

• 临床探讨 •

个性化护理对类风湿关节炎患者满意度和疼痛的影响

邓颖哲, 马会玲[△], 栾新宇, 李 萍

(陕西省汉中市中心医院血液/风湿病科 723000)

摘要:目的 分析个性化护理对类风湿关节炎患者满意度和疼痛的影响。方法 选择该院 2015 年 2 月至 2016 年 2 月诊治的类风湿关节炎患者 104 例,分为对照组与观察组,每组 52 例。对照组行常规护理,观察组在对照组基础上行个性化护理,比较两组炎症指标水平、疼痛评分、晨僵时间、关节肿胀数及关节压痛数、生活质量和治疗依从性,以及满意度。结果 干预后,观察组炎症指标水平优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组视觉模拟评分为 (2.91 ± 0.73) 分,低于对照组的 (3.45 ± 0.85) 分,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组晨僵时间为 (28.40 ± 3.42) min、关节肿胀数为 (4.18 ± 0.93) 个、关节压痛数为 (9.34 ± 1.18) 个,优于对照组的 (32.67 ± 3.51) min、 (6.27 ± 1.46) 个、 (11.49 ± 2.02) 个,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组生活质量、治疗依从性、满意率均优于对照组($P<0.05$)。结论 个性化护理能够减少类风湿关节炎患者炎症指标水平,缓解疼痛,提高患者生活质量和满意度。

关键词:类风湿关节炎; 个性化护理; 满意度; 疼痛

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.048 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)17-2618-03

风湿病是一组累及关节、骨骼、肌肉和相关结缔组织或软组织的疾病,其中最常见的是类风湿关节炎,患者多伴疼痛、畸形等表现,甚至出现活动障碍,导致残疾,严重危害患者的身心健康^[1]。类风湿关节炎经系统、规范治疗后虽可控制症状,但因其反复发作,病程较长,同时免疫抑制剂及激素药物可产生多种不良反应,容易引起患者出现负面情绪,影响临床效果^[2]。相关研究证实,临床治疗的基础上联合良好的护理模式能够提高类风湿关节炎患者的疗效^[3]。本研究分析了个性化护理对类风湿关节炎患者满意度和疼痛的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2015 年 2 月至 2016 年 2 月诊治的类风湿关节炎患者 104 例,分为观察组和对照组各 52 例。入选标准^[4]:(1)经临床首次确诊为类风湿关节炎,且同时满足活动期 3 个指标[关节肿胀数 ≥ 3 个,关节触痛 ≥ 8 个,晨僵时间 ≥ 45 min 且红细胞沉降率(ESR) ≥ 30 mm/h];(2)无其他自身免疫系统疾病;(3)非妊娠期、哺乳期。排除伴其他骨关节疾病、肝肾功能异常、恶性肿瘤、精神异常、文盲者。对照组男 24 例,女 28 例;年龄 20~60 岁,平均 (47.52 ± 2.14) 岁;病程 3~12 个月,平均 (5.51 ± 0.28) 月。观察组男 22 例,女 30 例;年龄 20~62 岁,平均 (47.54 ± 2.18) 岁;病程 3~12 个月,平均 (5.49 ± 0.27) 月。参与本研究的家属及患者均签署知情同意书,且本研究获得本院伦理委员会的许可。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组行常规护理,遵医嘱予以非甾体抗炎药、糖皮质激素等药物治疗,并予以专科护理,并进行简单的健康指导,确保病区整洁干净。观察组基于对照组基础上行个性化护理。首先建立类风湿关节炎患者的档案管理小组,由床位医生、护士长、责任护士组成,由责任护士全面了解患者入院时的病因、病史、症状、生活作息、教育背景等情况。再进行以下干预与指导。(1)健康教育:为患者讲解类风湿关节炎的诱发因素、临床症状、治疗原则及预后等,提高患者对疾病的认知,同时介绍遵医行为的重要性,树立系统、规范的治疗模式。(2)心

理干预:与患者积极沟通,营造一个自然、轻松的交流环境,引导患者主动表达内心疑虑,指导家属多关心、体贴患者,消除其抑郁、焦虑等不良情绪,同时分享成功病例经验,提高其战胜疾病的决心。(3)药物干预:为患者讲解各类药物的用药方法,以及可能出现的不良反应,嘱患者勿随意更改药物种类、剂量,针对患者的个性特点进行一对一的用药指导,使其能够合理用药。(4)饮食干预:指导患者保持清淡饮食、均衡营养,多进食鸡蛋、牛奶、藻类、苹果、蜂蜜等富含矿物质、维生素、蛋白质的食物,避免食用辛辣、油炸、生冷等食物,嘱患者勿饮酒、吸烟。(5)疼痛干预:准确评估患者的疼痛部位、程度,分析疼痛的诱因,指导患者规律生活、注意保暖,并适当按摩、热敷,同时通过看书、听音乐等方法分散注意力,缓解疼痛。(6)康复指导:活动期患者应尽量卧床休息,活动期后按照动静结合、循序渐进原则,各关节均予以主被动训练(关节可动范围、伸展运动、肌力增强运动等)、日常生活活动(手指抓、握、捏等)的康复训练。(7)出院指导:发放书面出院指导,嘱患者定期回访,并解答患者提出的问题。

1.3 观察指标 评估两组患者干预前及干预 3 个月的各项指标,采集患者干预前后空腹静脉外周血 2 mL,予以全自动生化分析仪检测 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、ESR 水平。参照视觉模拟评分(VAS 评分)进行疼痛评估^[5]:分值为 0~10 分,0 分即无痛,10 分即疼痛难忍。统计两组晨僵时间、关节肿胀数、关节压痛数。参照《类风湿关节炎患者生活质量量表》评估生活质量^[6],总共 29 个条目,包含自我健康认识、心理功能、生理功能、社会功能 4 个亚量表,分数越高表示生活质量越好。采用本院自制的治疗依从性调查量表,包含饮食作息合理、规律服药、合理锻炼、定期复查 4 个方面,单项评分 0~5 分,4 分及以上即为依从。患者出院时发放本院自制的满意度调查量表,总分为 100 分,85 分以上即满意,65~85 分即一般, <65 分即不满意,满意率=(满意例数+一般例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,

[△] 通信作者, E-mail:425012217@qq.com。

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预前后两组类风湿关节炎患者炎症指标水平比较

表 1 干预前后两组类风湿关节炎患者炎症指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	CRP(mg/L)		TNF-α(pg/L)		ESR(mm/h)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	52	14.89±2.12	6.48±1.03	10.47±1.52	5.49±1.12	47.72±8.54	24.11±6.60
观察组	52	14.87±2.11	4.76±1.01	10.48±1.50	4.18±0.93	47.75±8.52	19.23±5.42
<i>t</i>		0.048	8.598	0.034	6.489	0.018	4.121
<i>P</i>		0.962	0.000	0.973	0.000	0.986	0.000

2.2 干预前后两组类风湿关节炎患者 VAS 评分比较 干预前,两组患者 VAS 评分比较,差异无统计意义($P > 0.05$);干预后,两组疼痛均有所缓解,观察组更为明显,差异有统计意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 干预前后两组类风湿关节炎患者晨僵时间、关节肿胀数、关节压痛数比较 干预前,两组晨僵时间、关节肿胀数、关节压痛数比较,差异无统计意义($P > 0.05$);干预后,两组晨僵时间、关节肿胀数、关节压痛数均有改善,观察组优于对照组,差异均有统计意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 干预前后两组类风湿关节炎患者晨僵时间、关节肿胀数、关节压痛数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	晨僵时间(min)		关节肿胀数(个)		关节压痛数(个)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	52	57.16±4.58	32.67±3.51	11.40±3.08	6.27±1.46	21.90±5.27	11.49±2.02
观察组	52	57.14±4.63	28.40±3.42	11.41±3.06	4.18±0.93	21.87±5.24	9.34±1.18
<i>t</i>		0.022	6.283	0.017	8.706	0.029	6.627
<i>P</i>		0.982	0.000	0.987	0.000	0.977	0.000

2.4 干预前后两组类风湿关节炎患者生活质量比较 干预前后,对照组生活质量评分分别为(50.68±8.34)、(71.49±9.17)分;观察组生活质量评分分别为(50.97±8.25)、(77.94±10.23)分。干预前,两组生活质量比较,差异无统计意义($P > 0.05$);干预后,两组生活质量均有改善,观察组更为明显,差异有统计意义($t = 3.386, P < 0.05$)。

2.5 两组类风湿关节炎患者治疗依从性比较 观察组各方面的治疗依从性优于对照组,差异均有统计意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组类风湿关节炎患者治疗依从性比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	饮食作息合理	规律服药	合理锻炼	定期复查
对照组	52	35(67.01)	39(75.00)	34(65.38)	36(69.24)
观察组	52	44(84.62)	47(90.38)	43(82.69)	45(86.54)
χ^2		4.265	4.299	4.052	4.522
<i>P</i>		0.039	0.039	0.044	0.034

干预前,两组炎症指标 CRP、TNF-α、ESR 水平比较,差异无统计意义($P > 0.05$);干预后,两组 CRP、TNF-α、ESR 水平均有降低($P < 0.05$),观察组各指标优于对照组,差异均有统计意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 2 干预前后两组类风湿关节炎患者 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	VAS 评分	
		干预前	干预后
对照组	52	6.04±1.06	3.45±0.85
观察组	52	6.02±1.05	2.91±0.73
<i>t</i>		0.097	3.475
<i>P</i>		0.923	0.001

2.6 两组类风湿关节炎患者满意度比较 观察组满意率为 98.08%,高于对照组的 86.54%,差异有统计意义($\chi^2 = 4.875, P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组类风湿关节炎患者满意度比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	满意	一般	不满意	总满意
对照组	52	37(71.15)	8(15.38)	7(13.46)	45(86.54)
观察组	52	48(92.31)	3(5.77)	1(1.92)	51(98.08)

3 讨 论

类风湿关节炎作为一种全身自身免疫性疾病,以对称性关节病变为主,女性发病率高于男性,且多反复性发作,致残率高^[7]。其诱发因素较多,普遍认为与遗传、细菌及病毒感染、性激素、吸烟、寒冷及创伤等相关^[8]。有关研究报道,类风湿关节炎是以炎症细胞浸润及滑膜增生为特征的炎症病变过程。

CRP 是由肝细胞合成的一种急性时相蛋白,机体正常状态下水平极低,其水平能够反映机体炎症、创伤程度。TNF-α

是一种由单核巨噬细胞所分泌的细胞因子,能够诱导滑膜内皮细胞生成趋化因子,介导炎症因子的释放,引起关节滑膜持续性的炎性反应,也可促进滑膜细胞和成纤维细胞的分化增殖,导致关节软骨受损^[9-10]。ESR 为红细胞间聚集性的指标,能够反映身体内部的某些疾病。研究发现,类风湿关节炎患者 ESR 可明显升高^[11]。本研究显示,干预前 CRP、TNF- α 、ESR 水平均高于干预后,证实类风湿关节炎存在一定程度的炎性反应。随着医学的不断进步,类风湿关节炎的临床效果已明显提高,然而临床护理仍相当关键。

常规的护理模式多局限于被动执行医嘱和基本的护理工作,缺乏一定的主观性。如今,人们对于医疗服务的重视程度显著上升,常规的护理模式已无法满足患者的需求^[12]。个性化护理是一种新型的护理模式,较常规护理而言,是在医疗安全的前提下,以患者为中心建立护理措施,全心全意为患者提供服务,既符合基本护理程序,又满足患者由于个体差异的不同需求^[13]。本研究从健康教育、心理干预、药物干预、饮食干预、疼痛干预、康复指导、出院指导方面开展个性化护理,取得良好的临床效果。健康教育可使患者提高对疾病的认知,增强其治疗积极性,进而提高治疗依从性^[14]。心理干预可依据患者不同需求,进行有针对性的心理辅导,缓解患者的负面情绪,使其保持乐观心态^[15]。饮食干预可避免不良饮食习惯对疾病产生的影响,并可保证营养供应,改善机体抵抗力。类风湿关节炎是一种慢性疾病,需长期用药,通过药物干预能够利于患者规律用药,消除其用药顾虑,缓解临床症状,利于患者恢复。疼痛干预能够减轻患者痛苦,使患者充分配合,进一步提高治疗依从性^[16]。康复指导旨在提高患者关节活动度,增强肌力,提高骨密度,减少肌肉萎缩与骨质疏松。出院指导能够利于患者全面、规范治疗模式的保持。

本研究显示,个性化护理后患者炎症指标水平低于接受常规护理的患者,提示个性化护理能够减轻炎症因子水平。同时个性化护理者的疼痛缓解更为明显,表明其可减轻患者痛苦,且更利于晨僵、关节肿胀、关节压痛的改善。个性化护理患者生活质量明显优于常规护理患者,提示经个性化护理后能够提高患者的生活质量。个性化护理患者治疗依从性优于常规护理患者,表明其可增强患者治疗依从性,进而促进患者恢复,该结果与周冬梅等^[17]研究报道一致。张翠兰等^[18]研究发现,个性化护理患者的满意度高于常规护理患者。本研究显示,经个性化护理的患者的满意率更高,表明个性化护理更能满足患者需求,建立良好的护患关系。

综上所述,个性化护理能够减少类风湿关节炎患者炎症指标水平,缓解疼痛,提高患者生活质量和满意度。

参考文献

[1] Collison J. Rheumatoid arthritis: Tipping the balance towards resolution[J]. Nat Rev Rheumatol, 2016, 12(11): 622.

[2] Kalden R. Emerging therapies for rheumatoid arthritis[J]. Rheumatol Ther, 2016, 3(1): 31-42.

[3] 何碧红. 类风湿关节炎患者的护理干预及效果分析[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(7): 788-790.

[4] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊治指南[J]. 现代实用医学, 2004, 16(3): 184-188.

[5] 严广斌. 视觉模拟评分法[J/CD]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 9(2): 483-485.

[6] 牟方祥. 类风湿关节炎患者的心理健康状况及其与生命质量的关系研究[D]. 重庆: 西南大学, 2015.

[7] López-Mejías R, Castañeda S, González-Juanatey C, et al. Cardiovascular risk assessment in patients with rheumatoid arthritis: The relevance of clinical, genetic and serological markers[J]. Autoimmun Rev, 2016, 15(11): 1013-1030.

[8] Ummano D. Rheumatoid arthritis: Smoking influences autoimmunity to vimentin[J]. Nat Rev Rheumatol, 2016, 12(11): 624-628.

[9] 梁秀云. 类风湿性关节炎患者血清 IL-6、TNF- α 、CRP 的水平变化及意义[J]. 海南医学, 2012, 23(4): 85-87.

[10] 吴军伟, 唐信福. 类风湿关节炎患者血清中 TNF- α 、IL-17 和 CRP 表达的临床意义[J]. 重庆医学, 2012, 41(30): 3211-3212.

[11] 王希平, 梁顺容, 叶丽燕, 等. 抗 CCP 抗体、RF、CRP、ESR 在类风湿关节炎诊断中的应用价值[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(17): 2067-2068.

[12] 张留静. 个性化护理在风湿免疫科患者护理过程中的作用价值[J]. 中外医疗, 2016, 35(7): 127-129.

[13] 钱仲华, 华茂, 褚阳, 等. 个性化护理干预在类风湿性关节炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 19(3): 38-39.

[14] 刘春威, 李再荣, 王庆双. 个性化护理干预对类风湿性关节炎患者治疗依从性的影响[J]. 黑龙江医学, 2014, 38(8): 975-976.

[15] 茹海燕, 冯明, 陈昭认. 老年类风湿关节炎患者心理状态调查及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(15): 66-67.

[16] 吴道仙, 许美仙. 个性化护理干预对类风湿关节炎患者的疗效及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(9): 1207-1209.

[17] 周冬梅, 李映晖, 丁涟沭, 等. 个性化护理干预对类风湿关节炎患者遵医行为的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(31): 3741-3744.

[18] 张翠兰, 邱懿, 谢晶芹, 等. 个性化护理对提高风湿免疫科患者满意度的研究[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2013, 30(4): 49-50.