理小组根据每名患者的不同情况,为其制订特定的护理计划与方案。(3)自患者入院起,实时监测心率、血

压、血氧饱和度、呼吸、脉搏等常规生命体征监测,常规心电图检查,确认患者心脏功能良好,确保其他脏器功能正常,暂时无生命危险,如各项生命体征有异常,立即告知主治医生,并采取相应措施。(4)对患者进行疾病知识及自我护理方面的宣教;告知患者及家属哮喘诱因,注意避免接触,发放调查问卷,进行疾病不确定感评分及应对方式问卷评分,30 min 内答完,并进行装订保存;每周 2 次对患者及家属进行哮喘发作时紧急抢救措施演示及训练,告知患者及家属随身常备哮喘药物,防止急性发作时束手无策,不定期对患者或家属进行抽查及提问,巩固其对哮喘病相关知识的掌握程度,对表现好的患者进行嘉奖并进行全科表扬,以调动每位患者的积极性。(5)与院内心理咨询师合作,密切关注患者心理情况,鼓励家属多谈论患者感兴趣话题,告知患者多听轻音乐、多散步以减轻心理压力。(6)出院后,每 2 周对患者进行 1 次家庭随访,监测患者各生命体征情况,并详细记录患者病情发作次数及紧急救治方案,检查药品使用情况;出院后第 1 个月每周进行 1 次电话回访,之后保证每月电话回访次数为 2~3 次,每次谈话时间 10~15 min;每月举办 1 次个案护理团队讨论会,外请哮喘病方面专家前来授课,鼓励哮喘患者及家属积极参与,使其深刻认识哮喘及疾病预防相关知识,以积极的心态面对疾病发展变化。(7)小组组长及组内成员保证手机 24 h 开机,以便随时为患者提供自我管理的指导,并能够在必要时到场指导。所有研究对象出院 2 个月后,分别进行疾病不确定感评分及应对方式问卷评分。

**1.3 评价指标** 分别观察 2 组患者的入院时及出院 2 个月后疾病不确定感得分情况、应对方式问卷评分。疾病不确定感量表共包括 4 方面:不明确性(13 题)、复杂性(7 题)、信息缺乏(7 题)、不可预测性(5 题),共 32 题。每题有非常不同意、不同意、中立、同意、非常同意 5 个选项,依次记 1~5 分,总分 32~160 分,分数越高,则不确定感越强。简易应对方式调查问卷,包括 2 个方面:积极应对和消极应对,共 20 条,1~12 条为积极应对,13~20 条为消极应对;每条有 4 个选项:从不、偶尔、有时、经常,按顺序计分为 0、1、2、3 分。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计学软件对表中数据进行分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较用两独立样本  $t$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 2 组患者入院时及出院 2 个月后疾病不确定感得分比较** 入院时,2 组患者疾病不确定感得分差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院 2 个月后,干预组患者疾病不确定感得分明显优于对照组( $t=12.72, P<0.05$ ),见表 1。

表 1 2 组患者入院时及出院 2 个月后疾病不确定感得分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	不明确性		复杂性		信息缺乏		不可预测性		疾病不确定感合计	
		入院时	出院 2 个月后	入院时	出院 2 个月后	入院时	出院 2 个月后	入院时	出院 2 个月后	入院时	出院 2 个月后
干预组	70	46.25±6.14	24.92±1.25	21.35±3.98	16.47±1.32	17.97±4.29	7.79±0.91	17.14±5.97	7.24±0.19	90.24±6.78	56.76±12.97
对照组	70	48.21±5.79	30.39±0.15	22.62±4.33	29.88±0.78	18.37±4.19	12.87±0.57	16.98±7.14	11.17±0.37	90.08±7.11	82.27±10.64
t		1.94	36.35	1.81	73.18	0.56	39.58	0.14	79.05	0.14	12.72
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.2 2 组患者入院时及出院 2 个月后应对方式调查评分比较** 入院时,2 组患者应对方式比较,差异无统计学意义( $P>$

0.05);出院 2 个月后,干预组患者积极应对及消极应对调查评分明显优于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 2 组患者入院时及出院 2 个月后会  
对方式调查评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	积极应对		消极应对	
		入院时	出院 2 个月后	入院时	出院 2 个月后
干预组	70	22.31±1.19	33.52±1.22	20.83±2.97	15.04±3.22
对照组	70	22.11±4.27	25.92±1.07	21.57±3.55	16.23±2.21
t		0.38	1.96	1.97	2.55
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 3 讨 论

随着社会不断发展,老年哮喘病患者发病率逐年上升,老年患者对感觉敏感度较低,感觉较迟钝,轻度气道受阻较易被忽略<sup>[3]</sup>。起病初期,患者往往对哮喘病了解较少,疾病不确定感较高,且自觉症状少,仅偶有呼吸困难,暂停活动、稍事休息后便可自行缓解;待病情发展期,出现明显喘息,休息后症状未缓解,反而加重;就诊时,早已耽误最佳诊疗期,不仅会对患者造成不可挽回的生理及心理伤害,而且还会大大影响整个家庭的正常生活<sup>[4]</sup>。目前,常采用个案护理管理模式对其进行全方位护理。

常规护理模式只是在入院时对患者进行简单宣教,不能系统掌握患者自身情况及疾病发展程度;入院期间,仅进行常规检查及输液处置,未系统地对患者进行评估,若患者在处置过程中发生突发状况,家属定会措手不及<sup>[5]</sup>;出院后,仅进行常规健康教育,未告知患者日常生活中要避免接触易引起哮喘发作物质,告知家属要注意观察患者情绪及心理变化,避免产生焦虑、抑郁情绪,甚至自杀等行为,以免给整个家庭带来难以挽回的伤害<sup>[6]</sup>。而个案护理管理模式较常规护理模式更为系统,从入院第 1 天起,即建立个案护理管理小组,并明确实施个案护理的目的,对患者进行系统评估,监测心电图、血压及血氧饱和度,掌握患者病情发展状况,给予患者与自身病情相适宜的全面的护理干预<sup>[7]</sup>。若患者处于发作状态,便立刻告知医生为其进行处置,待疾病平稳期,成立专家组,密切观察患者病情变化,待患者有任何突发状况时,主治医师由于平时对患者情况比较了解,能够立刻采取相应治疗方案,大大缩短救治时间,有效减少医疗事故发生,进一步提升患者对主治医师及整个专家组的信心,以保证治疗能够顺利进行<sup>[8]</sup>。住院期间,专家小组人员每周进行 2 次宣教及发作时急救演示,并随时进行提问,使得患者在医护人员操作时,能够集中精力,认真学习,并根据患者及家属的文化程度及接受能力不同,选择不同的方式进行系统讲授,使得每一名患者及家属都能够准确掌握哮喘发作时急救措施,鼓励患者不懂就问<sup>[9]</sup>。告知哮喘发作虽难以预测,但也不是完全不能预防,在日常生活中,尽量避免接触刺激性物质及食物,遵医嘱服用药物便可大大降低疾病发作率,增加患者战胜病魔的信心;鼓励患者采用积极心态应对哮喘病,避免消极情绪使疾病恶化<sup>[10]</sup>。出院后,定期的个案护理团队讨论会,能够进一步巩固患者对疾病相关知识的掌握,并进一步完善,使患者建立有效的自我管理,自我护理的积极性也有所提高,还有定期的电话回访及家庭走访,通过监测患者各生命体征的变化情况,有效了解患者出院后的疾病情况,并及时为患者答疑解惑,大大降低患者疾病不确定感;个案护理管理小组与院内心理咨询师合作,在院外随访期间注重心理护理,鼓励患者积极面对,使得应对方式调查评分有了明显改

善<sup>[11]</sup>。由表 1、2 可知,入院时 2 组患者疾病不确定感及应对方式评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );而出院 2 个月后,干预组患者疾病不确定感得分、积极应对及消极应对调查评分明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。说明干预组患者经过个案护理模式进行全方位护理后,患者不明确性、复杂性、信息缺乏及疾病不可预测性评分均有明显提升,患者对疾病了解程度及发生紧急状况时的应对情况较好,心理压力较低,能够以积极的心态正视疾病<sup>[12]</sup>。

综上所述,对老年哮喘患者进行个案护理管理,能够提高患者对哮喘病认识程度,掌握急性发作时的应对措施,有效降低患者疾病不确定感,短期结果明显优于常规护理模式,但远期的临床效果仍然需要通过延长随访时间和加大样本量来进行证实。

### 参考文献

- [1] 沈波,谭妹,陈芳,等.哮喘日记个体化健康教育对家长焦虑和疾病不确定感的影响[J].海南医学,2014,25(19):2941-2943.
- [2] 薛美琴,张玲娟.个案管理模式在我国的应用及思考[J].中华护理杂志,2014,49(3):367-371.
- [3] Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC, et al. The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: a randomized controlled trial with 2-year follow-up[J]. J Adv Nurs, 2012, 68(6): 1224-1234.
- [4] 曾丽智,陈沁,刘辉,等.过渡期护理模式对 COPD 病人家属疾病不确定感和应对方式的影响[J].护理研究,2013,27(32):3637-3639.
- [5] 李婷,王一赫,段熙明,等.支气管哮喘患者心理健康与应对方式[J].中国健康心理学杂志,2013,21(2):189-191.
- [6] 杨玮,李晨虎,陈碧华.个案护理管理模式对社区 COPD 患者自我护理能力和健康行为的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(13):1510-1513.
- [7] 沈波,谭妹,吴时灵,等.哮喘日记个体化健康教育对患儿疾病不确定感和焦虑心理的影响研究[J].中国全科医学,2013,16(34):4065-4067.
- [8] Morgan MA, Coates MJ, Dunbar JA, et al. The trueblue model of collaborative care using practice nurses as case managers for depression alongside diabetes or heart disease: a randomized trial[J]. BMJ, 2012, 345(7877): 1-12.
- [9] 杨淑梅,郑春丽,罗焯,等.临床路径对老年支气管哮喘病人认知能力的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(2):319-320.
- [10] 张丽,谭丽萍.基于 PDCA 循环提升护士适应护理个案追踪评审模式应用的效果评价[J].中国实用护理杂志,2014,30(35):54-57.
- [11] 钱朝翠,张妍蓓.个体化系统性护理干预对支气管哮喘疾病控制效果的影响[J].中华疾病控制杂志,2014,18(5):453-455.
- [12] 常汉华.过渡期护理干预对哮喘病人疾病不确定感及生存质量的影响[J].护理研究,2015,29(22):2786-2787.