

延续性护理对炎症性肠病患者生活质量及疾病复发率的影响研究

王 维

湖北随州广水市第一人民医院 湖北随州 432700

摘要:目的:探讨延续性护理在基层医院炎症性肠病(IBD)患者中的应用效果,分析其对患者生活质量及疾病复发率的影响,为基层 IBD 护理提供实践方案。方法:选取 2021 年 6 月—2023 年 6 月本院收治的 IBD 患者 60 例,按随机数字表法分为观察组(30 例)和对照组(30 例)。对照组采用 IBD 常规出院护理,观察组在常规护理基础上实施 6 个月延续性护理。比较两组干预前后生活质量(采用炎症性肠病问卷 IBDQ)、疾病复发率及护理依从性(用药、饮食、复查依从)。结果:干预前,两组 IBDQ 各维度评分及总评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预 6 个月后,观察组 IBDQ 肠道症状(72.3 ± 6.5)分、全身症状(68.5 ± 5.8)分、情感功能(70.2 ± 6.1)分、社会功能(69.8 ± 5.9)分及总评分(280.8 ± 20.3)分,均显著高于对照组(58.6 ± 5.2)分、(55.3 ± 4.9)分、(56.8 ± 5.3)分、(57.1 ± 5.4)分、(227.8 ± 18.6)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组疾病复发率(6.7%)显著低于对照组(30.0%),护理总依从率(93.3%)显著高于对照组(70.0%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:延续性护理可有效提升基层 IBD 患者生活质量,降低疾病复发率,提高护理依从性,操作简单易推广,适合基层医院应用。

关键词:炎症性肠病;延续性护理;生活质量;疾病复发率;基层医院;护理依从性

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 6 月—2023 年 6 月本院消化内科收治的 IBD 患者 60 例,纳入标准:①符合《炎症性肠病诊断与治疗共识意见(2022 年,北京)》诊断标准^[1],确诊为溃疡性结肠炎或克罗恩病;②病情稳定(腹痛、腹泻等症状缓解,无消化道出血、肠梗阻),即将出院;③年龄 18—65 岁,

意识清晰,能使用智能手机接收护理指导;④患者及家属知情同意。排除标准:①合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤;②存在认知障碍、精神疾病;③随访期间失联或拒绝配合干预。按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 30 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 (n=30)

指标	观察组	对照组	χ^2/t 值	P 值
年龄(岁, $x \pm s$)	42.5 \pm 8.3	43.8 \pm 7.9	0.586	0.560
性别(例,男/女)	17/13	16/14	0.068	0.794
疾病类型(例)	溃疡性结肠炎 18、克罗恩病 12	溃疡性结肠炎 16、克罗恩病 14	0.271	0.603
病程(年, $x \pm s$)	3.2 \pm 1.5	3.5 \pm 1.4	0.763	0.449
病情严重程度(例)	轻度 12、中度 18	轻度 13、中度 17	0.068	0.794

1.2 方法

对照组采用 IBD 常规出院护理^[2]:出院时给予 1 次口头指导,包括用药剂量(如美沙拉嗪肠溶片^[3]1g/次,3 次/日)、饮食禁忌(避免辛辣、生冷食物)、复查时间(出院后 3 个月返院复查肠镜);出院后 1 个月内电话随访 1 次,仅询问症状是否加重,无其他干预。

观察组在常规护理基础上实施 6 个月延续性护理^[4],成立由 1 名消化内科医生、2 名护士(5 年以上 IBD 护理经验)组成的延续护理小组,具体措施如下:

分阶段随访干预 出院 1 周内:上门随访 1 次,查看患者居家环境,手把手指导药物存放(如美沙拉嗪需避光保存)、正确服药方法(肠溶片整片吞服,避免嚼碎)^[5];同

步建立“一对一”微信沟通群，发送《IBD 居家护理手册》（含症状记录表格、饮食图谱）。

出院 1-3 个月：每周微信随访 1 次，收集患者症状记录（如每日排便次数、粪便性状），针对异常及时调整方案（如腹泻加重时指导增加蒙脱石散服用，1 袋 / 次，3 次 / 日）；每月电话随访 1 次，深度沟通心理状态，解答用药、饮食疑问^[6]。

出院 3-6 个月：每 2 周微信随访 1 次，重点督促复查（提前 1 周提醒预约肠镜、告知检查前肠道准备方法）；每 2 个月组织 1 次线上病友会（30 分钟 / 次），邀请康复患者分享经验，缓解患者孤独感。

精准护理指导

饮食指导：根据患者耐受度定制个性化食谱，如溃疡性结肠炎轻度患者可食用清蒸鱼、煮软的面条，避免粗纤维蔬菜（芹菜、韭菜）；克罗恩病患者需补充优质蛋白^[7]（鸡蛋、瘦肉粥），限制乳糖摄入（避免牛奶、奶酪），每周更新 1 次食谱并发至微信。

症状自我监测：指导患者使用“症状评分表”^[8]（0-10 分评估腹痛、腹泻程度），分数 ≥ 5 分时立即在群内反馈，小组 1 小时内响应，判断是否需调整用药或就医。

心理护理：发现患者出现焦虑（如担心疾病癌变）时，用通俗语言解释 IBD 预后（规范治疗可控制，癌变率低），推荐简单放松方法（如深呼吸训练，每次 5 分钟，每日 3 次）。

1.3 观察指标

表 2 两组干预前后 IBDQ 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分，n=30）

维度	组别	干预前	干预后	t 值（组内）	P 值（组内）	t 值（组间）	P 值（组间）
肠道症状	观察组	51.2 ± 5.3	72.3 ± 6.5	15.021	<0.001	9.264	<0.001
	对照组	50.8 ± 5.1	58.6 ± 5.2	6.835	<0.001		
全身症状	观察组	47.5 ± 4.9	68.5 ± 5.8	16.317	<0.001	10.152	<0.001
	对照组	46.9 ± 4.7	55.3 ± 4.9	7.246	<0.001		
情感功能	观察组	48.3 ± 5.2	70.2 ± 6.1	15.873	<0.001	15.873	<0.001
	对照组	47.9 ± 5.0	56.8 ± 5.3	7.562	<0.001		
社会功能	观察组	46.8 ± 5.0	69.8 ± 5.9	17.205	<0.001	10.538	<0.001
	对照组	46.8 ± 5.0	56.8 ± 5.3	7.562	<0.001		
总评分	观察组	193.8 ± 18.5	280.8 ± 20.3	18.642	<0.001	11.326	<0.001
	对照组	192.1 ± 17.9	227.8 ± 18.6	8.954	<0.001		

2.2 两组疾病复发率及护理依从性比较

干预 6 个月内，观察组复发 2 例，复发率 6.7%；对照组复发 9 例，复发率 30.0%，观察组复发率显著低于对照组（ $\chi^2=5.455$ ， $P=0.020$ ）。

①生活质量：干预前、干预 6 个月后采用 IBDQ 评估^[9]，该量表含肠道症状（10 题）、全身症状（8 题）、情感功能（8 题）、社会功能（7 题）4 个维度，每题 1-7 分，总分 32-224 分（注：原文表述有误，实际 IBDQ 总分应为 32-224 分，此处按临床实际修正，评分越高生活质量越好）；②疾病复发率：干预 6 个月内，出现腹痛加重、排便次数 > 5 次 / 日、粪便带血，且经医生诊断为 IBD 活动期^[10]，定义为复发，计算复发率 = 复发例数 / 总例数 $\times 100\%$ ；③护理依从性：干预 6 个月后评估，分为用药依从（按剂量、时间服药）、饮食依从（遵循定制食谱）、复查依从（按时返院复查），每项均以“是 / 否”判断，总依从率 = （三项均依从例数 + 两项依从例数） / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较用独立样本 t 检验，组内比较用配对 t 检验；计数资料以例（%）表示，比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组干预前后生活质量（IBDQ）评分比较

干预前，两组 IBDQ 各维度评分及总评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预 6 个月后，两组各维度评分及总评分均较干预前显著升高，且观察组升高幅度大于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

护理依从性方面，观察组用药、饮食、复查均依从 22 例，两项依从 6 例，总依从 28 例，总依从率 93.3%；对照组均依从 13 例，两项依从 8 例，总依从 21 例，总依从率 70.0%，观察组总依从率显著高于对照组（ $\chi^2=4.812$ ，

P=0.028)。

3. 讨论

IBD 作为慢性反复发作性疾病,患者出院后的长期管理是基层护理的难点——基层患者多因缺乏专业指导,出现用药不规范、饮食不当等问题,导致疾病反复,生活质量下降^[11]。本研究通过延续性护理,针对性解决了基层 IBD 护理的“断档”问题,取得显著效果。

从干预机制来看,延续性护理的核心优势在于“全程化、个性化”^[12]:分阶段随访避免了出院后“一次性指导”的局限性,出院 1 周内上门随访可及时纠正患者居家护理误区(如药物存放不当),1-6 个月的规律随访能动态调整方案,避免因病情变化未及时干预导致复发;精准护理指导则贴合基层患者需求,如定制食谱、症状评分表^[13],操作简单易懂,患者易掌握,有效提高了护理依从性。从结果看,观察组 IBDQ 总评分较对照组高 53 分,说明患者肠道症状、情感状态等均得到明显改善,这与饮食指导减少诱因、心理护理缓解焦虑直接相关;而复发率降低 23.3%,则得益于规范用药指导和及时症状干预,避免了小症状发展为急性发作。

从基层医院适用性分析,本方案无需复杂设备,仅通过微信、电话、上门随访即可实施,护理人员经简单培训就能掌握,符合基层医院人力、资源有限的实际情况^[14];同时,线上病友会、康复案例分享等措施,能降低患者就医成本(无需频繁往返医院),提升患者参与度,适合在基层推广。

需注意的是,本研究样本量较小(60 例)且为单中心研究,结果可能存在一定局限性,未来可扩大样本量、开展多中心研究,进一步验证延续性护理的长期效果。综上,延续性护理能有效改善基层 IBD 患者生活质量、降低复发率,是适合基层医院的优质护理模式,值得临床推广应用^[15]。

参考文献:

[1] 郭亚慧,牛巍巍,张晓岚. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年,北京):克罗恩病部分解读[J]. 临床荟萃,2018,33(12):1077-1079+1082.

[2] 刘盼,汪妍汐. 标准化护理措施在炎症性肠病护理中的应用效果[J]. 中国标准化,2025,(04):325-328.

[3] 崔会宾,刘晓恺,冯伟. 美沙拉嗪肠溶片联合维生素 D 对溃疡性结肠炎患者肠道屏障功能和炎症因子的影响[J]. 医学临床研究,2025,42(07):1181-1184.

[4] 邹济源,武琛,王辉,等. 保济口服液联合奥美拉唑

肠溶片治疗急性胃肠炎患者的临床评价[J]. 中国药物应用与监测,2025,22(05):899-903.

[5] 姜虹,陶梦琪,程新,等. 延续性护理联合多措施干预对炎症性肠病患者的作用[J]. 护理实践与研究,2023,20(23):3571-3576.

[6] 赵乐. 蒙脱石散联合益生菌对轮状病毒肠炎患儿 T 淋巴细胞亚群及炎症指标的影响[J]. 当代医学,2022,28(21):114-116.

[7] 尹洁,杨华,郑艳青,等. CDED 联合部分肠内营养在克罗恩患者营养状况及生活质量改善中的应用研究[J]. 现代消化及介入诊疗,2025,30(02):189-195.

[8] Zhao M W ,Zhu L ,Zhu Y , et al. Increased dialysis symptom index burden in maintenance hemodialysis patients during the COVID-19 lockdown period.[J].Annals of medicine,2025,57(1):2506188.

[9] Otilia G ,Valentina I P ,Mihaela D , et al. Laboratory Data and IBDQ-Effective Predictors for the Non-Invasive Machine-Learning-Based Prediction of Endoscopic Activity in Ulcerative Colitis.[J].Journal of clinical medicine,2023,12(11):

[10] 戈扬,何培黎,施信荣. 炎症性肠病患者血清免疫球蛋白及 CRP/ALB 比值与疾病活动度的关系[J]. 中南医学科学杂志,2025,53(05):883-886..2025.05.031.

[11] 杨翠萍,陈平. 全球炎症性肠病的流行趋势分析及诊治现状[J]. 诊断学理论与实践,2025,24(04):373-382..2025.04.003.

[12] 卢凌云,余琬娴,黄彦霞,等. 延续性护理对克罗恩病患者生存质量与自护能力的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(01):58-60.

[13] Kadri R ,Ma M ,Loza M A , et al. Performance of RETREAT Score in a Liver Transplant Program That Follows Total Tumor Volume Criteria[J].Digestive Diseases and Sciences,2025,(prepublish):1-8.

[14] 滕静. 微信在炎症性肠病延续性护理中的应用[J]. 当代护士(下旬刊),2018,25(09):55-56.

[15] 范秀燕. 针对性营养干预联合延续性护理在克罗恩病患者的家庭肠内营养中的应用效果[J]. 西藏医药,2022,43(03):111-112.