



SHIYONG FENGSHI MIANYIXING JIBING HULI ZHIDAO

实用风湿免疫性疾病 护理指导

主编◎时 红 张晓辉 苗华丽



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>

SHIYONG FENGSHI MIANYIXING JIBING HULI ZHIDAO

实用风湿免疫性疾病 护理指导

名誉主编◎张莉芸 谢仙萍

主 编◎时 红 张晓辉 苗华丽

副主编◎朱燕荣 赵美兰 吕婷婷 闫明 高霞

参 编 (按姓氏笔画排序)

马海娟 田惠英 白丽娜 任奕 李娟

范慧芳 胡姝丽 贺娇荣 贾宁宁

华中科技大学出版社
http://www.hustp.com

中国·武汉

内 容 简 介

本书共八章,内容具体包括风湿性疾病总论、风湿性疾病临床常用护理评估工具、常见风湿性疾病患者的护理、风湿性疾病常见药物及护理、风湿免疫科生物制剂的注射管理、风湿免疫系统疾病患者的康复指导、风湿科仪器使用技术、风湿科专业常见诊疗技术护理配合。

本书可供风湿性疾病临床护理人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

实用风湿免疫性疾病护理指导/时红,张晓辉,苗华丽主编. —武汉:华中科技大学出版社,2018.10
ISBN 978-7-5680-4006-8

I. ①实… II. ①时… ②张… ③苗… III. ①风湿性疾病-免疫性疾病-护理 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 207349 号

实用风湿免疫性疾病护理指导

时 红 张晓辉 苗华丽 主编

Shiyong Fengshi Mianyixing Jibing Huli Zhidao

策划编辑:余 雯

责任编辑:张 琳

封面设计:原色设计

责任校对:李 弋

责任监印:徐 露

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)
武汉市东湖新技术开发区华工科技园

电话:(027)81321913

邮编:430223

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:北京虎彩文化传播有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:12.75

字 数:313千字

版 次:2018年10月第1版第1次印刷

定 价:48.00元



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究



前言

□ □ □ □ □

风湿病学在我国起步较晚,对于我国来说依旧是一门新型的学科。近年来随着医学的进步与发展,风湿病学新的概念不断涌现,新的治疗方法与技术不断被挖掘,对护理专科性的要求也逐步提高,这要求风湿性疾病的临床护理人员需要掌握更全面、专业、丰富的知识,用于风湿性疾病患者的专科护理。

目前,国内涵盖风湿性疾病相关知识的临床护理领域的可作为临床护理指南的书籍还比较少。因此,为了方便广大临床一线护理工作者查阅风湿性专科护理知识,促进风湿性疾病专科护理技术的发展,提高临床风湿性疾病患者护理质量,由山西大医院(山西医学科学院)风湿免疫科组织编写了本书,作为风湿性疾病专科护理指南,为风湿性疾病护理工作提供参考。

本书共八章,包括风湿性疾病总论、风湿性疾病临床常用护理评估工具、常见风湿性疾病患者的护理、风湿性疾病常用药物及护理、风湿免疫科生物制剂的注射管理、风湿免疫系统疾病患者的康复指导、风湿科仪器使用技术、风湿科专业常见诊疗技术护理配合等,涵盖了风湿科各种常见疾病患者的护理内容。本书从风湿性疾病临床护理实际需要出发,从风湿性疾病百余种相关疾病的护理常规、用药护理、护理评估、护理操作技术,以及环境、体位、病情观察、护理要点、饮食指导配合等各方面,对风湿性疾病的临床专科护理进行了全面、系统的总结,尤其在风湿科专科疾病护理常规方面,详细、全面地进行论述,指导意义重大。其中,适度引进具有专科特色护理的前沿知识,力求理论与实践紧密结合,这既是风湿免疫专科护士必须掌握的基本功,也是提高风湿免疫护理人员整体素质的重要途径和方法,对各医院风湿免疫科医疗质量和安全起到重要保证作用。

本书是全体编委共同努力、通力合作的结果,感谢他们在百忙之中愿意把临床工作经验总结成文字分享给广大护理同仁,在此向所有的编写人员表示衷心感谢!

随着医学免疫学的迅速发展,风湿性疾病患者的护理也需要进一步发展及不断完善,本书内容难免存在疏漏之处,恳请读者批评指正,提出宝贵的建议。

编 者

目录

第一章 风湿性疾病总论 /1

第二章 风湿性疾病临床常用护理评估工具 /5

第三章 常见风湿性疾病患者的护理 /37

第一节 类风湿关节炎患者的护理 /37

第二节 干燥综合征患者的护理 /44

第三节 系统性红斑狼疮患者的护理 /47

第四节 强直性脊柱炎患者的护理 /53

第五节 炎性肠病性关节炎患者的护理 /60

第六节 反应性关节炎患者的护理 /63

第七节 银屑病关节炎患者的护理 /67

第八节 成人斯蒂尔病患者的护理 /70

第九节 高尿酸血症及痛风患者的护理 /73

第十节 骨关节炎患者的护理 /79

第十一节 自身免疫性肝病患者的护理 /83

第十二节 炎性肌病患者的护理 /88

第十三节 系统性硬化症患者的护理 /92

第十四节 白塞病患者的护理 /96

第十五节 大动脉炎患者的护理 /99

第十六节 巨细胞动脉炎患者的护理 /102

第十七节 结节性多动脉炎患者的护理 /105

第十八节 显微镜下多血管炎患者的护理 /109

第十九节 肉芽肿性多血管炎患者的护理 /111

第二十节 变应性肉芽肿性血管炎患者的护理 /115

第二十一节 抗磷脂综合征患者的护理 /118

第二十二节 嗜酸性筋膜炎患者的护理 /121

第二十三节 结节性脂膜炎患者的护理 /123

第二十四节 风湿性多肌痛患者的护理 /126



第四章 风湿性疾病常见药物及护理 /129

- 第一节 非甾体抗炎药 /129
- 第二节 糖皮质激素类药物 /130
- 第三节 缓解病情的抗风湿药 /130
- 第四节 骨关节炎的药物治疗 /133
- 第五节 高尿酸血症及痛风的药物治疗 /134
- 第六节 生物制剂类药物 /137
- 第七节 静脉注射用免疫球蛋白 /139

第五章 风湿免疫科生物制剂的注射管理 /141

- 第一节 生物制剂注射管理 /141
- 第二节 注射用重组人Ⅱ型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白的注射 /143
- 第三节 英夫利西单抗的注射 /145
- 第四节 阿达木单抗的注射 /148
- 第五节 托珠单抗的注射 /150

第六章 风湿免疫系统疾病患者的康复指导 /154

- 第一节 骨、关节系统受累后患者的康复指导 /154
- 第二节 类风湿关节炎患者的康复指导 /157
- 第三节 干燥综合征患者的康复指导 /157
- 第四节 强直性脊柱炎患者的康复指导 /158
- 第五节 系统性红斑狼疮患者的康复指导 /159
- 第六节 高尿酸血症及痛风患者的康复指导 /161
- 第七节 多发性肌炎、皮肌炎患者的康复指导 /162

第七章 风湿科仪器使用技术 /164

- 第一节 磁振热治疗仪的使用 /164
- 第二节 电脑中频经络通治疗仪的使用 /168
- 第三节 微波治疗仪的使用 /170
- 第四节 低频脉冲磁场治疗仪的使用 /173
- 第五节 红外治疗仪的使用 /174
- 第六节 红外偏振光治疗仪的使用 /176
- 第七节 石蜡疗法的使用 /179

第八章 风湿科专业常见诊疗技术护理配合 /182

- 第一节 骨髓穿刺术 /182
- 第二节 腰椎穿刺术 /183
- 第三节 关节腔穿刺术 /186



第四节	唇腺活检术的配合	/187
第五节	在 B 超引导下关节腔穿刺及关节滑液检查的配合	/188
第六节	肌肉活检术的配合	/189
第七节	血浆置换	/190
第八节	免疫吸附术	/192
参考文献		/194

第一章 风湿性疾病总论

一、风湿性疾病的概念

风湿性疾病(rheumatic diseases)(简称风湿病)泛指影响骨关节及其周围软组织,包括肌肉、滑囊、肌腱、筋膜等的一组以内科治疗为主的疾病,包括各种原因引起的关节、肌肉、肌腱、骨骼、血管的炎症、疼痛和功能障碍。

风湿性疾病以(关节、肌肉、软组织)疼痛为主要症状,但并非所有风湿性疾病都伴有疼痛。各种原因所致的关节炎占重要组成部分,其病理改变具有多样性,涉及全身的间质组织。结缔组织是风湿性疾病中最重要的病变场所。无论是致密结缔组织(如软骨和肌腱),还是疏松结缔组织均可有广泛的不同程度的损害。疏松结缔组织损害的特点是黏液样水肿、类纤维蛋白变性、肉芽肿形成、炎性细胞浸润,晚期呈透明性或硬化等变化。

弥漫性结缔组织病(diffused connective tissue disease)又称为结缔组织病,是风湿性疾病的一大类,特指以血管和结缔组织的慢性炎症为病理基础,引起多器官系统损害的一类疾病。结缔组织病包括目前临床最常见的病种,如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、系统性硬化症、干燥综合征等。

近年来,随着人口老龄化,风湿病的患病率有逐年上升的趋势。据统计,国内类风湿关节炎的患病率为0.32%~0.36%,强直性脊柱炎的患病率约为0.25%,骨关节炎在50岁以上人群的患病率更高达50%,痛风性关节炎也日益增多。随着老龄社会的到来,骨关节炎、骨质疏松症的患者也越来越多,这说明风湿病的发病率随着时代的不同而改变,并且成为严重危害患者健康、影响患者生活质量的疾病之一。

二、风湿性疾病的历史

风湿性疾病的历史悠久,可能与人类的历史同样漫长。考古学家发现上古冰河时代人的脊椎骨化石已有关节炎征象。数千年来,风湿性疾病一直危害着人类的健康,人类在征服疾病的漫长历史进程中进行了不懈的探索和研究,在风湿性疾病学科发展过程中,曾根据其病理改变、发病机制进行命名,如胶原病(collagen disease)、结缔组织病(connective tissue disease,CTD)、自身免疫病(autoimmune disease)等。称谓的不同反映了人们看问题的角度不同,也反映了人们对风湿病认识的不断深入。但上述名称并不能包含此类疾病的全部,所以当今的临床医学家多主张仍使用风湿病这一名称。

随着基础医学,尤其是基础免疫学、生物化学、分子生物学与遗传学的迅速发展,风湿病学的研究有了很大的进展。如基础免疫学的发展不仅为许多风湿病阐明了发病机制,而且提供了大量诊断和治疗风湿病的有效手段。类风湿因子(1948年)、狼疮细胞(1948年)、抗核抗体(1950年)陆续被发现,并与泼尼松和其他免疫抑制剂应用于临床治疗,一系列重大进展使风湿病学有了飞跃发展,使风湿病的研究进入到免疫学和分子生物学的崭新阶段。



三、风湿性疾病的分类

风湿性疾病目前尚无世界性统一分类,根据其发病机制、临床特点及病理特点可分为200多种疾病,下面进行简单归纳。

1. 弥漫性结缔组织病 类风湿关节炎、幼年型类风湿关节炎、红斑狼疮、硬皮病、多发性肌炎。
2. 脊柱关节病 强直性脊柱炎、银屑病关节炎、未分化脊柱关节病及其他。
3. 退行性变 骨关节炎(原发和继发性)。
4. 与代谢和内分泌相关的风湿病 痛风、假性痛风、免疫缺陷病等。
5. 与感染相关的风湿病 反应性关节炎。
6. 与肿瘤相关的风湿病 原发性滑膜瘤、原发性滑膜肉瘤;继发性多发性骨髓瘤等。
7. 神经血管疾病 神经性关节炎、腕管综合征、雷诺现象等。
8. 骨与软骨病变 骨质疏松、骨软化肥大性骨关节病等。
9. 非关节性风湿病 关节周围病变、椎间盘病变、特发性腰痛及其他。
10. 其他有关节症状的疾病 周期性风湿病、药物相关性的风湿综合征。

四、风湿性疾病的临床特点

1. 发作与缓解交替的慢性病程 大多数风湿病如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、皮炎等,由于目前尚无有效的医疗手段彻底治愈,表现为病程漫长、累及多系统和器官。由于疾病的多次反复发作,患者四处求医,但病情仍难以有效控制而造成严重损害。

2. 同一疾病临床表现个体差异大 以系统性红斑狼疮为例,有的患者以皮肤损害为主,出现典型的蝶形红斑;有的患者无皮肤损害,却有明显的狼疮肾炎的表现,甚至发生肾衰竭。

3. 免疫学异常 许多风湿病都有免疫学实验室检查的异常,如补体异常、免疫复合物增加、出现大量自身抗体等;有些还会有标志性抗体出现,如系统性红斑狼疮抗 dsDNA 抗体、抗 SM 抗体阳性。

4. 治疗难度大 目前大多风湿病缺乏特异的治疗手段,虽然对糖皮质激素的治疗均有一定反应,但难以治愈,且不同患者对抗风湿病药物(如免疫抑制剂、细胞毒药物等)的耐受量、疗效及副作用等都有较大差异,故常引起较高致残率(如类风湿关节炎)或病死率(如系统性红斑狼疮、系统性硬化症)。

五、风湿性疾病的病因及发病机制

1. 风湿病的病因 尚不完全明了,但大多数风湿病是与遗传、感染、性激素、环境及神经精神状态等因素密切相关的。

(1) 遗传因素:尽管风湿病不是传统意义上的遗传性疾病,但是遗传因素在风湿病发病中的作用已经较为肯定。人类白细胞抗原(human leukocyte antigen, HLA)系统是人类白细胞抗原中最重要的一类,因其高度多态性而成为最能代表个体特异性并伴随个体终身的稳定的遗传标志。免疫遗传学的进展和 HLA 与相关疾病的研究增加了对风湿性疾病发病机制的认识。因此,某些特定类型的 HLA 便成为某些疾病的遗传标志(如强直性脊



柱炎、脊柱关节炎等)。

(2) 感染因素:目前认为很多风湿性疾病与感染有密切关系。感染可直接引起组织炎症(如化脓性关节炎)。

(3) 性激素:很多风湿病的发病与性别及激素水平有显著关系。如:系统性红斑狼疮多见于青年女性,并且在患者妊娠期间,随雌激素水平升高而病情加重;而孕激素普遍被认为能缓解类风湿关节炎的发生,据研究资料显示,75%女性患者在妊娠期病情缓解,而产后数周或数月超过90%的患者病情再次活动。这可能与妊娠时雌激素水平的升高而产后降低有关。

(4) 其他:寒冷、潮湿、疲劳、营养不良、创伤、精神因素等,常为本病的诱发因素。

2. 风湿病的发病机制 风湿性疾病的发病机制迄今尚不完全清楚。目前大量研究表明,免疫损伤在风湿性疾病的发病中占有重要位置,在内环境(如性激素水平、精神神经因素)、外环境(如感染等)的协同作用下,机体失去正常的免疫耐受,产生异常的免疫反应——自身免疫,产生大量自身抗体,免疫复合物异常沉积等,导致机体组织的损伤。

六、风湿性疾病的临床症状

多数风湿性疾病呈慢性病程,同一疾病在不同个体或不同时期临床表现可能会有较大差异,病程呈反复发作与缓解。

1. 关节疼痛与肿胀 疼痛是关节受累最常见的首发症状,也是患者就诊的主要原因。疼痛的起病、性质、部位、持续时间是否伴全身症状等特点有助于疾病的诊断及预后的评价。如:痛风发病突然急骤,疼痛剧烈多累及第一跖趾关节;类风湿关节炎起病缓慢,多累及腕、掌指、近端指间关节等外周小关节,常伴有晨僵和雷诺现象,部分患者最终出现关节僵硬、畸形、功能丧失。而强直性脊柱炎主要累及脊柱中轴关节。

2. 皮肤、黏膜损害 大部分患者有皮肤、黏膜的改变。其表现多样,常见的皮肤、黏膜损害包括多个部位的皮疹、结节、红斑、水肿、溃疡等。皮肤、黏膜病变的病理基础是血管炎。如:系统性红斑狼疮患者最具特征性的皮肤损害以面部蝶形红斑、口腔黏膜溃疡常见;皮肌炎患者会出现特征性的眶周紫红色斑疹;白塞病患者以口腔、外阴溃疡、眼炎、皮肤损害为临床特征;类风湿关节炎患者可有类风湿性皮下结节,多位于肘鹰嘴突、跟腱等关节隆突部位及受压部位。部分风湿病患者特别是系统性硬化症患者可出现因寒冷、情绪激动等刺激,导致发作性的指端皮肤苍白继而青紫再发红,并伴有局部皮温下降、疼痛等症状。

3. 其他表现 风湿性疾病,临床表现多样且会有全身多个系统脏器的损害,其中肾病变较普遍。如患者会出现水肿、多尿或少尿、蛋白尿、高血压、急(慢)性肾衰竭。呼吸系统受累可表现为间质性肺病和胸腔积液。消化系统受累亦较常见,范围广泛,如肝大、黄疸、胃肠道出血、穿孔或梗阻,严重者可危及生命。另外,心血管系统的心肌细胞、传导系统、动静脉均可受累。

七、风湿性疾病的实验室检查

风湿性疾病的实验室检查是临床和基础研究者关注的热点,尤其是免疫学检查,近年来有了很大的发展,方法日趋成熟,并逐步向规范化发展,在其诊断和治疗中起到很重要的作用。



（一）一般性检查

一般性检查对风湿性疾病的确诊很有帮助。血常规、红细胞沉降率(ESR)、肝肾功能、尿液为必查项目,有助于分析病情。

（二）特异性检查

1. 抗核抗体(antinuclear antibodies, ANAs) 是一组将自身真核细胞的各种成分(脱氧核糖核蛋白 DNP、DNA、可提取的核抗原 ENA 和 RNA 等)作为靶抗原的自身抗体的总称。大部分 ANAs 属 IgG 型,仅少数属 IgM 型。

ANAs 在多种自身免疫病中均呈不同程度的阳性率,在自身免疫病的临床诊断、鉴别诊断、评价疗效和预后估计中具有较大的意义,因此常将抗核抗体的检测作为自身免疫病的重要初筛试验。

2. 类风湿因子(rheumatoid factor, RF) 是由于感染因子(细菌、病毒等)引起体内产生的以变性 IgG 为抗原的一种抗体,故又称抗抗体。临床测定的 RF 中,最常见的是 IgM 型,其次为 IgG 型和 IgA 型, IgD 型和 IgE 型较少见。

可见于类风湿关节炎、原发性干燥综合征、系统性红斑狼疮等多种结缔组织病,但类风湿因子的特异性较差,对类风湿关节炎的诊断有局限性,类风湿因子滴度可判断其活动性。

3. 抗磷脂抗体(anti-phospholipid antibody, APA) 目前临床上应用的抗磷脂抗体包括抗心磷脂抗体、狼疮抗凝物、梅毒血清试验反应假阳性等。本抗体与血小板减少、动脉血栓、习惯性自发流产有关。

4. 抗中性粒细胞胞质抗体(anti-neutrophil cytoplasmic antibody, ANCA) 抗中性粒细胞胞质抗体是一组以人中性粒细胞胞质成分为靶抗原,对血管炎疾病尤其是韦格纳肉芽肿病的诊断和活动性判定及预后具有较为重要的意义。另外 ANCA 的滴度升高往往出现在疾病复发之前,故监测 ANCA 的动态对预测疾病复发具有重要意义。

八、风湿性疾病的危害

关节炎被医学界认为是“世界头号致残杀手”,是一种严重危害人们身心健康的疾病。对患者的危害在国际上归纳为 5D,即痛苦(discomfort)、死亡(death)、残疾(disability)、经济损失(dollar lost)、药物中毒(drug reactions)。

据统计,类风湿关节炎患者 3 年内 75% 出现关节畸形、行动困难,甚至严重残疾。中国 260 万肢体残疾的患者中,脑血管病和关节疾病所占比重大。女性致残性疾病中,关节疾病所占比例最高。由此可见,风湿性疾病是一类发病率高、致残率高的常见疾病。所以应积极做好风湿性疾病的防治,将疾病的危害降到最低程度。

(任 奕)

第二章 风湿性疾病临床常用护理评估工具

一、疼痛

世界卫生组织(WHO)将疼痛等级划分为以下5类。①0度:不痛。②I度:轻度痛,为间歇痛,可不用药。③II度:中度痛,为持续痛,影响休息,需用止痛药。④III度:重度痛,为持续痛,不用药不能缓解疼痛。⑤IV度:严重痛,为持续剧痛,伴血压、脉搏等变化。

1. 疼痛数字评分法(numerical rating scale, NRS) 疼痛数字评分法也称痛尺。用数字代替文字表示疼痛的程度,在一条直线上分段,将疼痛程度用0到10这11个数字表示,0表示无痛,10表示剧痛,请患者自己评分。适用于疼痛治疗前后效果评定对比(图2-1)。

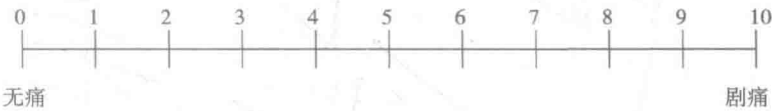


图 2-1 疼痛数字评分法

2. 疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS) 用10 cm的直线,不做任何划分,仅在直线的两端分别注明“无痛”和“剧痛”,患者根据自己感受到的疼痛程度,在直线上某一点表达出来,护士根据划线位置判定。用直尺测量从起点到该确定点的距离,测量值便是疼痛强度(图2-2)。



图 2-2 疼痛视觉模拟评分法

- 无痛:0。
- 轻度疼痛:平均值 2.57 ± 1.04 。
- 中度疼痛:平均值 5.18 ± 1.41 。
- 重度疼痛:平均值 8.41 ± 1.35 。

3. 面部表情评分法(face rating scale, FRS) 进行疼痛评估时,使用从快乐到悲伤及哭泣的6个不同表现的面容,让患者选择一张最能表达其疼痛的脸谱。评估方法简单、直观、形象,易于掌握,不需要任何附加设备,特别适用于急性疼痛者、老年人、小儿及文化程度较低者、能力表达丧失者和认知功能障碍者(图2-3)。



图 2-3 面部表情评分法



风湿性疾病疼痛评估表如图 2-4 所示。

风湿性疾病疼痛评估表				
姓名: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 年龄: _____ 岁 住院号: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
评估时间: ☐ ☐ ☐ 年 ☐ ☐ ☐ 月 ☐ ☐ ☐ 日				
诊断: ☐ 类风湿关节炎 ☐ 强直性脊柱炎 ☐ 银屑病关节炎 ☐ 痛风 ☐ 反应性关节炎 ☐ 系统性红斑狼疮 ☐ 干燥综合征 ☐ 系统性硬化症 ☐ 皮肌炎/多发性肌炎 ☐ 骨质疏松症 ☐ 复发性多软骨炎 ☐ 风湿性多肌痛 ☐ 纤维肌痛综合征 ☐ 巨细胞动脉炎 ☐ ANCA 相关性血管炎 ☐ 大动脉炎 ☐ 白塞病 ☐ 骨关节炎 ☐ 其他 _____ 症状: ☐ 关节痛 ☐ 肌痛 ☐ 颈痛 ☐ 腰痛 ☐ 头痛 ☐ 腹痛 ☐ 髌痛 ☐ 足跟痛 ☐ 肋骨痛 ☐ 胸痛 ☐ 其他 _____				
评估项目	评估时间			
	0 周	1 周	2 周	3 周
患者疼痛 VAS 评分(0~10 分) *				
患者疾病总体状况评分(0~10 分) *				
医生疾病总体状况评分(0~10 分) *				
红细胞沉降率(ESR)/(mm/第 1 小时末) *				
C 反应蛋白(CRP)/(mg/L) *				
肿胀关节数/个△				
压痛关节数/个△				
晨僵时间/min△				
关节功能分级(I~IV 级, 0 周)△				
DAS28-ESR△				
扩胸度/cm(图 2-5)▲				
耳壁距/cm(图 2-6)▲				
腰部弯曲/cm(Schober 试验, 图 2-7)▲				
颈部旋转/°(图 2-8)▲				
腰部侧弯/cm(图 2-9)▲				
踝间距/cm(图 2-10)▲				
BASDAI(0 周)▲				
BASMI(0 周)▲				
BASFI(0 周)▲				
肌肉疼痛分级(表 2-1)◆				
肌肉压痛分级◆				
肌力分级◆				
注: * 为所有疾病必填项目; △ 为类风湿关节炎患者填写项目; ▲ 为脊柱关节病患者填写项目; ◆ 为肌炎、皮肌炎、肌痛患者填写项目				
填表人 _____ 审核人 _____ 填写时间 _____				

图 2-4 风湿性疾病疼痛评估表

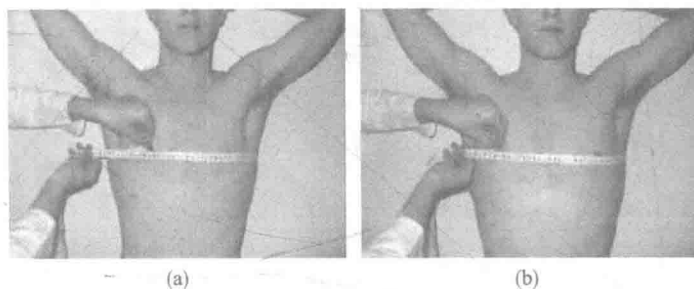


图 2-5 扩胸度



图 2-6 耳壁距

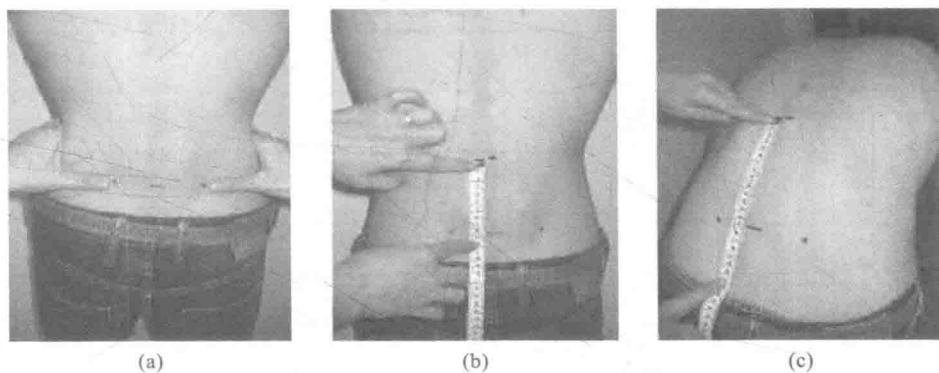


图 2-7 腰部弯曲 (Schober 试验)

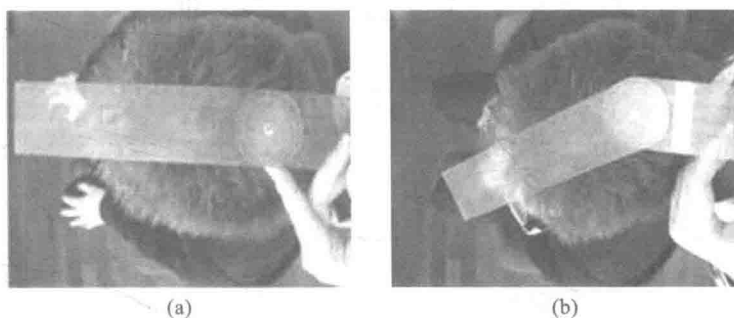


图 2-8 颈部旋转

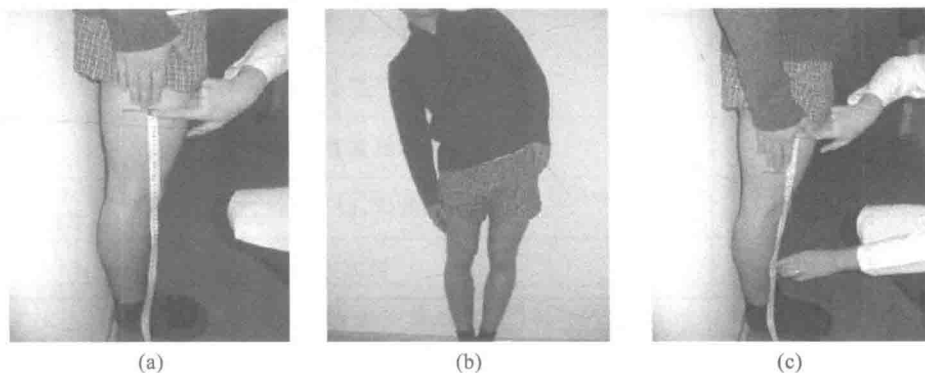


图 2-9 腰部侧弯

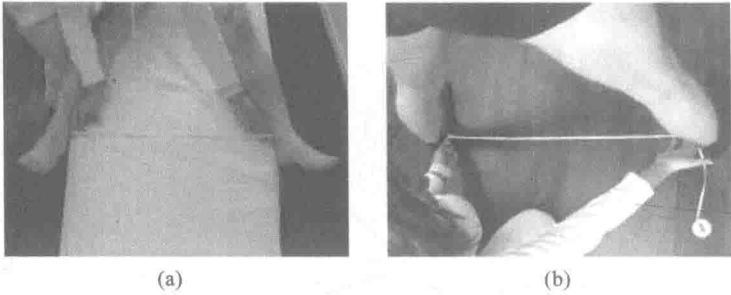


图 2-10 踝间距

表 2-1 肌肉疼痛及压痛评估

分 类	分级	描 述
肌痛分级	0	活动不痛
	1	轻度,活动后肌痛,但不影响休息及工作
	2	中度,活动后疼痛影响工作,尚可正常生活
	3	重度,活动和休息均有肌痛
肌肉压痛分级	0	无压痛
	1	轻度,使用一定的压力,有持续疼痛
	2	中度,使用同一压力,因疼痛而皱眉
	3	重度,使用较轻的压力有压痛,加重压力患者因恐疼痛而躲避

肌痛患者评估见表 2-2。

表 2-2 肌痛患者评估

分 级	描 述
0	无肌肉收缩
I	肌肉有收缩,但不能移动肢体
II	肢体可水平移动,但不能抵抗重力
III	肢体可抵抗重力,但不能抵抗阻力
IV	可抬起肢体,但只能抵抗部分阻力
V	肌力完全正常



类风湿关节炎评估表 1 如图 2-11 所示。

类风湿关节炎评估表 1				
姓名: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 年龄: _____ 岁 住院号: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 评估时间: ☐ ☐ ☐ ☐ 年 ☐ ☐ ☐ ☐ 月 ☐ ☐ ☐ ☐ 日 晨僵持续时间: _____ min				
肿胀关节位置示意图(在相应关节上画圈)		触痛关节位置示意图(在相应关节上画圈)		
肿胀关节数:		触痛关节数:		
患者其他关节是否也发生肿胀或触痛? ☐ 未查 ☐ 否 ☐ 是,请填写:				
关节名称	右侧		左侧	
	触痛	肿胀	触痛	肿胀
	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有
	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有
	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有
	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有
	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有	☐ 0无 ☐ 1有
患者疼痛 VAS 评分:(0~10 分) 患者疾病总体状况评分:(0~10 分) 医生疾病总体状况评分:(0~10 分) $\text{DAS28-ESR} = 0.56 \times \sqrt{\text{压痛数}} + 0.28 \times \sqrt{\text{肿胀数}} + 0.70 \times \ln(\text{ESR}) + 0.014 \times \text{GH(患者评估)}$				

图 2-11 类风湿关节炎评估表 1



类风湿关节炎评估表 2 如图 2-12 所示。

类风湿关节炎评估表 2						
姓名:_____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 年龄:_____岁 住院号: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐						
评估时间: ☐ ☐ ☐ ☐ 年 ☐ ☐ ☐ 月 ☐ ☐ ☐ 日						
对下列关节进行触痛和肿胀评估。对有症状的关节按 0~3 分(无、轻、中、重度)对触痛进行分级,按 0~2 分对其肿胀进行分级。并在评分栏内写入分值。						
关节触痛和肿胀评估						
触 痛			肿 胀			
0=无痛			0=无肿胀			
1=轻度,触压关节,询问时患者才诉其疼痛			1=肿胀,但可见骨性标志			
2=中度,触压关节,患者主动诉其疼痛			2=肿胀,看不见骨性标志或有积液			
3=重度,触压关节,患者会回避或有退缩动作						
全身关节评估						
右 侧			左 侧			
无法评价	触痛	肿胀	关节	无法评价	触痛	肿胀
	评分	评分			评分	评分
			肩			
			肘			
			腕			
			上肢 MCP1			
			上肢 MCP2			
			上肢 MCP3			
			上肢 MCP4			
			上肢 MCP5			
			上肢 PIP1			
			上肢 PIP2			
			上肢 PIP3			
			上肢 PIP4			
			上肢 PIP5			
			膝			

图 2-12 类风湿关节炎评估表 2

二、常用护理风险评估

1. 巴塞尔(Barthel, BI)指数评定 见表 2-3。

表 2-3 巴塞尔指数评定

项 目	进食	洗澡	修饰	穿衣	控制大便	控制小便	如厕	床椅转移	平地行走	上下楼梯
完全独立	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
需部分帮助	5	0	0	5	5	5	5	10	10	5
需极大帮助	0	—	—	0	0	0	0	5	5	0
完全依赖	—	—	—	—	—	—	—	0	0	—

注:评估时间为入院、病情变化时。评估所需时间为 5 min 左右。评估方法为直接观察或访谈。