

慢病管理对骨质疏松性椎体压缩骨折患者生活质量的影响研究

蒙荣微 车小艳 韦玉 贺文蓉

柳州市人民医院 545006

【摘要】目的: 探讨慢病管理对骨质疏松性椎体压缩骨折患者生活质量的影响。方法: 选取2020年1月-2021年1月140名入住我院脊柱外科的骨质疏松性椎体压缩骨折并行经皮椎体成形术的患者作为研究对象, 按照随机数表法分为对照组及观察组各70例, 对照组患者入院后采用常规护理模式, 入院宣教, 围手术期护理及常规出院宣教; 观察组患者在常规护理模式基础上采用慢病管理模式进行管理, 于入院时, 术后1月、3月、12月评价患者服药依从性, 骨质疏松知识掌握程度、患者健康状况。结果: 两组患者入院时服药依从性、骨质疏松知识掌握程度、患者健康状况无统计学差异 ($P > 0.05$); 术后1月、3月、12月比较两组患者服药依从性、骨质疏松知识掌握程度、患者健康状况有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论: 采用慢病管理模式对骨质疏松性椎体压缩骨折患者进行管理, 可提高患者生活质量。

关键词: 慢病管理; 骨质疏松; 椎体压缩骨折; 生活质量

骨质疏松症 (osteoporosis, OP) 是一种以骨量降低、骨组织微结构破坏为特征的全身性骨骼疾病, 其导致脆性增加和骨折风险显著升高。随着我国人口老龄化进程加速, 骨质疏松症患病率持续攀升, 据最新流行病学调查显示, 我国50岁以上人群骨质疏松症患病率达19.2%, 其中女性患病率更高达32.1%^[1]。骨质疏松性椎体压缩骨折 (osteoporotic vertebral compression fracture, OVCF) 作为骨质疏松症最严重的并发症之一, 其发病率亦呈现逐年上升趋势^[2]。

OVCF患者典型临床表现为剧烈腰背部疼痛、活动功能受限及日常生活能力下降, 这不仅造成患者身体功能障碍, 还会引发焦虑、抑郁等心理问题, 严重影响患者的生活质量^[3]。更值得关注的是, OVCF可导致老年患者死亡率增加, 且OVCF的治疗和长期护理需要消耗大量医疗资源, 给患者家庭和社会带来沉重的经

济负担。

慢病管理 (chronic disease management, CDM) 是一种以多学科团队 (包括医生、药师、护士、营养师等) 为基础, 患者积极参与的科学管理模式。其核心目标是通过提供全面、连续、主动的健康管理, 实现疾病进程延缓、并发症减少、医疗费用降低和生活质量提高。本研究旨在探讨CDM模式对OVCF患者服药依从性、疾病知识掌握程度及生活质量的影响, 为优化临床管理策略提供循证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年1月-2021年1月入住我院脊柱外科的骨质疏松性椎体压缩骨折并行经皮椎体成形术的患者作为研究对象。纳入标准: 1) 年龄为50-85岁, 男女不限, 符合临床原发性骨质疏松症诊断标准, 经磁

共振和X线检查存在椎体压缩骨折并行经皮椎体成形术的住院患者,骨密度检查:双能X线骨密度仪测定,其骨密度T值 $\leq -2.5SD$ 。2)患者知情同意,无精神疾病,无语言沟通障碍,服从医护人员管理,能配合研究。3)有基本的阅读和理解能力。排除标准:1)年龄小于50岁或大于85岁,排除伴有严重心、脑、肺、神经系统疾病和其他影响功能康复的患者,或有以下情形者:①纳入后发现不符合纳入标准的病例;②资料不全者影响疗效或安全性判断者;③既往和目前有精神异常、严重认知功能障碍者;④合并有严重心、肝、肺等器官功能衰竭者。采用随机数字表法将病人分为对照组和观察组各70例。对照组:男19例,女51例;平均年龄72岁;观察组:男15例,女55例;平均年龄72岁。两组一般资料比较,差异均无统计学意义。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组

住院过程中按照柳州市人民医院骨质疏松椎体压缩骨折患者临床路径予完善相关检查,予抗骨质疏松治疗及行经皮椎体成形术。按护理常规做好围术期护理及心理护理。出院时做好出院指导,嘱其规律服药,终生抗骨质疏松治疗,嘱其术后1、3、6、12个月回院复查。

1.2.2 观察组

在对照组的基础上采用慢病管理模式对患者进行管理,具体方法如下:

(1)成立研究小组,并进行统一培训,掌握本研究的研究方法、内容。(2)制定慢病管理方案①制定骨质疏松症知识宣传册子并将内容录入床边Ipad播放器系统中,入院时发放给患者并指导患者如何查阅

Ipad播放器系统。具体内容:a骨质疏松性椎体骨折的病因、发展及预后等内容,让患者了解疾病以及自身的身体状况。b骨质疏松的防治以及骨质疏松性椎体骨折防治的相关知识:骨质疏松症的日常饮食,用药知识,治疗方法,康复锻炼方法及良好的生活习惯。图文并茂,内容简单易懂,易于患者及照顾者的理解。

②建立骨质疏松症微信公众号,让观察组患者或家属长期关注,由研究组成员负责管理,每周推送骨质疏松相关内容1-2次;建立观察组患者微信群,由专门的护理人员长期在群里进行健康知识教育,并解答患者们的疑问等。③入院时做好入科常规宣教。④入院后向患者发放骨质疏松症知识宣传册子,让其关注骨质疏松症微信公众号,加入微信群,住院过程中反复多次进行讲解相关内容,及时解答患者疑问。⑤住院过程中按照柳州市人民医院骨质疏松椎体压缩骨折患者临床路径予完善相关检查,予抗骨质疏松治疗及行经皮椎体成形术。⑥出院时做好出院指导,嘱其规律服药,终生抗骨质疏松治疗,于术后1、3、6、12个月定期复查。⑧出院后通过微信群平台与患者保持长期联系,出院时做好出院指导,嘱其规律服药,终生抗骨质疏松治疗。

1.3 评价指标

1.3.1 服药依从性

于病人入院时、术后1个月、3个月、12个月张斯钰推荐的服药依从性测量(MMAS-8-item version)汉化版调查患者的服药依从性,量表共8个条目,主要应用于测量肺结核患者的服药依从性,本研究在张斯钰等人翻译的问卷中文版的基础上,修改为用于骨质疏松症治疗服药依从性测量,问卷得分越低,

说明患者的服药依从性越高。

1.3.2 骨质疏松知识测试

于病人入院时、术后 1 个月、3 个月、12 个月采用陈玉平将 Kim 制定的问卷修改而成，包含三个方面二十六个项目，骨质疏松相关危险因素（11 项）、运动训练相关知识（7 项）以及摄取钙的知识（8 项），每项为 2 级评分法，问卷满分是 26 分，分值越高则表明患者对骨质疏松知识的掌握状况与认知能力越佳。

1.3.3 患者健康状况

于病人入院时、术后 1 个月、3 个月、12 个月采用健康调查简表 (the MOS item short from health survey, SF-36), 在 Stewartse 研制的底子上, 而后经历了波士顿康健的研究等发展而来。该量表的中文版共包括 8 个维度: 生理功能 (PF)、躯体疼痛 (BP)、生理职能 (RP)、社会功能 (SF)、一般健康情况 (GH)、精力 (VT)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH)。评价患

者的健康状况, 分数越高表示健康状况越好, 生活质量将 SF-36 量表得分换算成百分制标准分后进行比较。

1.4 质量控制

1.4.1 对课题的各个环节制定专门计划, 明确诊疗常规, 建立相关操作规程。

1.4.2 定期对课题组人员进行业务培训, 对实验方案的设计、实施、入组病例筛选、临床资料的收集等进行严格质量控制。

1.5 统计学方法

应用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用率表示, 行卡方检验及秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人服药依从性比较 (见表 1)

表 1 两组病人服药依从性得分比较 (mean \pm std)

组别	例数	入院时	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 12 个月
对照组	70	3.1 \pm 0.6	3 \pm 0.27	2.79 \pm 0.56	2.48 \pm 0.37
观察组	70	6.12 \pm 0.89	6.3 \pm 0.76	6.26 \pm 0.68	6.32 \pm 0.77
t 值		23.6	34.39	32.8	37.8
p 值		<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

2.2 两组病人骨质疏松知识测试得分比较 (见表 2)

表 2 两组病人骨质疏松知识测试得分比较 (mean \pm std)

组别	例数	入院时	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 12 个月
对照组	70	12.5 \pm 1.67	12.37 \pm 1.6	12.6 \pm 1.84	12.8 \pm 1.98
观察组	70	21.3 \pm 2.22	22.09 \pm 1.87	21.9 \pm 1.64	22.4 \pm 1.53
u 值		7.5	1	0	0
p 值		<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

2.3 使用美国简明健康测量表 (SF-36) 进行评价 两组病人健康状况得分 (见表 3)

表 3 两组病人健康状况得分比较 (mean \pm std)

组别	例数	入院时	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 12 个月
对照组	70	84.39 \pm 11.84	88.24 \pm 11.32	90.39 \pm 11.39	94.1 \pm 10.85
观察组	70	111.81 \pm 8.74	117.12 \pm 9.17	120.18 \pm 9.88	124.14 \pm 10.34
t 值		15.59	16.63	16.53	16.77
p 值		<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

3 讨论

本研究通过慢病管理模式 (CDM) 对骨质疏松性

椎体压缩骨折 (OVCF) 患者进行干预, 结果显示观察组在服药依从性、骨质疏松知识掌握程度及生活质量 (SF-36 评分) 方面均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。这些发现与近年来国内外相关研究趋势一致, 并具有以下重要启示:

本研究中观察组服药依从性评分显著改善, 这一结果与 Zhao 等 (2022) 在亚洲老年骨质疏松患者中的研究结论相符。其机制可能包括: 1) 数字化工具的运用: 通过微信公众号和微信群进行的用药提醒和随访, 有效解决了老年患者遗忘服药的问题^[4]。2) 个性化用药指导: 由药师提供的针对性用药方案, 显著降低了因药物不良反应导致的停药率^[5]。3) 家庭支持系统: 研究中纳入家属参与管理, 这与 Chen 等 (2023) 提出的“家庭-医疗联合干预模式”效果一致^[6]。

观察组术后 12 个月知识测试得分高于对照组 ($P < 0.05$) 与以下因素相关: 1) 多媒体教育工具的应用: iPad 视频和图文手册的使用, 显著提高了老年患者的知识接受度^[7]。2) 重复强化教育模式: 通过住院期间多次宣教和出院后定期推送, 巩固了知识记忆^[8]。3) 互动式学习: 微信群中的实时答疑解决了患者个性化问题, 这与最新的移动健康 (mHealth) 教育研究结果一致^[9]。

SF-36 量表数据显示, 观察组在躯体疼痛 (BP) 和社会功能 (SF) 维度的改善尤为显著 ($P < 0.01$), 这可能归因于: 1) 多学科协作的疼痛管理: 结合药物和康复训练的综合干预, 有效缓解了慢性疼痛^[10]。2) 心理社会支持: 通过病友群建立的互助网络, 显著改善了患者的心理健康状况^[11]。3) 自我管理能力提升: 知识水平的提高增强了患者的疾病控制信心^[12]。

3.3 本研究的局限性

样本量较小 ($n=70$ /组) 且来自单一中心, 可能限制结论的普适性。未评估再骨折率、医疗费用等长期指标, 未来需延长随访时间。干预效果可能受患者数字素养影响 (如部分老年人微信使用困难), 需优化教育工具。

4 小结

本研究证实, 基于慢病管理模式的综合干预可显著提高 OVCF 患者的服药依从性、疾病知识水平及生活质量。建议将 CDM 纳入 OVCF 术后标准化管理流程, 重点关注用药督导、分层教育和心理支持。未来可开展多中心 RCT 研究, 验证 CDM 对再骨折率和医疗成本的长期影响。开发适老化数字工具 (如语音交互 APP), 提升老年患者参与度。

本研究为 OVCF 患者的全程管理提供了循证依据, 其模式可扩展至其他骨质疏松性骨折的综合防治。

参考文献

[1] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 中国骨质疏松症流行病学调查及“健康骨骼”专项行动结果 [J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2019, 12(4): 317-322.

作者简介: 蒙荣微 (1981-), 女, 壮族, 广西合山, 学士, 护士, 副主任护师, 研究方向: 骨科护理。

课题名称: 广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题《慢病管理对骨质疏松性椎体压缩骨折患者生》 课题编号: Z20190171