

桂西地区呼吸内科医生对慢性阻塞性肺疾病的认知及管理现状

黄玉夏 李丽 周明明

百色市人民医院呼吸科, 广西 白色 533000

摘要: 目的 了解桂西地区不同级别医院内科医生对慢性阻塞性肺疾病的认知水平及治疗、管理现状, 为今后桂西地区的呼吸系统慢病管理提供依据。方法 2019年12月采用分层随机抽样的方法对桂西地区的呼吸内科医生进行现场书面问卷调查, 主要调查内容包括 COPD 的认知水平、患者教育开展情况及方式、COPD 患者的随访、稳定期 COPD 患者的处方用药情况、肺康复等方面。根据参与者所在医院的级别分为卫生院组、二级医院组、三级医院组, 进行数据分析比较。结果 卫生院组和二级医院组对 COPD 诊断的知晓率及其所在单位肺功能仪、无创呼吸机缺乏, 与三级医院组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 卫生院组的慢病宣教活动开展、对慢病患者心理干预治疗的实施、吸入制剂的供应均显著低于二级医院组和三级医院组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 三组间的戒烟教育工作开展, 出院后定期随访工作、肺康复治疗差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。COPD 稳定期 A、D 组患者的起始治疗, 卫生院组均首选茶碱类。结论 目前桂西地区基层医疗单位缺乏必备的仪器设备, 对 COPD 的认知不足, 不善于使用互联网或远程医疗技术进行慢病教育和管理, 稳定期 COPD 起始治疗不规范, 肺康复治疗手段单一。

关键词: 慢性呼吸系统疾病; 肺功能; 互联网及远程医疗技术; 肺康复治疗

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是一种可防可治的慢性气道疾病, 是目前人类健康的杀手之一, 已成为一个全球性的公共卫生问题^[1]。基层医疗卫生机构和基层医生承担着居民的基本医疗服务和基本公共卫生服务, 在慢性呼吸系统疾病的早期筛查、早期治疗和干预、健康教育和康复等长期规范化治疗和健康管理中发挥着重要作用, 是慢性呼吸系统疾病防治的主要力量^[2]。但很多基层医疗机构的慢病管理及防治体系和能力建设滞后, 尤其在经济欠发达的偏远地区, 基层医疗机构对呼吸系统慢病的诊疗及管理很不规范, 亟待解决。百色市隶属于桂西地区, 为偏远山区, 经济欠发达, 为了解该地区各层医院内科医生对 COPD 的认知、诊治及治疗现状, 笔者于 2019 年 12 月进行了本次调查, 以便为今后的慢病管理工作提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

此次调查采用现场问卷调查形式, 以桂西地区内科医生为研究对象, 采用分层随机抽样方法, 将研究对象按照所在单位 (三级医院、二级医院、乡镇卫生院) 划分为三个等级, 每个等级以医院为单位, 随机抽取各医院内符合调查对象要求的医生进行调查。调查对象包括百色地区 21 家医院 (2 家三级医院、15 家二级医院、14 个乡镇卫生院) 呼吸内科医生共 81 名医生参与问卷调查, 调查范围覆盖了桂西地区 90% 的公立医院。剔除与调查对象不符的人员, 实际有效人数 79 人, 根据参与者所在医院的级别分为卫生院组、二级医院组、三级医院组。

1.2 方法

参照 2020GOLD 慢性阻塞性肺病全球倡议^[3]和慢性阻塞性肺病基层诊疗指南 (2018 年)^[4]的相关内容设计问卷表。

据分析, 计数资料采用卡方检验, 计量资料比较采用单因素方差分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象的一般情况

参与此次问卷调查者为桂西地区 2 家三级医院、15 家二级医院及 14 个乡镇卫生院的 79 名内科医生, 其中 22 人就职于乡镇卫生院 (卫生院组)、35 人就职于二级医院 (二级医院组), 22 人就职于三级医院 (三级医院组)。三组的平均年龄分别为: 卫生院组 33.91 (± 6.20) 岁, 二级医院组 33.00 (± 6.13) 岁, 三级医院组 30.27 (± 4.79) 岁。三组医师的职称分布: 卫生院组初级职称 8 人、中级职称 13 人、高级职称 1 人, 二级医院组初级职称 15 人、中级职称 12 人、高级职称 8 人, 三级医院组初级职称 13 人、中级职称 6 人、高级职称 3 人; 三组间的平均年龄、职称分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。工作年限: 卫生院组初级职称者的平均工作年限为 5.63 (± 3.70) 年、中级职称者的平均工作年限为 13.54 (± 4.41) 年、高级职称者的平均工作年限为 22.00, 二级医院组初级职称者的平均工作年限为 3.60 (± 1.55) 年、中级职称者的工作年限为 11.25 (± 2.60) 年、高级职称者的工作年限为 17.88 (± 3.56) 年, 三级医院组初级职称者的平均工作年限为 2.85 (± 1.86) 年、中级职称者的平均工作年限为 9.50 (± 1.38) 年、高级职称者的平均工作年限为 15.00 (± 1.00) 年; 卫生院组初级职称者的平均工作年限显著高于三级医院组初级职称者的平均工作年限, 差异有统计学意义 ($P = 0.031$), 而二级医院组初级职称者的平均工作年限与卫生院组及三级医院组初级职称者的平均工作年限, 三组间的中、高级职称者的平均工作年限差异无统计学意义 (表 1)。

2.2 调查对象对 COPD 诊断及治疗情况

表 1 不同级别医院参与者的一般情况比较

指标		卫生院组	二级医院组	三级医院组	F/ χ^2	P
人数, 例 (%)		22	35	22	—	
年龄, 岁 (\pm SD)		33.91 (± 6.20)	33.00 (± 6.13)	30.27 (± 4.79)	2.391	0.098
职称	初级	8 (36.4)	15 (42.9)	13 (59.1)	2.477	0.316
	中级	13 (59.1)	12 (34.3)	6 (27.3)	5.318	0.770
	高级	1 (4.5)	8 (22.9)	3 (13.6)	3.380	0.179
工作年限, 年 (\pm SD)	初级	5.63 (± 3.70)	3.60 (± 1.55)	2.85 (± 1.86)	3.756	0.034
	中级	13.54 (± 4.41)	11.25 (± 2.60)	9.50 (± 1.38)	3.291	0.052
	高级	22.00	17.88 (± 3.56)	15.00 (± 1.00)	1.987	0.193

问卷内容主要包括: 内科医生的一般情况 (包括参与者的年龄、职称、工作年限、所在的医院级别)、COPD 的诊断、肺功能的开展、呼吸系统慢性疾病的患者教育开展、吸入制剂的使用指导、稳定期 COPD 的治疗、COPD 患者的出院指导、COPD 患者出院后随访、肺康复治疗的开展等。

1.3 统计方法

采用 Excel2010 软件建立数据库并将数据按照医院级别、医生级别进行分类, 然后采用 spss22.0 统计软件进行数

2.2.1 COPD 的诊断认知

本次调查中, 卫生院组有 5 人 (22.7%)、二级医院组有 9 人 (25.7%)、三级医院组有 19 人 (86.4%) 认为肺功能是诊断 COPD 的必备条件; 卫生院组和二级医院组对 COPD 诊断的认知水平显著低于三级医院组, 差异具有统计学意义 ($P = 0.000$)。卫生院组有 1 人 (4.5%)、二级医院组有 12 人

(34.3%)、三级医院组有 21 人 (95.5%) 表示其所在医院目前有肺功能仪, 差异具有统计学意义 (P=0.000) (表 2)。

2.2.2 戒烟教育及慢病宣教

本次调查中, 卫生院组有 18 人 (81.82%)、二级医院组有 32 (91.43%)、三级医院组有 21 人 (95.45%) 表示所在医院已经开展了戒烟教育, 三组间的戒烟教育工作开展差异无统计学意义。但开展形式有所不同, 卫生院和二级医院主要以面对

面其次为板报宣传的方式进行戒烟教育, 三级医院主要以面对面, 其次为义诊的方式进行戒烟教育。在慢病宣教方面, 卫生院组中有 13 人 (59.1%)、二级医院组有 31 人 (88.6%)、三级医院组有 22 人 (100.00) 表示所在医院定期进行慢病宣教活动, 卫生院组的慢病宣教活动开展显著低于二级及三级医院, 差异具有统计学意义 (P=0.001)。针对患者出院后定期随访, 卫生院组有 19 人 (86.4%)、二级医院组有 33 人 (94.3%)、三级医院组有 22 人 (100.00) 认为所在医院能做到患者出院后定期随访, 三组在出院后定期院外指导方面的差异无统计学意义 (P>0.05) (表 2)。

2.3 调查对象对 COPD 治疗的认知

针对医院有无吸入制剂的调查, 发现卫生院组中有 11 人 (50.00%)、二级医院组有 33 人 (94.3%)、三级医院组有 22 人 (100.00%) 表示该院有吸入制剂, 卫生院的吸入制剂显著少于二级医院和三级医院, 差异有统计学意义 (P=0.000)。针

对医院有无无创呼吸机的调查, 卫生院组中有 3 人 (13.6%)、二级医院组有 18 人 (51.4%)、三级医院组有 22 人 (100.00%) 表示其所在医院有无创呼吸机, 卫生院、二级医院的无创呼吸机显著少于三级医院, 差异有统计学意义 (P=0.000) (表 3)。

2.3.1 稳定期 COPD 患者的药物治疗

对于 COPD 稳定期 A 组患者的药物治疗, 卫生院组首选茶碱类、占 45.5%, 其次为 SABA、占 40.9%, 再次为口服或静脉激素、占 31.8%; 二级医院组首先 ICS、占 51.4%, 其次为 SABA、占 42.9%, 再次为茶碱类、占 40.0%; 三级医院组首先 ICS、占 63.6%, 其次为 SAMA、占 54.5%, 再次为 SABA、占 36.4%。对于 COPD 稳定期 D 组患者的药物治疗, 卫生院组首选氨茶碱, 占 59.1%, 其次为口服或静脉使用激素, 占 45.5%, 再次为 ICS 或 LABA, 各占 40.9%; 二级医院组和三级医院组均首选 ICS、占 62.9%和 72.7%, 其次为 LABA、占 45.7%和 68.2%, 再次为 LAMA, 占 40.0%和 59.1% (表 3)。

2.3.2 心理干预及肺康复治疗

此次调查中, 卫生院组有 19 人 (59.1%)、二级医院组有 29 人 (82.9%)、三级医院组有 22 人 (100.0) 表示会对慢病患者进行心理干预, 卫生院对慢病患者心理干预治疗的实施低于二级医院和三级医院, 差异有统计学意义 (P=0.002)。(表 3)。

表 2 不同级别医院对呼吸系统慢性疾病认知及管理的比较

指标	卫生院组	二级医院组	三级医院组	F/x ²	P
肺功能是诊断 COPD 的必备条件	5(22.7)	9(25.7)	19(86.4)	24.976	0.000
所在医院有肺功能仪	1(4.5)	12(34.3)	21(95.5)	39.046	0.000
有进行戒烟教育, n (%)	18(81.82)	32(91.43)	21(95.45)	2.169	0.398
面对面戒烟	14(63.6)	30(85.7)	19(86.4)	4.412	0.131
网络戒烟	3(13.6)	14(40.0)	15(68.2)	13.857	0.001
讲座戒烟	8(36.4)	14(41.2)	10(45.5)	0.376	0.804
板报宣传戒烟	14(63.6)	24(68.6)	17(77.3)	1.000	0.608
义诊戒烟	4(18.2)	21(60.0)	18(81.8)	18.745	0.000
保健咨询站戒烟	5(22.7)	12(34.3)	2(9.1)	4.724	0.109
定期进行慢病宣教	13(59.1)	31(88.6)	22(100.00)	13.372	0.001
面对面慢病宣教	13(59.1)	29(82.9)	20(90.9)	6.634	0.032
网络慢病宣教	1(4.5)	11(31.4)	15(68.2)	20.012	0.000
慢病讲座宣教	3(13.6)	14(40.0)	13(59.1)	9.758	0.007
慢病板报宣教	11(50.0)	23(65.7)	18(81.8)	4.951	0.089
慢病义诊宣教	4(18.2)	16(45.7)	17(77.3)	15.457	0.000
慢病保健咨询站	1(4.5)	8(22.9)	4(18.2)	3.413	0.200
患者出院后定期随访	19(86.4)	33(94.3)	22(100.00)	3.490	0.167

表 3 不同级别医院对慢病治疗认知的比较

指标	卫生院组	二级医院组	三级医院组	x/t	P
所在医院有吸入制剂	11(50.00)	33(94.3)	22(100.00)	21.628	0.000
所在医院有无创呼吸机					
慢阻肺 A 组稳定期药物治疗	3(13.6)	18(51.4)	22(100.00)	33.306	0.000
SABA	9(40.9)	15(42.9)	8(36.4)	0.238	0.965
SAMA	3(13.6)	8(22.9)	12(54.5)	10.112	0.006
LABA	1(4.5)	3(8.6)	6(27.3)	5.158	0.095
LAMA	0(0.00)	4(11.4)	5(22.7)	5.554	0.045
ICS	6(27.3)	18(51.4)	14(63.6)	6.105	0.044
口服或静脉激素	7(31.8)	3(8.6)	3(13.6)	4.993	0.067
茶碱类	10(45.5)	14(40.0)	2(9.1)	8.018	0.017
慢阻肺 D 组稳定期药物治疗					
SABA	3(13.6)	12(34.2)	4(18.2)	3.728	0.192
SAMA	1(4.5)	5(14.3)	3(13.6)	1.422	0.552
LABA	9(40.9)	16(45.7)	15(68.2)	3.881	0.144
LAMA	2(9.1)	14(40.0)	13(59.1)	12.129	0.002
ICS	9(40.9)	22(62.9)	16(72.7)	4.916	0.087
口服或静脉激素	10(45.5)	12(34.3)	9(40.9)	0.742	0.704
茶碱类	13(59.1)	12(34.3)	4(18.2)	8.082	0.018
心理干预	13(59.1)	29(82.9)	22(100.0)	12.107	0.002
肺康复治疗	16(72.7)	26(74.3)	18(81.8)	0.593	0.798
肺康复操	9(40.9)	18(51.4)	16(76.2)	5.758	0.061
中医疗法	8(36.4)	14(40.0)	8(38.1)	0.77	1.00
氧疗	13(59.1)	20(57.1)	16(76.2)	2.221	0.346
营养支持治疗	14(63.6)	13(37.1)	13(61.9)	5.093	0.090

3 讨论

COPD 属于慢性进展性疾病, 规范化管理涉及疾病筛查、健康教育、疾病干预及治疗、随访、康复等多个环节。因此尽早确诊此类疾病对于防治工作有着重要的意义。参照 2020 GOLD 慢性阻塞性肺病全球倡议对 COPD 的诊断标准, 肺功能检查是确诊 COPD 的必备条件^[3]。然而在本次调查中, 卫生院组只有 22.7%、二级医院组只有 25.7%、三级医院组有 86.4% 的医生的回答是正确的, 提示卫生院和二级医院的呼吸内科医生对 COPD 的诊断知晓率显著低下。造成这种现状的原因主要有: (1) 医生配备不平衡, 基层医生缺乏接受正规培训的专业医生; (2) 经济条件受限, 缺乏必备的仪器设备及新技术的引进, 本次调查中, 卫生院组只有 1 人 (4.5%)、二级医院组只有 12 人 (34.3%) 表示所在单位具备肺功能仪, 卫生院和二级医院肺功能检查开展率远远低于三级医院。造成 COPD 诊断及治疗的不规范; (3) 医生自身的学习态度不积极, 多数基层医院医生年龄较大, 对新知识新技术的接受能力差, 另外外派学习考察、参加专业培训等方面的机会很少。

GOLD2020 指出, COPD 稳定期的主要治疗目标是减轻症状和未来急性加重的风险, 其管理策略包括药物和非药物干预。关于 COPD 稳定期的药物治疗, GOLD2020 将慢阻肺药物治疗推荐方案细化为初始治疗, 管理循环, 后续随访。根据患者的症状和急性加重风险来进行个体化评估, 制定相应的起始药物治疗方案, A 组患者推荐使用一种支气管舒张剂, D 组患者推荐使用 LAMA, 若症状明显则选择 LAMA+LABA, 若 $EOS \geq 300/u1$, 选择 ICS+LABA^[3]。然而本次调查发现, 卫生院医生不管在 COPD A 稳定期还是 COPDD 组稳定期的治疗中, 均首选茶碱类, 可见茶碱类药物在基层医院慢性阻塞性肺疾病患者中的应用非常广泛。另外, 口服或静脉激素的使用也比较普遍。这种状况与基层医院治疗药物不全, 基层医生的工作年限长但综合素质水平偏低, 欠缺规范的医学基础培训有关。

COPD 稳定期非药物干预中患者教育是 COPD 管理不可或缺的要素, 定期开展慢病宣教可提高患者疾病防治的依从性、有效延缓患者疾病进展、改善患者病情转归^[5]。从本次调查中可发现, 卫生院开展慢病宣教工作不尽人意, 主要原因为卫生院的医护人员不足, 仅靠医生和护士在工作间隙完成, 投入精力显著不足。另外原因与医护人员对呼吸系统慢性疾病认知不足及不够重视有关。而采取的方式段还是比较落后, 不管是那种级别医院, 目前都是以面对面或板报宣传的方式进行, 很少使用互联网或远程医疗技术等手段进行教育和管理, 与医院信息化建设滞后、医生意识形态未转变相关。此外, COPD 患者大多数为老年人, 文化水平较低, 接受能力低下, 不善于使用互联网产品是另一个因素。戒烟是 COPD 患者患者教育的一部分。已经明确吸烟是 COPD 最重要的环境发病因素, 戒烟是减缓或阻止 COPD 疾病进展的最有效策略^[6]。本次调查显示各级医院的戒烟教育工作基本已经开展, 但开展方式仍落后。

心理合并症在 COPD 中很常见, 一些研究提到在超过 70% 的病例中存在抑郁和焦虑症状^[7]。心理合并症的存在可导致 COPD 患者生活质量下降、病情加重、住院时间延长和死亡率增加^[8]。因此, 在临床实践中识别并更有效地管理焦虑和抑郁至关重要。基层医护人员是许多 COPD 患者的首诊者, 因此在 COPD 患者心理合并症的筛查和早期识别中起到关键作用。然而, 本次调查发现, 卫生院组中只有 59.1% 的参与者表示所在单位对 COPD 患者进行心理干预, 显著低于三级医院组。造成此现状的原因包括缺乏标准化的诊断方法, 以及医护人员对评估的知识或信心不足。另外, 患者自己可能对这些合并症了解有限, 或者由于羞耻, 可能不愿与他们的初级保健医生讨论焦虑或抑郁症状。

肺康复是 COPD 稳定期非药物干预的重要治疗措施。近年来, 肺康复越来越被重视, 2017 年 2 月, 世界卫生组织发布

的“康复 2030”行动呼吁将便捷的和可负担的康复项目作为卫生服务的基本组成部分, 声明其对实现可持续发展目标 3“良好健康与福祉”至关重要^[9]。GOLD2020 指南指出肺康复可以改善症状、生活质量和日常活动中的身心参与^[3]。运动训练 (包括呼吸肌训练、耐力训练、抗阻训练等) 则是肺康复治疗的基石^[10]。本次调查中, 三类级别医院均较好的开展了肺康复治疗, 但主要方式存在不同, 卫生院主要以营养支持治疗为主, 二级医院主要以氧疗为主, 三级医院主要以肺康复运动训练及氧疗为主。提示卫生院及二级医院的肺康复治疗手段单一且仍比较落后。系统而又规范的肺康复治疗在百色地区基层医院普及还相差甚远。

4 小结与展望

本研究虽然样本量小, 但采取现场问卷调查方式, 调查员进行现场监督, 保证了数据完整性和真实性; 调查区域覆盖该地区所有区县, 能够科学的反映该地区基层医生慢阻肺认知水平现状。本研究显示, 基层医疗卫生机构缺乏必备的仪器设备; 呼吸内科医生对 COPD 的诊断知晓率低; 卫生院对 COPD 稳定期药物治疗极不规范, 健康教育、心理干预、随访、康复治疗的开展均显著低于二、三级医院。基层医疗机构的慢性呼吸系统疾病的诊治及管理亟待规范和完善。未来我们有许多工作要做, 首先, 建议增加对基层呼吸慢病防治的财政投入, 完善基层慢阻肺功能检查等必需设备; 其次, 通过加强各级医院之间交流合作、开展专家讲座、组织培训、强化继续教育等方法来改进基层内科医院的疾病诊疗认知水平; 再次, 建议医院加快信息化建设, 应用互联网或远程医疗技术等手段进行疾病的健康教育和管理。此外, 临床医生应提高对心理合并症的识别及筛查水平, 多学科合作确保 COPD 患者进行适当的精神病治疗。

参考文献

- [1]王蕾, 杨汀, 王辰. 2017 年版慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略解读 [J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(1):104-108.
- [2]彭博, 张鹏俊, 王辰等. 我国基层医疗卫生机构慢性呼吸系统疾病管理现状研究 [J]. 中国全科医学. 2018, 21(13):1513-1520.
- [3]Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2020 report [L]. 2019.
- [4]中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 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.
- [5]曹晓伟, 唱浩, 孙波, 等. 健康宣教依从性与慢性阻塞性肺疾病病情转归的关系研究 [J]. 中华健康管理学杂志, 2017, 11(5):446-452.
- [6]Tashkin DP, Murray RP. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease [J]. Respir Med, 2009, 103(7):963-74.
- [7]I Papava, C Oancea, VR Enatescu, et al. The impact of coping on the somatic and mental status of patients with COPD: a cross-sectional study [J]. International Journal of COPD, 2016(11):1343-1351.
- [8]AM Yohannes, A Kaplan. Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Recognition and Management [J]. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2018(2):11-18.
- [9]陈亚红. 2020 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), 2019, 11(12):32-50.
- [10]段文滔, 朱黎明, 戴爱国. COPD 肺康复运动处方的研究进展 [J]. 国际呼吸杂志, 2017, 37(16):1253-1257.