

## 护理园地

# 基于三级预防的“互联网+专科医联体”管理对痛风患者的影响

李 红, 邓兰兰, 白 琴, 刘 红, 肖纯玥

**【摘要】 目的** 探讨基于三级预防的“互联网+专科医联体”管理模式在提升痛风患者自我管理的应用效果。**方法** 选择 2017 年 8 月至 2018 年 7 月我院收治的痛风患者 180 例, 随机分为对照组和观察组, 每组各 90 例。对照组患者采用院内慢病管理模式, 观察组患者采用“互联网+专科医联体”管理模式, 持续干预 6 个月, 对比 2 组患者自我管理能力、尿酸达标率及生活质量。**结果** 观察组患者干预后自我管理评分( $112.37 \pm 11.80$ )及尿酸达标率(87.8%)均高于对照组[( $103.93 \pm 12.40$ )、(64.4%)], 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组干预后的社会功能( $94.56 \pm 2.04$ )、生命活力( $84.83 \pm 1.93$ )两个维度和精神健康总得分( $86.73 \pm 1.80$ )高于对照组[( $87.46 \pm 3.82$ )、( $78.73 \pm 2.69$ )、( $82.36 \pm 2.36$ )], 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 基于三级预防的“互联网+专科医联体”管理模式能够有效提升痛风患者的自我管理能力, 提高患者尿酸达标率, 改善患者的生活质量。

**【关键词】** 痛风; 三级预防; 互联网+专科医联体; 自我管理; 生活质量

**【中图分类号】** R473.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2020)01-0088-03

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2020.01.021

## 0 引 言

痛风是由于尿酸生成增多和(或)尿酸排泄减少而导致的血尿酸升高, 尿酸盐结晶沉积在关节以及周围组织和肾中, 引起的自身炎症反应及关节形态改变的一种代谢性疾病<sup>[1]</sup>。近年来, 随着经济生活水平的提高以及生活方式的改变, 我国的痛风患病率约 1%~15%<sup>[2]</sup>。痛风不仅会引起关节剧烈疼痛, 还会诱发加重其他疾病的发生和发展。有研究表明, 痛风与代谢综合征、心血管疾病、肾病等密切相关<sup>[3]</sup>。尿酸持续达标是难治性痛风治疗的关键。罗卉等<sup>[4]</sup>调查显示, 目前我国痛风患者的随访率和血尿酸水平达标率仍很低, 因此迫切需要加强对痛风患者的长期规范化管理。本研究在我院收治的痛风患者中实施基于三级预防的“互联网+专科医联体”管理模式, 探讨其在提升痛风患者自我管理能力、血尿酸水平达标率及生活质量中的应用效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用方便抽样的方法, 选取 2017 年 8 月至 2018 年 7 月我院风湿免疫科收治的 180 例痛风患者作为研究对象, 按照入院时间先后顺序编号, 奇数号作为对照组, 偶数号作为观察组, 每组各 90 例。对照组男 87 例, 女 3 例; 年龄 19~70 岁, 平均年龄( $52.07 \pm 12.94$ )岁; 学历: 小学及以下 21 例, 中学 56 例, 大学及以上 13 例; 病程 1~7 年, 平均病程( $3.08 \pm 1.77$ )年; BMI 值 17.40~31.74, 平均 BMI 值( $25.03 \pm 3.39$ )。观察组男 89 例, 女 1 例; 年龄 18~70 岁, 平均年龄( $51.13 \pm 12.12$ )岁; 学历: 小学及以下 24 例, 中学 47 例, 大学及以上 19 例; 病程 1~8 年, 平均病程( $2.76 \pm 2.00$ )年; BMI 值 15.79~31.51, 平均 BMI 值( $24.24 \pm 3.47$ )。纳入标准: ①符合 2015 年欧洲抗风湿病联盟(EULAR)/美国风湿病协会(ACR)诊断标准<sup>[5]</sup>; ②18 周岁≤年龄≤70 周岁, 确诊时间≥1 年; ③意识清楚, 能进行正常书写或交流者; ④知情同意, 自愿参加本研究。排除标准: ①恶性肿瘤患者; ②合并心肝肾等重要器官功能损害疾病者; ③严重认知及精神障碍者。本研究经医院伦理委员会批准(批准号: S2017039)。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 方法** 对照组采用院内慢病管理模式进行

基金项目: 绵阳市卫生和计划生育委员会科研课题(201749)

作者单位: 621000 绵阳, 绵阳市中心医院内科部(李 红), 免疫科(邓兰兰、刘 红、肖纯玥), 血透室(白 琴)

通信作者: 邓兰兰, E-mail: denglanlan162@163.com

管理:入院确诊后由专科护士进行疾病评估,建立个人档案,收集相关资料,纳入慢病管理,给予规范治疗与护理、健康教育、出院指导、电话随访等。观察组采用基于三级预防的“互联网+专科医联体”模式进行管理。

**1.2.1 建立痛风管理信息平台** 依托我院自主开发设计的慢病管理系统,风湿免疫科医护人员联合信息科共同建立了痛风管理信息平台,可对接各专科医联体医院 HIS 系统,实现信息共享。在医院门诊或住院部的病历诊断中确诊了“痛风”或“男性血尿酸值高于 420  $\mu\text{mol/L}$ 、女性血尿酸值高于 360  $\mu\text{mol/L}$ ”的患者信息系统自动提取推送至风湿免疫科痛风管理界面;其次,患者会收到“就诊提醒”的消息,初步实现“专病专治”的目标,避免误诊。医护人员在痛风管理信息平台上能直接查看患者的检验报告结果和个人基本信息。

**1.2.2 “互联网+专科医联体”三级预防管理模式**

①一级预防:减少痛风危险因素,从源头上控制痛风发生。以倡导健康的生活方式为主,开展多种途径、多种形式的健康宣教。由我院风湿免疫科制定痛风患者健康教育标准,通过医院官网、微信平台、互联网医院平台等多途径加强患者教育,提高患者的疾病知识知晓率。同时,定期联合医联体单位到社区开展痛风及高尿酸血症健康巡讲、发放健康宣传资料,为居民讲解痛风、高尿酸血症的相关知识,提高居民对高尿酸血症及痛风的认识。②二级预防:早诊断高尿酸血症和痛风,并及时干预以改善病情。根据 BMI 值、血尿酸值及有无合并症制定出个体化的管理方案,管理方案包括:健康饮食、限制烟酒、坚持运动、控制体重、药物的合理使用等。监督患者正确、规律服药,由社区医院组织定期监测并记录血尿酸水平,对未达标患者针对高嘌呤饮食、饮酒、不当活动等再次加强宣教。③三级预防:控制病情、减少并发症为主。对并发症、合并症较多、血尿酸水平波动较大、多次血尿酸水平不达标患者于风湿免疫科专科门诊随访,负责调整用药。同时痛风患者可在我院互联网医院平台上进行线上图文咨询、视频咨询、线上开具检查单、线上交

费、线上开药、药品送到家等一站式服务。同时与社区医院沟通,做好二级预防。④三个层级的综合管理贯穿于患者从门诊、入院、出院、复诊全过程,真正落实了痛风患者全程管理。医院定期总结,每月召开慢病管理质量控制会议;举办各种类型的基层医师培训班;鼓励患者在社区诊治和随访;同时建立相应的转诊机制及医院专家会诊机制。

**1.3 评价指标** ①自我管理能力,采用张凡<sup>[6]</sup>编制的痛风患者自我管理问卷,包含饮食管理、运动管理、吸烟饮酒管理、信息管理和用药随访管理五个维度,共 30 个条目,最低分 30 分,最高分 150 分。其中 30~70 分评定为自我管理水平差,71~110 分评定为自我管理水平中等,111~150 分评定为自我管理水平好。②尿酸达标率,记录患者每次测量尿酸数值,男性超过 420  $\mu\text{mol/L}$  为高尿酸血症,女性超过 360  $\mu\text{mol/L}$  为高尿酸血症,达标的尿酸浓度为 300  $\mu\text{mol/L}$ 。③生活质量,采用 Stewart 等<sup>[7]</sup>研制的简明健康状况测量量表,该量表共 36 个条目,包括生理功能、生理职能、身体疼痛、总体健康、生命活力、社会功能、情感职能 8 个维度和 1 个健康变化,8 个维度被进一步归为躯体健康总评和精神健康总评两类。中文版 SF-36 量表各维度内部一致性 Cronbach's  $\alpha$  为 0.72 ~ 0.88,重测信度为 0.66 ~ 0.94<sup>[8]</sup>。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计数资料以例数和百分数表示,采用  $\chi^2$  检验。计量资料符合正态分布采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验;不符合正态分布,采用非参数 Mann-Whitney U 秩和检验。以  $P \leq 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 自我管理能力及尿酸达标率** 观察组患者干预后自我管理能力评分及尿酸达标率均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 生活质量** 观察组干预后的社会功能、生命活力两个维度和精神健康总评得分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 入组患者自我管理能力及尿酸达标率比较

组别	<i>n</i>	自我管理能力( $\bar{x} \pm s$ ,分)		尿酸达标率[n(%)]	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	90	79.20 $\pm$ 10.80	103.93 $\pm$ 12.40	35(38.9)	58(64.4)
观察组	90	81.37 $\pm$ 11.09	112.37 $\pm$ 11.80*	42(46.7)	79(87.8)*

与对照组干预后比较,\* $P < 0.05$

表 2 入组患者生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

项目	对照组(n=90)		观察组(n=90)		P 值
	干预前	干预后	干预前	干预后	
生理功能	87.46±2.05	88.15±2.29	86.50±2.12	87.80±32.10	0.175
生理职能	71.15±8.05	72.27±8.15	73.33±7.29	74.67±5.48	0.343
情感职能	78.92±7.57	82.05±7.45	81.78±5.17	84.44±6.13	0.562
社会功能	85.59±2.15	87.46±3.82	87.63±3.10	94.56±2.04	0.034
躯体疼痛	80.15±2.22	82.00±3.75	80.74±3.79	85.40±2.68	0.255
生命活力	78.65±2.14	78.73±2.69	79.00±2.52	84.83±1.93	0.046
精神健康	78.69±2.36	79.15±2.05	82.87±2.15	84.87±1.98	0.607
总体健康	56.19±4.63	61.00±4.16	54.00±4.63	61.00±4.01	0.528
躯体健康总评	75.06±2.52	75.19±2.90	73.05±2.91	77.43±2.51	0.053
精神健康总评	82.38±2.04	82.36±2.36	83.40±2.17	86.73±1.80	0.037

### 3 讨 论

痛风属于慢性疾病,临床发病率较高,具有病程长、复发率高等特点,使患者身心受到严重影响。高尿酸血症、高胆固醇血症、高三酰甘油血症、高舒张压 4 个因素为痛风发病的危险因素<sup>[9]</sup>。痛风治疗应积极降尿酸治疗并使症状、体征得到有效、持续地改善,同时因为病情发作与患者自身行为习惯相关,受自身管理能力影响,因此应采取有效措施提升患者自我管理能力<sup>[10]</sup>。

本研究将“互联网+专科医联体”管理模式应用在痛风患者三级预防之中,实现了医疗资源共享、患者信息共享、分工协作的管理模式<sup>[11]</sup>,结果表明,与院内慢病管理相比,此种模式能显著提高痛风患者自我管理能力,促进尿酸达标率,与赵瑞丽等<sup>[12]</sup>研究结果一致。本研究结果显示,实施“互联网+专科医联体”管理模式后,观察组 SF-36 社会功能、生命活力两个维度和精神健康总评分明显上升,表明此种管理模式对痛风患者生活质量的提高产生了积极的影响。传统的通过院内护理环节进行痛风疾病知识宣教形式单一,效果不佳,本研究在医联体单位建立了统一的痛风患者健康教育标准,通过联合举办健康讲座、医院官方网站、微信平台等多途径、多形式宣教,使患者更加注重疾病的自我管理。同时通过互联网医院平台,促使不同医院之间互相联通,以便患者能够通过网络平台获取多种服务,加强了患者的管理水平和效能。

本研究利用移动互联网技术,创新痛风慢病管理新机制。通过与医联体单位联动,切实践行分类、分级诊疗,畅通双向转诊通道,让患者在社区有效解决部分问题,不能解决的问题及时转诊至综合

医院。在慢病管理的基础上开展的基础及临床研究取得一定成果,证实慢病管理模式的可行性及有效性,同时利用该平台开展痛风的其它相关临床研究,值得临床推广。

### [参考文献]

- [1] Chowalloor PV, Keen HI. A systematic review of ultrasonography in gout and asymptomatic hyperuricaemia [J]. *Ann Rheum Dis*, 2013, 72(5):638.
- [2] 王 辰,王建安. 内科学[M]. 3 版.北京:人民卫生出版社, 2015: 1227-1228.
- [3] Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, et al. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors[J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2015, 11(11):649-662.
- [4] 罗 卉,方卫纲,左晓霞,等.我国痛风患者临床特点及诊疗现状分析[J].*中华内科杂志*,2018,57(1):27-31.
- [5] Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [J]. *Ann Rheum Dis*, 2015, 74(10): 1789-1798.
- [6] 张 凡. 痛风患者自我管理现状及影响因素的研究[D].青岛大学,2017.
- [7] Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population[J]. *Med Care*, 1988, 26(7):724-735.
- [8] 李 鲁,王红妹,沈 毅.SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J].*中华预防医学杂志*,2002,36(2):109-113.
- [9] 叶德邵,徐 霞,张兰玲,等.痛风性关节炎发病的危险因素[J].*东南国防医药*,2015,17(5):461-463.
- [10] 吴燕红,钟银艳.护理干预对痛风患者自我管理疾病能力水平的影响观察[J].*中国实用医药*,2018,13(35):176-177.
- [11] 陈西美,刘维连.“互联网+”模式下的医联体建设探讨[J].*现代经济信息*,2018(3):114.
- [12] 赵瑞丽,杨洪喜,郭立双.延续性护理对痛风出院患者自我管理能力及生活质量影响的研究[J].*河北医科大学学报*,2018, 39(2):228-231.

(收稿日期:2019-09-03; 修回日期:2019-09-23)  
(责任编辑:刘玉巧)