



延续护理在类风湿关节炎患者中的慢病管理研究

余丕恒 (常德市第一人民医院 湖南常德 415000)

摘要:目的 探讨延续护理在类风湿关节炎患者中慢病管理中的应用效果。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,根据随机数字表法将患者分为实验组和对照组各85名,对照组采用常规护理模式及门诊随访进行慢病管理,实验组在常规护理模式上加上针对性的健康讲座、组织风湿病患者病友会现场示范、多学科合作、发放健康宣传手册、电话随访等形式开展延续护理服务进行慢病管理,干预6个月后对两组患者临床治疗效果、患病关节功能恢复情况、患者的生活质量进行统计分析。结果 通过分析发现实验组类风湿关节炎患者临床治疗效果优良率(90.12%)、患病关节功能恢复优良率(91.36%)、实验组总健康得分(79.95 ± 8.35 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 延续护理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 延续护理 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) 05-273-02

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,最终导致受累的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,减少组织破坏,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]。RA最佳的治疗包括教育、咨询、锻炼、药物治疗及晚期关节手术等多方面的内容^[4]。延续护理是医疗机构通过一系列的护理活动,确保患者从医院到家庭,从入院到出院可以得到协作性、连续性的护理^[5]。类风湿关节炎作为慢性病在出院后需要进行延续的健康管理,是延续护理的重点服务对象^[6]。本研究通过加强类风湿关节炎患者出院后的延续护理,研究延续护理在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RA的慢性疾病管理模式提供依据。

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^[7]。根据随机数字表法将患者分为实验组和对照组各85名,对照组采用常规护理模式及门诊随访进行慢病管理,实验组在常规护理模式上加上针对性的健康讲座、组织风湿病患者病友会现场示范、视频宣讲、发放健康宣传手册、电话随访等形式开展延续护理进行慢病管理,干预6个月后对两组患者临床治疗效果、患病关节功能恢复情况、患者的生活质量进行统计分析。最终实验组的85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81名RA患者;对照组在研究过程中5名失访,1名患者退出本研究,最终入组为79名RA患者。一般资料情况:实验组81例,其中男性40人,女性41人;年龄31-65岁,平均年龄(42.3 ± 1.1)岁;病程3个月-6年,平均(2.3 ± 0.5)年。对照组79例,其中男性41人,女性38人;年龄32-65岁,平均年龄(43.6 ± 1.2)岁;病程5个月-6年,平均(2.5 ± 0.3)年。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

对照组:对照组患者给予常规护理护理方案及门诊随访。患者出院时,根据医生的出院小结内容,告知患者出院所带药物的服用剂量、服用方法、常见的不良反应和注意事项。向出院患者行出院的健康宣教:讲解疾病的相关知识、如何进行功能锻炼、饮食注意事项、心理

护理等内容,告知患者门诊复查时间及复查项目,并在患者门诊复查时进行跟着随访。

实验组:在对照组的基础上采用延续护理,内容包括健康知识讲座、组织风湿病患者病友会现场示范、多学科合作、发放健康宣传手册、电话随访等内容,具体内容如下:①健康知识讲座:定期开展健康知识讲座,向RA患者及家属讲解类风湿关节炎的病因、症状、用药必要性以及常见误区等内容,讲座之后举办健康知识抢答赛,促进患者及家属对知识的掌握度。②组织风湿病患者病友会现场示范:每周派出专科医生与RA患者在病友会上进行交流和互动,专科医生对患者和家属提出的各种问题解答和指导,同时鼓励恢复情况较好的患者进行现场示范,树立榜样的作用,增强其他患者战胜疾病的信心。③多学科合作:与康复科协作指导患者进行功能锻炼和康复训练,与社区医院合作加强患者出院后在社区的进一步跟踪治疗与随访。④发放健康宣传手册:为每位患者定制一本健康宣传手册,将患者出院后所服用的药物名称、剂量、不良反应、注意事项内容图文并茂并保存在健康教育手册中,便于患者和家属学习,并在手册上纪录RA患者自我管理日记。⑤电话随访:了解患者目前一般情况(包括饮食、睡眠等);了解患者受累关节疼痛性质、程度及缓解情况;功能锻炼情况;用药情况;心理状况;社会支持状况。再根据以上随访的具体情况健康指导,督促患者定期门诊随访,同时解答患者咨询的问题。在出院一个月、三个月、六个月时进行随访。

1.3 评定标准

1.3.1 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 $0^\circ \sim 135^\circ$;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^[8]。

1.3.2 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^[9]。

1.3.3 生活质量评定方法:采用世界卫生组织(WHO)推荐的^[10]“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SPSS 19.0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 90.12%, 对照组率 77.22%, 两组相比差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。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	79	35	26	12	6	77.22%
试验组	81	45	28	6	2	90.12%
χ^2 值						4.90
P 值						< 0.05

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 91.36%, 高于对照组的 67.09%, 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	79	23	30	24	2	67.09%
试验组	81	44	30	6	1	91.36%
χ^2 值						14.39
P 值						< 0.01

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 $\pm$ 8.35) 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 ()

	实验组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
心理健康	81.22 $\pm$ 10.83	71.79 $\pm$ 9.83	3.72	< 0.01
情绪角色	73.15 $\pm$ 9.92	64.34 $\pm$ 10.23	3.63	< 0.01
社会功能	72.61 $\pm$ 9.55	65.61 $\pm$ 11.55	2.75	< 0.01
躯体功能	5.69 $\pm$ 9.73	65.79 $\pm$ 11.83	3.17	< 0.01
躯体角色	78.78 $\pm$ 8.75	71.57 $\pm$ 7.68	3.15	< 0.01
疼痛	79.51 $\pm$ 10.55	71.81 $\pm$ 9.55	2.88	< 0.01
活力	74.76 $\pm$ 11.83	65.79 $\pm$ 11.83	2.78	< 0.01
总健康	78.95 $\pm$ 8.35	70.61 $\pm$ 10.55	2.85	< 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^[11]。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^[12]。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^[13]。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^[14]。张欢^[15]等人在类风湿关节炎患者中使用延续性护理服务的研究者发现, 通过延续护理不断强化 RA 患者及家属的遵医行为, 使医嘱依从性提高, 从而使疾病症状得到了控制, 减少病情复发, 延续性护理方案对于改善类风湿关节炎患者的生活质量有一定积极影响。本研究与张欢等人研究结果基本一致, 通过延续护理干预类风湿关节炎患者, 风湿关节炎患者临床治疗效果优良率 (90.12%)、患病关节功能恢复优良率 (91.36%)、实验组总健康

得分 (79.95 $\pm$ 8.35 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。提示延续护理提高了 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, 延续护理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, 延续护理的慢病管理模式值得在临床中推广。

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] Wee S, Vrijhoef H. A conceptual framework for evaluating the conceptualization, implementation and performance of transitional care programs. [J] Eval Clin Pract, 2015, 21(2):221-228.
- [6] Chow SK, Wong FK, Chan TM, et al. Community nursing services for post discharge chronically ill patients. [J] Clin Nurs, 2008, 17(7B):260-271.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 张欢, 张春燕, 王薇, 等. 延续性护理方案在类风湿关节炎患者中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(16):38 ~ 41.

(上接第 272 页)

参考文献

- [1] 康瑞英. 蒙西医结合治疗护理慢性盆腔炎的临床观察 [J]. 中国民族医药杂志, 2017, (01):77-78.
- [2] 郭伟. 中药内服加保留灌肠治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎临床观察 [D]. 导师: 郭凤荷. 山西省中医药研究院, 2016.
- [3] 刘天颢, 苏春香, 岳树锦, 王琦. 我国中药保留灌肠治疗慢

性盆腔炎的文献计量学分析 [J]. 循证护理, 2015, (02):74-78.

- [4] 吴红斌, 范剑薇. 慢性盆腔炎的中药保留灌肠治疗进展 [J]. 四川中医, 2012, (02):56-58.
- [5] 凌霞, 于杰. 中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎的规范化研究 [J]. 中华中医药学刊, 2017, (08):1631-1633.
- [6] 朱竟. 循证护理在中药灌肠治疗慢性肾功能不全中的应用 [J]. 中国伤残医学, 2016, (01):82-83.