

整合肺部康复到家庭设置

赵玉欣 张婧歆 吕琪

山东中医药大学

[摘要]传统意义上,为稳定的慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者提供门诊肺康复治疗,可显著改善呼吸困难、运动能力和健康相关的生活质量。此外,在因COPD加重而住院期间或住院后不久开始肺康复,可以改善上述以患者为中心的症状,并有理由降低随后的医疗保健利用率和死亡率。尽管有这些好处,但传统肺康复的应用仍然不尽人意。以家庭为基础的肺康复是一种安全有效的替代传统的以门诊肺康复为基础的项目,可以扩大治疗范围。事实证明,在呼吸困难、运动能力和健康状况方面的改善是实施以家庭为基础的肺康复的理由,它还可以减少卫生保健的利用,并具有成本效益。

[关键词]居家肺康复;慢性阻塞性肺病;综合医疗服务

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6288.2021.09.824

慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者的最佳治疗必须混合药物和非药物治疗。后者包括肺康复,有高质量的证据证明其对患者的多种益处,包括呼吸困难、运动耐受性和健康状况^[1]。一项系统回顾表明,它还会导致医疗保健利用的减少,特别是在COPD加重的住院后^[2],但一项大型的肺康复随机对照试验明显未能证明在这一领域的积极作用^[3]。临床上肺康复治疗手段仍然未被COPD患者充分利用。肺康复一直没有得到充分利用,这可能是由于多种原因,包括保健专业人员和患者对其重要性的认识不足,患者不愿意参加治疗,某些区域没有项目,第三方报销不足等。

基于医院的康复计划与基于家庭的康复计划比较,各有优势和不足。在因病情加重而住院治疗,肺部康复的需求可以说是最大的时候,因此到中心就诊尤其成问题。在家庭或社区环境中提供肺康复可能会增加转诊和病人的参与,从而减少利用不足的影响。此外,比较以中心为基础的干预和以家庭为基础的干预的随机试验表明,在几个以患者为中心的结果领域,包括呼吸困难的缓解、健康状况和运动能力的改善等方面的等效性^[4]。慢性阻塞性肺病急性加重期居家肺康复的效果还没有得到充分的检验。这一讨论放大了在出院的COPD患者的家庭环境中进行肺康复的可行性、有效性、安全性和成本的研究基础。

一、COPD的负担

COPD包括其全身性影响和常见的共病,给患者个体带来了大量的症状和功能负担,包括呼吸困难、咳嗽和疲劳等致残症状;运动不耐症和缺乏运动;健康和功能状况受损;还有心理障碍,包括认知障碍,焦虑和抑郁。除了这些以患者为中心的负面结果,其他可预防的疾病也达到了较高的水平,成为世界范围内的第三大死亡原因。

COPD病情加重了COPD的负担,导致症状、功能和健康状况恶化且时间较长^[5-9],死亡风险增加^[10],并增加了随后的医疗保健利用率。在一项对美国医疗保险索赔数据的分析中,包括COPD患者,大约五分之一的医疗保险受益人在30天内再次住

院,34%在最初出院日后90天内再次住院。毫无疑问,医疗保健服务使用率的增加有很多原因,包括呼吸系统疾病的潜在严重性和共发病,加重的和脆弱的COPD患者在病情加重的过程中提早出院,自我管理技能不足,从医院过渡到家庭的基础设施支持不足,出院后管理患者的资源不足和效率低下。这些不足是不容易纠正的。

二、肺康复的设置——协作

来自美国胸科学会和欧洲呼吸学会的2013年肺部康复声明将这种肺康复干预定义为“一种综合干预,基于彻底的患者评估,然后是患者定制的治疗,包括但不限于运动训练,教育和行为改变,旨在改善慢性呼吸系统疾病患者的生理和心理状况,促进健康行为的长期坚持”^[1]。运动训练与教育和行为改变疗法,旨在提高自我效能,并由跨学科团队提供,是肺康复的中心特征。

尽管对COPD患者的肺功能没有直接影响,但肺康复通常会在运动的耐受性、呼吸困难、功能和健康状况等方面带来有临床意义的改善,尽管这些有益的影响可能在参与项目后的几个月或几年内有所下降。增强和维持在肺康复中实现的好处的一个方法是关注行为改变,这是协作自我管理教育的中心特征。在这种背景下,自我管理是以患者为中心的教育,旨在教授技能和实施促进健康的行为;这些包括COPD教育、药物管理(坚持和吸入器技术)、戒烟、行动计划、促进锻炼和身体活动、适当的营养和应对机制。

为了获得最佳的治疗结果,需要在长期的疾病轨迹中整合对COPD患者的管理。除了肺康复和自我管理之外,还包括卫生保健提供者和环境之间的护理协调。这在COPD加重期的住院期尤为重要,其特点是症状负担高,功能状态恶化危险性高,护理利用率增加,道德风险高。

三、肺康复的基本原理

以医院为基础的门诊肺康复拥有专业的物理资源,能够通过跨学科团队有效地提供综合干预。基于家庭的肺康复并没有这些资源,所以其他因素必须提供它独有的优势。MikeMorgan

总结了这一理论:

- 在那些严重残疾的慢性阻塞性肺病患者中, 只有大约15%曾经由于缺乏局部能力而转介到肺康复治疗。
- 只有约2/3的传统治疗中心的患者会去接受治疗。
- 只有大约70%的开始康复的人完成了这个项目, 中心项目的辍学率可能比家庭项目的辍学率更高。

以家庭为基础的项目肯定会增加肺科康复的能力, 并可能增加肺部康复的吸收和完成, 它的一对一的方法可能更好地促进个体化护理。此外, 尽管很少有循证数据可用, 但当在熟悉的家庭环境中给予治疗时, 获益的维持时间可能更长。这些主要是理论上的好处, 能否在现实生活中得以实现还有待确定。在一些卫生机构中, 例如在美国, 由于不提供作为肺康复一部分的家访费用的报销, 潜在的好处是没有意义的。

四、以家庭为基础的肺康复

以家庭为基础的肺康复应用的显著变异性(稳定期与加重期); 在教育和运动部分(有监督的、无监督的、持续时间、强度等); 一些项目的混合性质(以住院或门诊为基础, 然后以家庭为基础的干预); 实验设计(干预与常规护理或基于门诊的治疗)致使其几乎不可能得出普遍有效的结论。一项荟萃分析的对照研究, 涉及733名患者, 从1991年至2012年, 显示了家庭肺康复在呼吸困难、健康相关生活质量和运动能力方面的阳性结果(与非干预对照组相比)。在最大运动负荷、住院、护理费用或死亡率方面没有明显变化。

肺康复对慢性肺病患者是一种有效的干预措施, 有证据表明进行肺康复的患者运动能力、呼吸困难和与健康相关的生活质量有所改善。在慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者的临床指南中, 肺康复被强烈推荐, 而且越来越多的证据表明它在其他呼吸条件下的有效性。大多数肺康复方案是以中心为基础的, 要求参与者参加每一次与自我管理相关的监督锻炼和教育。

尽管有强有力的证据支持这一模式, 但以中心为基础的肺康复的可及性和接受度普遍较差。获得中心方案的障碍包括旅行和交通、地理距离、方案的时间安排以及呼吸困难和焦虑等症状。据估计, 符合条件的人群每年完成肺康复的比例小于10%。为了让更多的人获得和完成肺康复, 必须考虑其他方案交付模式。澳大利亚和新西兰的肺康复实践指南中指出, 家庭肺康复应作为常规护理或中心肺康复的替代方案。然而, 在初步研究中测试的基于家庭的肺康复模型很少被应用到临床实践中, 很少有中心提供基于家庭的肺康复。这可能是由于最初的实验模型需要大量的人员和资源, 或者没有包括肺康复的所有必要组成部分。

近期, 在一项随机对照试验中, 一项以家庭为基础的肺康

复模型显示家庭肺康复短期疗效与中心为基础的肺康复相当。以家庭为基础的模型被设计为便于患者使用, 提供肺康复的基本组成部分, 并易于使用最少的资源进行管理。

五、家庭肺康复的未来方向

基于前面的讨论, 以下领域值得进一步发展:

- i) 一个公认的家庭肺康复模式。使用当前的定义^[1]作为基础; 包括病人选择标准、锻炼和自我管理组件的细节, 时间和持续时间, 以及是否应该这样做。
- ii) 评估急性加重期居家肺康复的随机对照试验, 包括卫生保健利用作为主要结果; 第一步是将其与常规治疗进行比较, 然后(如果成功的话)与传统的肺康复治疗进行比较。
- iii) 探索与传统项目相比, 家庭干预可能实现更长的效益持续时间, 传统项目的效益通常在1-2年下降。

参考文献

- [1] 马思普里特, 张志强, 等。美国胸科学会/欧洲呼吸学会官方声明: 肺康复的关键概念和进展。中华医学会重症监护杂志2013; 188: e13-64。
- [2] MA Puhan, Gimeno-Santos E, Scharplatz M等。慢性阻塞性肺疾病加重后的肺康复Cochrane数据库系统2011版: CD005305。
- [3] 张志强等。慢性呼吸系统疾病加重住院期间的早期康复干预: 随机对照试验BMJ 2014; 349: g4315。
- [4] 张志强等。慢性阻塞性肺病患者家庭基础肺康复的影响: 一项随机试验安实习医师2008; 149: 869-78。
- [5] Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA等。慢性阻塞性肺病患者病情加重对生活质量的影响中华医学会急救医学分会1998。
- [6] Spencer S, Jones PW。慢性支气管炎感染加重后健康状况恢复的时间过程。胸腔58: 589 2003; 93年。
- [7] 吴晓东, 张晓东, 等。一项评估慢性阻塞性肺病患者身体活动恶化影响的纵向研究安胸Soc 2013。2013; 10: 559 - 64。
- [8] Seemungal TA, Hurst JR, Wedzicha JA。慢性阻塞性肺病的恶化率、健康状况和死亡率——对潜在干预措施的综述Int J ChronPulmon Dis 2009; 4: 203-23。
- [9] Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik, A等。慢性阻塞性肺病患者病情加重的时间进程和恢复中华医学会急救医学分会2000。
- [10] Suissa S, Dell'Aniello S, Ernst P。慢性阻塞性肺疾病的长期自然史: 严重加重和死亡率胸腔67: 957 2012; 63年。