

利用中医护理措施改善类风湿性关节炎患者生活质量

王燕秋

酒泉市第二人民医院 甘肃 酒泉 735000

摘要:目的:分析中医护理措施在类风湿性关节炎(RA)患者中的应用效果。方法:选取2022年10月-2023年10月本院78例RA患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,行常规护理,观察组39例,联合中医护理措施,比较两组护理效果。结果:观察组的平均握力、GSES和RASE评分均明显高于对照组,健康自我认知、心理、生理、DAS28评分、关节肿胀数、关节压痛指数和晨僵时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予RA患者中医护理措施能显著提升生活质量和自护效能,改善临床症状,具有推广价值。

关键词:中医护理措施;类风湿性关节炎;生活质量;自我效能

RA是一种骨关节炎,致病原因为机体免疫系统紊乱,中老年人较为常见,疾病具有反复发作、多发性 and 进展性等特征,会对关节组织产生干扰,引发活动障碍,RA会影响到多个系统,包括泌尿、心血管和呼吸等^[1]。当下,RA无特效疗法,非甾体抗炎药应用广泛,但副作用明显,复发率高。因RA会导致功能障碍和活动限制,其入院后常伴有抑郁、不安等情绪,生活质量降低。引入中医护理理念,给予辨证施护,优势显著,基于整体病因病机,遵循整体观,能平衡营养、调理脏腑^[2]。本次研究以RA患者为对象,分析中医护理措施的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年10月-2023年10月本院78例RA患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,男20例,女19例,年龄为18-68岁,平均年龄(52.35 ± 4.47)岁;观察组39例,男21例,女18例,年龄为19-69岁,平均年龄(52.41 ± 4.52)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

诊断标准:下列条件满足任意4条,X线检查手部发现病变;检查类风湿因子,结果呈现出阳性;皮下结节;近端掌指、腕或指尖水肿;关节肿且表现为对称性^[3]。

纳入标准:符合RA诊断标准;意识清晰;理解能力正常;资料完整;可独立配合调查;知情同意本次研究。

排除标准:存在其他风湿性疾病,例如强直性脊柱炎、干燥综合征、系统性红斑狼疮和血管炎等;严重多关节畸形;沟通、认知功能障碍;完全丧失劳动力;重要脏器功能障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理,针对入院患者,详细为其讲解护理人员、主治医生和病区环境等,协助其接受有关检

查。做好基础护理,提供用药干预,健康饮食,制定运动训练方案。结合患者病情,提供非甾体抗炎药物、肾上腺皮质激素和抗风湿药等。予以出院前指导,做好后续随访。观察组以对照组为基础,行中医护理措施:

1.2.1 准备工作

创建护理团队,成员包括心理咨询师、中医执业医师、护士和风湿免疫科医师,就中医执业医师和风湿免疫科医师而言,其主要职责为制定方案,由其他人员执行。定期展开培训,一般为1次/周,结合患者病情,拟定护理方案,为患者创建护理档案,和医师共同制定用药、运动和饮食等方案,由护理人员实施。

1.2.2 情志护理

和医师之前加强配合,结合患者体质进行分类,包括阴阳平和、偏阳和偏阴,开展制定性干预。对于偏阴者,积极和患者交流,采取面对面方式,0.5h/次,介绍疾病有关知识,了解患者心声,鼓励其发泄情绪;对于偏阳者,秉持以情胜情法,取得家属支持,给予其鼓励和关心,帮助其疏导负面心理,养成健康、乐观情绪;对于阴阳平衡者,帮助其建立正确认知,改善其遵医行为,令其认识到正确康复结构。若患者存在严重负面情绪或强烈疼痛,可提供音乐疗法,设置频率,一般为每次15-20min,每天1次,分贝小于等于50dB。

1.2.3 辨证用药

结合患者症状体征,进行分型,了解其中医辨证,对于湿热痹阻证者,提供三妙散,同时联合宣痹汤;对于寒湿痹阻证,为其提供麝香乌龙丸,依据中医辨证理论,选择药物,1个疗程为4周,共进行3个疗程。如患者疼痛强烈,建议实施中药离子导入,先选取相应穴位,对其进行消毒处理,开展超声离子导入,对患者产生刺激,促进药物渗透,起到活血通络、祛风除湿等功效。

1.2.4 饮食干预

中医认为该病病因有湿、风、瘀、热和寒等，结合患者证型，提供辨证施护。针对血瘀证，其存在皮下硬结、舌质暗紫等特征，日常饮食时应遵循活血通络原则，可采取山楂、小米粥、冬瓜和红枣等，不能选择肥甘厚味、生冷食物，结合患者耐受情况，采取温水泡脚。针对寒湿表现者，其主要表现有畏寒、关节畸形和舌淡苔白者，应做好保暖，日常饮食可以选择骨头汤、韭菜、香菜、鸡蛋、桂皮、香椿和姜等，结合其需求，采用拔罐、针刺等疗法。针对阴虚表现者，其主要表现有肌肉萎缩、消瘦和面色无华等，饮食以易消化为主，不能食用生冷食物，建议选择牛肉、猪腰、牡蛎等食物。

1.2.5 康复训练

鼓励患者适当运动，例如可选取八段锦，严格控制锻炼强度，每天0.5h，于患者出院前1d，提供健康资料，患者出院后，提醒其进行居家锻炼。结合病情，制定适当体育锻炼、气功疗法，改善气血运行，促进筋脉疏

通，加快恢复进程，对于存在痹症者，其诱发因素主要有牙周炎、扁桃体炎等，应及时干预。

1.3 观察项目和指标

评价自我效能：借助GSES量表^[4]，评估一般自我效能，采取RASE量表^[5]，评估RA自我效能，评分均和自我效能成正比。评价生活质量：采用QLICD-RA量表^[6]，包括健康自我认知、心理和生理，分数低则生活质量高。评价干预效果：观察两组的平均握力、DAS28评分（关节活动度）、关节肿胀数、关节压痛指数和晨僵时间。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量，行t检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我效能比较

干预后两组GSES、RASE评分均明显高于干预前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组自我效能比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

| 组别 | 例数 | GSES (分) | | RASE (分) | |
|-----|----|------------|-------------------------|------------|---------------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 39 | 21.13±2.47 | 32.56±3.62 ^a | 75.03±7.31 | 114.15±11.31 ^a |
| 对照组 | 39 | 21.21±2.34 | 24.30±3.15 ^a | 76.25±6.28 | 90.13±8.53 ^a |
| t | / | 0.147 | 10.750 | 0.791 | 10.589 |
| P | / | 0.884 | 0.000 | 0.432 | 0.000 |

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

低于干预前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

干预后两组健康自我认知、心理和生理评分均明显

表2 两组生活质量比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

| 组别 | 例数 | 健康自我认知 (分) | | 心理 (分) | | 生理 (分) | |
|-----|----|------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 39 | 24.62±2.56 | 15.15±1.37 ^a | 15.34±2.25 | 7.34±1.14 ^a | 27.23±3.35 | 9.11±1.01 ^a |
| 对照组 | 39 | 24.61±2.64 | 21.56±1.48 ^a | 15.36±2.21 | 11.67±1.29 ^a | 27.31±2.91 | 14.35±1.46 ^a |
| t | / | 0.017 | 19.849 | 0.040 | 15.707 | 0.113 | 18.433 |
| P | / | 0.986 | 0.000 | 0.969 | 0.000 | 0.911 | 0.000 |

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组干预效果比较

关节肿胀数、关节压痛指数和晨僵时间均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

观察组的平均握力明显高于对照组，DAS28评分、

表3 两组干预效果比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

| 组别 | 例数 | 平均握力 (mmHg) | DAS28 (分) | 关节肿胀数 | 关节压痛指数 | 晨僵时间 (min) |
|-----|----|-------------|-----------|-----------|------------|------------|
| 观察组 | 39 | 88.27±5.38 | 2.17±0.25 | 2.18±0.24 | 6.05±0.23 | 10.13±1.14 |
| 对照组 | 39 | 73.31±5.19 | 3.28±0.47 | 5.30±1.47 | 13.58±0.24 | 25.37±1.26 |
| t | / | 12.498 | 13.021 | 13.081 | 141.464 | 56.012 |
| P | / | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

3 讨论

RA目前病因不明,缺乏特效疗法,RA发病会侵犯膝、肩等多个关节,生活质量下降,因RA容易反复、病程长、疼痛明显,患者易产生抑郁、不安等心理,其遵医行为受到干扰,预后不佳^[7]。采取常规护理,仅能一定程度改善RA病情,难以调节心理状态,联用西药时易产生不良反应,疗效不明显^[8]。

中医将RA纳为“尪痹”“痹症”,机体受外邪侵犯,或受外伤、劳损等因素影响,阻碍脉络,引发疼痛^[9]。RA的致病因素主要有湿、风、瘀、热和寒等,中医干预原则包括舒筋通络、散寒、清热等。结合RA内外因,中医对RA进行辨证分型,包括肾气虚寒证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、瘀血痹阻证和肝肾阴虚证。采用中医护理措施,其存在明显优势,其能明显缓解临床表现。中医护理基本无副反应,具有较强针对性。基于中医整体、辨证等理念,予以干预,提供情志疏导,帮助患者减轻疼痛,提供辨证用药,具有活血、散寒和祛湿等作用,证型不同,临床干预的重点不同,能有效减轻病情。利用中药离子导入技术,借助穴位刺激、超声技术,可推动药物渗透,能调节血液循环^[10]。结合患者分型,选择不同干预措施,例如湿热痹阻者,其主要表现为肿痛、胸闷、苔白腻等,建议选取具有清热利湿功效的食物,及时清洁房间卫生,保证清凉和干燥;对于肝肾阴虚者,患者常见表现有畸形、关节酸痛、肌肉萎缩和脉沉细弦等,建议选取具有补益肝肾作用的食物,调节好房间温度,确保光线柔和;对于寒湿痹阻者,其常见表现有肿痛、关节畸形和晨僵等,可采取拔罐、熏洗、电针及热敷等方法,起到舒筋活络功效,饮食以辛温为主,房间内部应干燥和温暖;针对瘀血痹阻者,主要表现为脉沉细涩、关节肿胀畸形、皮下硬结等,可对涌泉穴进行按摩,采取温水泡脚,饮食保证容易消化及清淡,房间内应光线适宜,保证安静;对于肾气虚寒证者,患者肿胀、冷痛、晨僵,做好保暖工作,日常饮食保证高热量、高蛋白,确保房间内部温暖。本次研究结果显示和对照组比,观察组的GSES、RASE评分均更高($P < 0.05$),表明采取中医护理措施可提升自我效能。观察

组的平均握力更高,DAS28评分、关节肿胀数、关节疼痛指数和晨僵时间均更低($P < 0.05$),代表该模式能有效减轻病情,促进关节功能恢复。观察组的健康自我认知、心理和生理评分均更低($P < 0.05$),表示该模式可提升生活质量。说明应用中医护理措施可以有效减轻RA病情。

综上,给予RA患者中医护理措施能显著提升生活质量和自护效能,改善临床症状,具有推广价值。

参考文献

- [1]马梦圆,杨巧菊,徐慧,王德贞.寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者行虎符铜砭刮痧效果观察[J].护理学杂志,2023,38(20):52-55.
- [2]黄献群.膝骨性关节炎中医护理技术的研究进展[J].蛇志,2023,35(3):399-402.
- [3]汪珍珠.CICARE标准化沟通模式在类风湿关节炎患者中的应用效果[J].中国当代医药,2023,30(25):177-180.
- [4]曹锦涛,田晓芳,王海涛,董苏锐.穴位注射疗法在膝骨性关节炎临床应用中的研究进展[J].中国老年保健医学,2023,21(4):121-125.
- [5]杨雅麟,邱少彬,杨美琴.痛风性关节炎急性期的中医护理研究进展[J].中国中医急症,2023,32(8):1500-1504.
- [6]郑丽丽,杜敏,袁冬,刘爱娟,李玉利.中医特色护理干预联合疼痛管理对急性痛风性关节炎患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(15):61-64.
- [7]张义美,刘峻承,谭琦,熊英,阳宏秋,杨祖涌,程秋萍.膝骨性关节炎中医治疗及护理的研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(9):192-194.
- [8]毛鸿筱,唐锐,祁万君,王小丽,赵倩.中医护理技术在不同证型类风湿关节炎患者中的应用进展[J].中国疗养医学,2023,32(5):497-499.
- [9]李春梅.中医辨证护理在膝骨性关节炎病人中的护理效果分析[J].婚育与健康,2023,29(4):181-183.
- [10]芬,刘丹,梁青鑫,郑莉萍,王华新.类风湿关节炎常见适宜中医护理技术操作关键点的构建研究[J].护理管理杂志,2021,21(10):717-720+746.