



专科整合社区模式在类风湿关节炎患者中的慢病管理研究

傅秀霞 (常德市第一人民医院 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 探讨专科整合社区的慢性疾病管理模式在类风湿关节炎患者中的应用效果。**方法** 采用便利抽样的方法选取2016年1月至2017年5月在我院接受住院治疗的170例类风湿关节炎患者,根据患者所属的社区卫生服务中心是否与我院建立专科-社区医联体将患者分为两组,实验组84名,对照组86名,实验组采取专科整合社区模式对类风湿关节炎患者进行管理,对照组采用常规模式进行管理。**结果** 通过分析发现实验组临床治疗效果优良率(98.75%)、患病关节功能恢复优良率(92.50%)、实验组总健康得分(79.95±9.55)以及各个维度得分均高于对照组,P值均<0.01,差异均有统计学意义。**结论** 专科整合社区模式应用在类风湿关节炎患者慢性病管理中可以提高患者的治疗效果,促进患病关节功能恢复,提高类风湿关节炎患者的生活质量。

关键词: 类风湿关节炎 专科整合社区 慢性病管理

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)02-357-02

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种以周围性、对称性多关节病变为主的慢性进行性的自身免疫性疾病,病变主要累及患者的手、腕、足等四肢关节,其病理改变是以关节滑膜为主的慢性炎症,增生形成血管翳进而侵犯关节软骨和软骨下层、韧带和肌腱等组织器官,造成软骨、骨和关节囊破坏,最终导致受累关节畸形和功能丧失^[1]。研究表明RA导致患者有较高的致残率和进一步丧失工作能力,病程在5-10年RA患者的致残率达到60%;其中40%-50%的患者丧失工作能力^[2]。目前RA尚无法根治,治疗目标主要是减轻或消除症状,抑制病情进展,减少组织损坏,预防功能障碍及残疾,达到病情完全缓解或处于低疾病活动度^[3]。因此RA最佳的治疗是多学科团队提供的医疗服务,包括教育、咨询、锻炼、药物治疗及晚期关节手术等^[4]。在医联体大背景下,医院专科与社区全科联合管理的模式在糖尿病的慢性病管理中获取了良好的效果^[5]。医院整合社区综合防治是慢性病管理的热点和发展方向,但目前少见医院与社区协作干预类风湿关节炎的报道。本研究通过加强医院专科与社区全科的专业合作,研究其对RA患者的慢性病的综合管理效果,重点评价RA患者治疗效果及生活质量情况,为建立专科整合社区的慢性疾病管理模式提供科学的实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样的方法选取我院2016年1月至2017年5月在我院接受住院治疗的170例RA患者,RA诊断标准参2010年类风湿关节炎分类标准-美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟的联合倡议^[6]。根据患者所属的社区卫生服务中心是否与我院建立专科-社区医联体将170名患者分为两组,实验组为医联体的84名RA患者,因1名患者死亡,2名患者中途退出,1名患者在研究过程中失访,最终入组为80名RA患者,对照组为未建立医联体的86名RA患者,在研究过程中5名失访,1名患者退出本研究,最终入组为80名RA患者。实验组和对照组患者在性别、年龄、学历、家庭收入、患病既往史、疾病严重程度等基线资料比较差异均无统计学意义(均P>0.05)。所有患者及其家属均对本次研究知情同意,并表示愿意配合。

1.2 方法

方法:两组RA患者均由同一组的专科医生按照风湿病诊疗指南制订治疗方案。

实验组的护理干预措施为:专科及社区医务人员共同开展健康教育、药物指导和康复锻炼,监督患者实施自我管理方案,并定期随访记录患者情况。

对照组的护理干预措施为:仅有专科医务人员对患者开展健康教育、药物指导和康复锻炼,监督患者实施自我管理方案,并定期随访记录患者情况。

1.3 评定标准

治疗效果评价:治疗6个月后比较对照组与试验组的临床治疗效

果,分为三个等级。①痊愈:患者患病关节临床症状消失,患病关节屈曲范围在0°~135°;②好转:患病关节临床症状改善,没有疼痛或轻微疼痛,对日常生活影响较小,但上下楼梯感觉受限;③无效:未能满足上述标准。总有效率=痊愈率+好转率^[7]。

两组患者的患病关节的功能进行评价采用Rasmussen评分法,包括行走能力、疼痛、伸膝、关节活动度和关节稳定性5个条目。满分30分,分数≥27分评为优,分数在20~26分评为良,分数在10~19分评为可,分数<10分评为差^[8]。

生活质量评定方法:采用世界卫生组织(WHO)推荐的^[9]“生活质量自评量表(SF-36)”对患者的生活质进行评价。该量表有着良好的信、效度,量表测评由患者独立完成或征得本人同意后由医务人员代为填写。生活质量调查表(SF-36)有36个条目,分为8个维度。将得分按标准积分转换公式将初得分转换为0~100标准分,评分值越高,说明患者生存质量越好。

1.4 统计方法

本文数据均采用SPSS19.0软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用t检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,P<0.05差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗效果评价

两组临床疗效对比:试验组临床治疗优良率98.75%,对照组率78.75%,两组相比差异存在统计学意义(P<0.01)。见表1。

表1: 两组临床治疗效果对比(n, %)

项目	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	80	35	26	12	7	78.75%
试验组	80	45	34	1	0	98.75%
χ^2 值						18.51
P值						<0.01

2.2 两组患病关节功能恢复效果评价

两组患病关节功能恢复效果评价:试验组患病关节功能恢复优良率92.50%,高于对照组的66.25%,差异有统计学意义(P<0.01),见表2。

表2: 两组患病关节功能恢复效果评价

项目	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	80	23	30	24	3	66.25%
试验组	80	44	30	5	1	92.50%
χ^2 值						16.84
P值						<0.015

2.3 两组RA患者生活质量得分比较

可见实验组总健康得分(79.95±9.55)以及各个维度得分均高于对照组,P值均<0.01,差异均有统计学意义,见表3。

表 3: 两组 RA 患者生活质量得分比较 ($\bar{x} \pm s$)

	实验组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
心理健康	83.22±11.83	72.79±9.83	3.70	<0.01
情绪角色	83.22±11.83	72.79±9.83	3.70	<0.01
社会功能	73.61±10.55	66.61±11.55	2.78	<0.01
躯体功能	75.79±9.83	65.79±10.83	3.17	<0.01
躯体角色	77.78±8.55	71.67±7.67	3.15	<0.01
疼痛	79.61±10.55	71.61±9.55	2.88	<0.01
活力	74.79±11.83	68.79±11.83	2.72	<0.01
总健康	79.95±9.55	70.61±10.55	2.86	<0.01

3 讨论

目前,类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种病因不明的慢性疾病,其以关节滑膜炎为主要临床病症,属于系统性疾病,这种疾病发病率女性要远高于男性,是男性的3倍左右,高发年龄在40岁以后^[10]。RA作为一种进行性的、破坏性的、炎症性的关节疾病,对患者的生活质量和工作有着较大影响^[11]。类风湿关节炎在疾病早期患者主要表现为关节疼痛、肿胀、僵硬,肌肉乏力、疲劳等临床症状,随着病情的进展逐渐出现关节不可逆破坏、畸形、功能障碍甚至残疾^[12]。因此,类风湿关节炎导致患者日常生活活动能力,自理能力下降及对他人的依赖性增加,加之该病致残率高、易复发、目前对其尚无治愈的有效方法、药物副作用大及疾病不确定感等原因导致患者的生活质量下降^[13]。吴炜戎^[14]等人认为与单纯药物治疗相比,医院-社区综合策略能显著提高社区风湿病患者的生命质量,这与在医院专科快速准确诊断疾病后,在社区加强干预可以提高患者的依从性,有利于对RA患者进行健康宣教、随访等因素有关。本研究与吴炜戎等人研究结果一致,通过专科整合社区模式干预类风湿关节炎患者,使RA患者临床治疗效果优良率(98.75%)、患病关节功能恢复优良率(92.50%)、实验组总健康得分(79.95±9.55)以及各个维度得分均高于对照组,并具有统计学差异,提高了RA患者的治疗效果,促进RA患病关节功能恢复,提高了类风湿关节炎患者的生活质量。

综上所述,RA是受累不可逆的进行性的破坏,对RA的慢性病管理是一个长期过程,除了药物、手术、中西医结合治疗等干预方法外,对RA患者的认知、生活方式、行为干预也极其重要,并且应当贯穿从患者入院到出院的全过程。从科学的角度看,专科整合社区模式的慢病管理模式可以为RA患者提供专业、长期、全面的健康宣教与指导,为RA患者从药物到饮食及功能锻炼等各个方面提供专业的不间断的指导与管理,因此,专科整合社区模式的慢病管理模式值得在临床中推广。

(上接第356页)

系统是指一定社会网络支持,运用一定的物质和精神手段对社会弱势群体进行无偿帮助的行为总和^[10]。类风湿关节炎作为一种进行性的、破坏性的、炎症性的关节疾病,对患者的心理健康和生活质量有着较大影响^[4]。社会支持是患者在应对疾病和治疗的过程中最有潜力的资源之一,无论哪种形式的社会支持,均有助于患者维持良好的心身状态^[11]。本研究中,实验组RA患者给予了社会支持系统,明显的提高了患者的生活质量。

综上所述,社会支持系统直接影响了RA患者的生活质量,良好的社会支持有利于RA患者的身心健康。在临床工作中医护人员尽可能调动患者的社会支持系统,以提高RA患者的生活质量,促进疾病的康复。

参考文献

- [1] 费梅香, 吴丽敏, 郝冬林, 等. 40例类风湿关节炎心理护理分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(18):209-210.
- [2] West E, Wallberg-Jonsson S. Health-related quality of life in Swedish men and women with early rheumatoid arthritis[J]. Gend Med, 2009, 6(4): 544-554.
- [3] Xiang YJ, Dai SM. Prevalence of rheumatic diseases and disability in China[J]. Rheumatol Int, 2009, 29(5): 481-490.

参考文献

- [1] 费梅香, 吴丽敏, 郝冬林, 等. 40例类风湿关节炎心理护理分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(18):209-210.
- [2] 李倩倩. 类风湿性关节炎患者自我效能、应对方式及生活质量的相关性研究[硕士]. 北京中医药大学, 2012.
- [3] Joensuu JT, Huoponen S, Aaltonen KJ, et al. The cost-effectiveness of biologics for the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review[J]. PLoS One, 2015, 10(3):e0119683.
- [4] Simpson C, Franks C, Morrison C, et al. The patient's journey: rheumatoid arthritis[J]. BMJ, 2005, 331(7521): 887-889.
- [5] 李显东, 董斌, 赵列宾, 等. 医联体医院专科与社区全科合作对糖尿病管理的效果与费用研究[J]. 中国卫生资源, 2013, 16(2):131-133.
- [6] Daniel Aletaha, Tuhina Neogi, Alan J. Silman, 等. 2010年类风湿关节炎分类标准—美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟的联合倡议. In 贵州省医学会风湿病学分会第四届学术年会, 中国贵州安顺, 2010:p10.
- [7] 李朝军, 韩丽, 尹东武, 等. 自拟补肾活血方剂口服辅助玻璃酸钠关节腔内注射治疗膝关节骨性关节炎53例[J]. 山东医药, 2015, 2(39):42-43.
- [8] 姜秀凤, 姜德华, 梁春霞. 氨基葡萄糖联合玻璃酸钠关节腔内注射治疗膝关节骨性关节炎的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015, 7(24):66-68.
- [9] Ware JJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection[J]. Med Care, 1992, 30(6): 473-483.
- [10] 王英, 奉丽丽, 刁永书, 等. 类风湿关节炎患者社会支持状况调查分析[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(18):1714-1717.
- [11] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315-324.
- [12] 刘健, 俞怀斌, 张梅, 等. 543例类风湿关节炎多中心生活质量调查[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(6):509-512.
- [13] Nikolaus S, Bode C, Taal E, et al. Four different patterns of fatigue in rheumatoid arthritis patients: results of a Q-sort study[J]. Rheumatology (Oxford), 2010, 49(11):2191-2199.
- [14] 吴炜戎, 江东霖, 李美婷, 等. 综合干预策略在提高社区风湿病患者生命质量中的作用研究[J]. 社区医疗杂志, 2014, 5(12):61-64.

[4] 刘健, 俞怀斌, 张梅, 等. 543例类风湿关节炎多中心生活质量调查[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(6):509-512

[5] Nikolaus S, Bode C, Taal E, et al. Four different patterns of fatigue in rheumatoid arthritis patients: results of a Q-sort study[J]. Rheumatology (Oxford), 2010, 49(11):2191-2199.

[6] 王英, 奉丽丽, 刁永书, 等. 类风湿关节炎患者社会支持状况调查分析[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(18):1714-1717.

[7] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315-324.

[8] 肖水源. 社会支持评定量表的理论基础及研究应用[J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(2):98.

[9] Ware JJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection[J]. Med Care, 1992, 30(6): 473-483.

[10] 刘继文, 李富业, 连玉龙. 社会支持评定量表的信度效度研究[J]. 新疆医科大学学报, 2008, 31(1):79-82.

[11] 黄万琪, 罗同勇, 刘义兰, 等. 医务人员社会支持及应对方式与心理健康关系[J]. 中国公共卫生, 2007, 23(5):551-553.