

镜下碎石取石后,全部留置双J管。复杂输尿管结石术后适当延长双J管的留置时间有益于预防损伤输尿管狭窄的发生,但置管时间过长,可出现相关并发症,也起不到预防输尿管狭窄的发生^[10]。根据术中情况决定双J管留置的时间,只行黏膜切开的病人留置双J管1个月;行输尿管开口电切超过0.5 cm,或有电凝止血的病人留置双J管2个月。术后对所有病人进行门诊随访,主要通过泌尿系B超检查,部分原积水较重的病人行泌尿系B超和静脉尿路造影检查,比较肾脏积水改变情况。本次研究的所有病人肾积水均消失或较术前好转,患侧输尿管无扩张、返流,无肾功能损害加重。因此输尿管输尿管开口电切联合输尿管镜治疗输尿管结石是有效、可行的治疗方法,值得临床推广,但须严格把握适应证,注意术中操作技巧的学习和经验的积累,以减少并发症。

参考文献

- [1] 王晖,陆鸿海,张炳辉,等.输尿管结石合并狭窄的治疗策略[J].安徽医药,2016,20(1):93-96.
- [2] 秦允清,曹用立,张有印,等.输尿管结石行输尿管镜下气压弹道碎石术失败原因分析[J].江西医药,2015,50(7):668-670.
- [3] 黄喜健,吴定涛,闭克明,等.输尿管下段结石并狭窄的微创治疗[J].微创医学,2013,8(3):372-374.
- [4] 陈奎,刘仁滨,黄海波,等.硬性输尿管镜入镜困难的探讨[J].广州医学院学报,2011,39(4):55-56,71.
- [5] 丁俊峰,王冰捷.经尿道电切治疗输尿管口附近表浅膀胱肿瘤[J].中国现代药物应用,2010,4(7):109-110.
- [6] 刘定益,俞家顺,王健,等.输尿管镜钬激光治疗输尿管结石1015例疗效分析[J].中国微创外科杂志,2015,15(8):695-698.
- [7] 楼水鑫,丁青,任黎刚,等.输尿管镜联合电切镜治疗输尿管末端结石疗效分析[J].浙江医学,2011,33(6):833-835.
- [8] 全墨泽,刘见辉,陶汉寿,等.经输尿管镜钬激光碎石术与气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床疗效比较[J].安徽医药,2014,18(5):887-889.
- [9] 江顺,金能成,郭志文,等.后腹腔镜与输尿管镜治疗输尿管上段结石的效果比较[J].安徽医药,2014,18(6):1101-1103.
- [10] 李武学,赵兴华,许长宝,等.输尿管镜治疗复杂性输尿管结石留置双J管时间的临床观察[J].实用医学杂志,2017,33(2):256-258.

(收稿日期:2017-06-14,修回日期:2019-01-18)

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.05.023

◇临床医学◇

类风湿关节炎出院病人门诊非药物干预效果评价

褚强强,夏光云,董文红,杨军丽,张晓猛

作者单位:合肥市第一人民医院全科医学科,安徽 合肥 230061

摘要:目的 评价类风湿关节炎(RA)出院病人门诊非药物干预效果,为临床综合治疗RA提供依据。方法 筛选出RA出院病人42例,通过随机编码表法分为干预组和对照组。对干预组实施1年的健康教育、心理疏导、关节功能锻炼指导、药物督导治疗等门诊干预措施,对照组仅在就诊时给予口头宣教,嘱定期随访,不做其他特殊干预。通过比较两组病人晨僵、握力、关节压痛数、关节肿胀数等临床症状改善情况以及红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)等血清学检测指标变化,对干预结果进行评价。结果 经过1年的干预治疗后,干预组病人平均定期随访率达91.27%,明显高于对照组的74.60%($P < 0.05$);干预组晨僵时间(0.88 ± 1.00) h,低于对照组的(1.38 ± 1.52) h,但差异无统计学意义($P > 0.05$);干预组握力(67.52 ± 17.64) mmHg,明显高于对照组(50.33 ± 17.72) mmHg($P < 0.05$);干预组关节压痛数(8.67 ± 6.37)个;明显低于对照组(15.24 ± 7.71)个($P < 0.05$);干预组关节肿胀数(4.95 ± 6.18)个,明显低于对照组(11.24 ± 7.68)个($P < 0.05$);干预组干预后平均ESR、CRP分别为(21.33 ± 7.28) mm/h、(13.55 ± 6.12) mg/L,均明显低于对照组的(29.57 ± 10.87) mm/h、(22.48 ± 12.13) mg/L($P < 0.05$)。结论 对出院病人实施1年的门诊非药物干预后,有效提高了病人对RA的知晓率,提高RA的控制率,明显改善病人生活质量。

关键词:关节炎,类风湿; 出院后医疗; 家庭医疗保健服务,基于医院的; 健康教育; 运动疗法

Evaluation on effect of outpatient non-drug intervention in patients discharged with rheumatoid arthritis

CHU Qiangqiang, XIA Guangyun, DONG Wenhong, YANG Junli, ZHANG Xiaomeng

Author Affiliation: Department of General Practice, The First People's Hospital of Hefei, Hefei, Anhui 230061, China

Abstract: Objective To evaluate the effect of outpatient non-drug intervention in discharged patients with rheumatoid arthritis (RA), to provide the basis for clinical comprehensive treatment of RA. **Methods** Forty-two discharged patients with RA were selected and randomly divided into intervention group and control group. The intervention group was implemented one-year outpatient intervention measures in terms of health education, psychological counseling, joint functional exercise guidance, and drug supervision as well as treatment. The control group was given oral education at the time of consultation, and was followed regularly without any other special intervention. By comparing the improvement of clinical symptoms between the two groups such as morning stiffness, grip strength, joint tenderness and joint swelling number, as well as the changes in serum indexes of erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP). Then evaluate the intervention results. **Results** After one year of intervention, the average regular follow-up rate of the intervention group was 91.27%, which was significantly higher than 74.60% of the control group ($P < 0.05$). The morning stiffness time of the intervention group was (0.88 ± 1.00) h, which was lower than (1.38 ± 1.52) h of the control group, but there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). The grip strength of the intervention was (67.52 ± 17.64) mmHg, which was significantly higher than (50.33 ± 17.72) mmHg of the control group ($P < 0.05$); The joint tenderness number of the intervention group was (8.67 ± 6.37) , which was significantly lower than (15.24 ± 7.71) of the control group ($P < 0.05$); The joint swelling number of the intervention group was (4.95 ± 6.18) , which was significantly lower than (11.24 ± 7.68) of the control group ($P < 0.05$); The average ESR and CRP of the intervention group were (21.33 ± 7.28) mm/h, (13.55 ± 6.12) mg/L, which were significantly lower than (29.57 ± 10.87) mm/h, (22.48 ± 12.13) mg/L of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** After one-year outpatient non-drug intervention in patients discharged with rheumatoid arthritis, the awareness and the control rates of RA were effectively improved, and the quality of life was also significantly improved.

Key words: Arthritis, rheumatoid; After care; Home care services, hospital-based; Health education; Exercise therapy

类风湿关节炎(RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要表现的全身性自身免疫病。若不及时有效治疗可导致关节畸形和功能丧失,并能引起多器官损害。治疗RA常用药物包括非甾体类抗炎药、糖皮质激素、改变病情药(disease-modifying arthritis drugs, DMARDs)、生物制剂等^[1]。但这些药物在治疗过程中都存在治疗周期长、副反应较多、价格相对较昂贵、起效相对缓慢等缺点,导致病人出现治疗耐受差、心理压力、病情缓解率低等症状。目前我国已经将RA列为特殊病种,同高血压、糖尿病等其它常见病种一同进行综合管理,以提高RA病人治疗的耐受性和疾病控制率。本研究通过选取明确诊断为RA的出院病人作为研究对象,实施为期1年的门诊非药物干预,并对干预效果进行综合评价,目的是为了探讨合理的干预方案,为RA的综合管理提供经验。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年5月,在合肥市第一人民医院风湿科住院的RA病人中,处于疾病活动期,正在接受非甾体类抗炎药、糖皮质激素和DMARDs等药物联合治疗的病人68例,诊断均符合美国风湿病学会(ACR)1987年制定的RA分类标准或2010年欧洲抗风湿病联盟(EULAR)评分标准^[2]。最终入选42例,其中男12例,女30例。排除标准:(1)合并心脑血管疾病,重度残疾及精神障碍,肿瘤病人;(2)合并有其他CTD病人;(3)肝肾功能障碍者;(4)合并急慢性感染

疾病、病毒性肝炎、结核、梅毒、HIV病人;(5)合并有能累及关节的其他疾病者;(6)哺乳期或孕妇。通过随机编码表法将其分为干预组和对照组各21例。其中干预组男7例,女14例,年龄 (58.33 ± 11.37) 岁,年龄范围35~77岁,病程1~13年,中位病程4.0年。对照组男性5例,女16例,年龄 (57.95 ± 15.17) 岁,年龄范围18~80岁,病程0.5~15年,中位病程3.0年。两组病人在年龄、性别、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。入选对象签署知情同意书。

1.2 方法 (1)两组病人均建立档案,包括联系方式、详细病史资料和用药情况。出院时告知病人每2个月进行门诊随访一次,用药期间如有不适可随时就诊,第12个月时分别电话督导两组中的每一位病人,完成最后一次门诊随访。(2)干预组在门诊对病人给予健康教育、心理疏导、关节功能锻炼指导、药物督导治疗、电话随访等。具体方法包括:①进行RA健康知识宣教,举办各种形式的小讲座,让病人对RA有基本的了解,建立良好的治病心态^[3];②指导病人正确合理进行关节功能锻炼^[4];③定期对病人进行心理疏导^[5];④督导病人坚持按医嘱服药,告知药物可能会出现副反应,不要轻易停药或减量,定期复查各项临床指标^[6];⑤利用网络平台,建立医生病友微信群,方便病人之间、医生和病人之间及时沟通。对照组病人仅在每次就诊时进行口头宣教,嘱定期随诊,不做其

他特殊干预。

1.3 观察指标和干预效果判定标准 分别于第2、4、6、8、10、12月记录两组病人在门诊的随访率。以第12月随访时的晨僵、握力、关节压痛数、关节肿胀数、红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)、疾病活动度等指标作为评判指标,与出院时相应的指标进行综合比较分析^[7-9]。

(1)由两位副主任医师对晨僵、握力、关节压痛数、关节肿胀数进行评判,结果取两个评分的均值。
①晨僵:关节较长时间不运动后出现的活动障碍、僵硬,病人自己进行评估,从晨起到消退的时间;
②握力:给予血压计袖带卷进行充气20 mmHg,分别用左右手在没有任何支撑情况下握住袖带,记录压力指数,取最大值,重复3次,取平均值;
③关节压痛数和肿胀数记录:分别按压病人的掌指关节、近端指间关节、腕关节、肘关节、肩关节和膝关节共28个,记录关节疼痛的数目,同时观察并记录关节肿胀的数目^[10]。

(2)疾病活动度评价指标:使用ESR计算DAS28(DAS28-CRP)作为评判RA的疾病活动度。根据以下公式计算DAS28(T28为28个关节中的关节压痛数,S28为关节肿胀数): $DAS28 = [0.56 \times \sqrt{T28} + 0.28 \times \sqrt{S28} + 0.70 \times \ln(ESR)] \times 1.08 + 0.16$ 。DAS28

得分越高,提示疾病活动度越高^[11]。

(3)CRP的测定方法为免疫比浊法(参考值0~10 mg/L),ESR测定方法为手工法(参考值0~20 mm/h)。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0软件包处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验;计数资料以百分比表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人定期随访率的比较 分别于第2、4、6、8、10、12月记录两组病人门诊的随访率。干预组的平均定期随访率91.27%,高于对照组的74.60%,差异有统计学意义($\chi^2 = 3.985, P = 0.045 1$),见表1。

2.2 干预前后两组临床症状和血清学检测结果比较 干预前两组病人晨僵、握力、关节压痛数、关节肿胀数、ESR、CRP差异无统计学意义($P > 0.05$),经1年的门诊非药物干预治疗后,干预组较对照组各项指标好转更明显,除晨僵两组差异无统计学意义外($P > 0.05$),握力、关节压痛数、关节肿痛数、ESR、CRP均差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 干预前后两组DAS28比较 干预前两组病人疾病活动度指标DAS28差异无统计学意义($P > 0.05$)。经1年干预治疗后,干预组较对照组DAS28指标下降更明显,均差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表1 类风湿关节炎出院病人两组定期随访率的比较/%

组别	例数	随访率						平均随访率
		2个月	4个月	6个月	8个月	10个月	12个月	
对照组	21	90.47	61.90	71.43	57.14	66.67	100.0	74.60
干预组	21	95.24	85.71	85.71	90.48	90.48	100.0	91.27 ^a

注:与对照组相比,^a $\chi^2 = 3.985, P = 0.045 1$

表2 类风湿关节炎出院病人干预前后两组临床症状和血清学检测结果比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	晨僵时间/h	握力/mmHg	关节压痛数/个	关节肿胀数/个	ESR/(mm/h)	CRP/(mg/L)
对照组	21						
干预前		2.24±1.14	34.57±6.90	21.81±4.09	17.81±4.42	59.05±14.27	45.20±10.09
干预后		1.38±1.52	50.33±17.72	15.24±7.71	11.24±7.68	29.57±10.87	22.48±12.13
t 值		2.066	3.797	3.451	3.397	7.530	6.597
P 值		0.045	0.000	0.001	0.002	0.000	0.000
干预组	21						
干预前		2.33±0.76	32.95±6.44	22.00±3.69	18.19±4.81	57.95±12.15	44.19±11.48
干预后		0.88±1.00	67.52±17.64	8.67±6.37	4.95±6.18	21.33±7.28	13.55±6.12
t 值		5.212	8.437	8.305	7.741	11.849	10.792
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
干预后 组间比较							
t 值		1.296	3.245	3.013	2.921	2.885	3.011
P 值		0.216	0.003	0.004	0.006	0.006	0.004

表3 类风湿关节炎出院病人两组干预前后DAS28比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	21	7.30±0.31	5.88±1.32	4.815	0.000
干预组	21	7.32±0.34	4.68±1.18	9.774	0.000
t 值		0.545	3.306		
P 值		0.861	0.002		

注:疾病活动度评价指标使用ESR计算DAS28(DAS28-CRP)(T28为28个关节中的关节压痛数,S28为关节肿胀数),即 $DAS28 = [0.56 \times \sqrt{T28} + 0.28 \times \sqrt{S28} + 0.70 \times \ln(ESR)] \times 1.08 + 0.16$

3 讨论

RA是一种病因尚不完全明确的自身免疫性疾病,如不能有效及时治疗,可累及全身多个系统,致残率很高。中国风湿病学起步较晚,但发展迅速,现在越来越多的医院成立了风湿科,越来越多的医务工作者从事风湿病工作^[1]。RA的治疗是一个综合性治疗过程,目前提倡进行多学科综合诊疗模式和生物-心理-社会医学模式,由于RA致残率很高,治疗周期长,治疗药物副反应较大,病人要经受长期疼痛的折磨,如何对病人进行心理疏导,让病人建立控制疾病的信心至关重要^[12-15]。本研究结果显示,通过1年的门诊非药物综合干预治疗,RA病人对治疗的依从性以及疾病的缓解率均明显提高,对控制疾病的信心明显增强,且年龄越小、病程越短、文化程度越高的病人,其对疾病的重视程度越高,越容易管理,疾病缓解率也越明显。本科室通过建立微信群的方式,增强病人与病人之间、病人与医生之间的沟通交流,收到良好的效果。

但多数病人对RA的治疗仍存在一些误区,笔者建议从以下方面着手解决:(1)政府卫生相关部门应加强对RA知识的健康宣传教育,使普通人群对RA的危害及治疗有基本的认识^[15-16];(2)对夸大宣传、误导病人的不法医疗机构或药品厂家,应加大打击和惩罚力度;(3)从事风湿病专业的临床工作者,应加强自身业务水平学习,耐心对待每一位病人,耐心地讲解相关疾病常识、治疗方法以及药物可能出现的不良反应,让病人建立治疗疾病的信心^[17-18]。

综上所述,对RA病人进行门诊综合干预非常有必要,越早进行干预,缓解率越明显,值得在临床上推广。探讨如何实施更有效的干预措施是我们下一步研究的重点。

参考文献

[1] 中华医学会风湿病学分会.类风湿关节炎诊断及治疗指南[J].

中华风湿病学杂志,2010,14(4):265-270.

- [2] DALE J. Advances in the management of rheumatoid arthritis [J]. Scott Med J, 2015, 60(3): 108-114.
- [3] 余瑾.自我管理教育对类风湿关节炎患者出院后生活质量的影响[J].世界临床医学,2017,11(11):209.
- [4] 邱春媚,李小兰,冯小京.分期运动训练联合健康指导对类风湿关节炎患者关节疼痛和功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2016,13(10):145-147.
- [5] 梁欢.类风湿关节炎患者合并抑郁焦虑的心理干预及效果[J].饮食保健,2017,4(4):173-174.
- [6] BOITSHOKO K, SHIRRA M, JENNIFER W. "It's so hard taking pills when you don't know what they are for": a qualitative study of patients' medicine taking behaviors and conceptualization of medicines in the context of rheumatoid arthritis [J]. BMC Health Services Research, 2017, 17: 303.
- [7] 梁娜娜,张莉芸,张改连,等.类风湿关节炎疾病活动度研究进展[J].中华风湿病学杂志,2016,20(12):849-853.
- [8] 秦晨晏,刘升云,张磊,等.C反应蛋白和红细胞沉降率计算类风湿关节炎患者28个关节疾病活动指数的差异[J].中华风湿病学杂志,2014,18(4):255-258.
- [9] 张伶俐,连军,周亮.类风湿关节炎患者hs-CRP、ESR及RF的临床应用[J].中国农村卫生,2014,10:46-47.
- [10] 陆方林,王斌.甲氨蝶呤与来氟米特联合治疗类风湿性关节炎临床分析[J].安徽医药,2007,11(8):699-700.
- [11] 雷玲,赵毓,米存东.类风湿关节炎病情活动指标与DAS28的相关性研究[J].广西医科大学学报,2008,25(6):893-895.
- [12] 魏永红.类风湿关节炎患者和健康人群心理资本的比较[J].中国药物与临床,2017,17(6):822-823.
- [13] SHADICK NA, SOWELL NF, FRITS ML, et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: a proof-of-concept study [J]. J Rheumatol, 2013, 40(11): 1831-1841.
- [14] JI J, ZHANG L, ZHANG Q, et al. Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis [J]. Health Qual Life Outcomes, 2017, 15(1): 89.
- [15] 程序,倪伟建,张圣雨.应用糖皮质激素对风湿免疫性疾病患者骨密度的影响研究[J].安徽医药,2017,21(12):2326-2329.
- [16] 风湿免疫疾病慢病管理全国护理协作组.类风湿关节炎患者的慢病管理专家共识(2014版)[J].中华风湿病学杂志,2016,20(2):127-131.
- [17] LI LIU, XIN XU, NELI XU, et al. Disease activity, resilience and health related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study [J]. Health and Quality of Life Outcomes, 2017, 15(1): 149.
- [18] CARLOS M GONZÁLEZ, LORETO CARMONA, JAVIER DE TORO, et al. Perceptions of patients with rheumatic diseases on the impact on daily life and satisfaction with their medications: RHEU-LIFE, a survey to patients treated with subcutaneous biological products [J]. Dove Press, 2017, 11: 1243-1252.

(收稿日期:2017-12-23,修回日期:2019-01-12)