类风湿关节炎患者疼痛管理与康复护理对策探析

张亚楠　张晓菲　王　珊
石嘴山市第一人民医院　宁夏　石嘴山　753200

摘　要：目的：分析类风湿关节炎（RA）患者的疼痛管理和康复护理的有效措施以及效果。**方法：**选择在我院接受治疗的80名RA患者作为研究对象，随机分为对照组和观察组各40人。对照组给予一般护理，而观察组在此基础上进行系统的疼痛管理以及个性化的康复护理，即多维度疼痛评估、药物镇痛护理配合、物理因子治疗、运动康复锻炼、心理咨询和支持、疾病相关知识宣教等。对比分析两组患者干预前后的视觉模拟评分（VAS）、晨僵时间、关节压痛点数量、健康评估问卷（HAQ）评分以及焦虑自评量表（SAS）评分。**结果：**干预后观察组VAS评分、晨僵时间、关节压痛点数量、HAQ评分以及SAS评分均明显低于对照组（$P < 0.05$）。**结论：**系统的疼痛管理和个性化的康复护理可以有效地减轻RA患者的疼痛感，提高其关节活动能力和心理健康水平，在临床上具有良好的应用前景。

关键词：类风湿关节炎；疼痛管理；康复护理；临床研究；自我管理

引言

类风湿关节炎（Rheumatoid Arthritis，RA）是以对称性多关节滑膜炎为主要表现的慢性全身性自身免疫性疾病，在全世界发病率为0.5%-1% [1]。疼痛是RA患者的最主要也是最痛苦的问题，约有70%以上的患者在其病程中有不同程度的疼痛[2]。而长期疼痛可造成关节活动受限、肌肉萎缩、功能减退，并伴有焦虑、抑郁、失眠等症状，从而出现“疼痛—残疾—心理问题”的恶性循环[3]。近年来，RA的治疗已不再仅仅是控制炎症，而是追求“达标治疗”以及整体管理，疼痛管理和康复护理成为其中重要的一部分。但目前临床上还存在疼痛评估不到位、康复护理缺乏个性化、患者自我管理能力差等一系列问题[4]。本文通过对我院80名RA患者开展随机对照研究，来观察系统的疼痛管理和个性化的康复护理的效果，以便更好地应用于临床护理工作中。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在我院风湿免疫科就诊的80名RA患者作为研究对象。入组条件：符合1987年美国风湿病学会（ACR）或2010年ACR/EULAR RA分类标准；年龄在18-75岁之间；病程大于等于6个月；神志清醒，能够进行评价以及锻炼；自愿签署知情同意书。排除条件：有严重的并发心脏病、肝脏疾病或者肾脏疾病；患有恶性肿瘤或者其他严重自身免疫性疾病；孕期或哺乳期女性；精神病或者痴呆症等导致不能合作的人。

用随机数字表法将80名患者随机分为对照组和观察组各40人。在对照组中男性11人，女性29人；年龄22-73岁，平均（48.6±10.3）岁；病程0.8-15年，平均（6.2±3.1）年。而在观察组中有男性13人，女性27人；年龄为20-75岁，平均（49.1±9.8）岁；病程为0.6-16年，平均（6.5±3.4）年。而两组患者的性别、年龄、病程以及疾病活动度等比较均无显著性差异（$P > 0.05$），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规护理：遵医嘱给药，观察药物不良反应；给予患者一般性健康教育，如疾病相关知识、服药指导以及关节保护等；让患者合理休息和运动。

1.2.2 观察组

除常规护理外进行系统的疼痛管理和个性化的康复护理，其方法是：

多维度疼痛评价及跟踪观察。应用数字评分法（NRS）、麦吉尔疼痛问卷（MPQ）对患者的疼痛程度以及类型进行评估，同时使用DAS28评价疾病的活跃程度。入院时、治疗改变后、康复锻炼前后以及出院前各一次，填写疼痛日志，记录患者的疼痛位置、性质、时间长短以及引起疼痛或减轻疼痛的因素。让患者辨别炎症性疼痛与机械性疼痛，及时向医护人员反映自己的疼痛情况。

药物镇痛护理配合。按医生要求服用NSAIDs、DMARDs以及生物制剂等，注意观察有无胃肠道不适、肝肾功能异常及感染等情况发生。嘱咐患者餐后服药，禁止同时应用多种NSAIDs类药物。在使用生物制剂之前进行结核、病毒性肝炎等相关检查，在使用之后还需密切留意局部情况。对于神经病理性疼痛部分，根据医嘱给予加巴喷丁或者度洛西汀等，注意监测有无出现头

晕、嗜睡等副作用。

物理因子治疗。急性炎症期用冷疗，每次15～20分钟，每日2～3次，以减轻关节肿胀及疼痛；慢性期用热疗（热敷、蜡疗等），每次20～30分钟，每日1～2次，以解除肌肉痉挛及晨僵；经皮电神经刺激（TENS）每次20～30分钟，每日1～2次，利用闸门控制学说而起到止痛作用。

个性化运动康复锻炼。依据患者的关节情况以及耐受程度进行相应的锻炼：①关节活动度训练：每天两次，每次10-15分钟，包括手指、手腕、肘部、肩膀、膝盖、脚踝等活动；②等长收缩训练：每天一次，每次15分钟，加强大腿前侧肌肉群、臀部肌肉等力量；③较低强度有氧运动：比如水中操、走路、太极等，每周3-5次，每次20-30分钟。运动量不宜过大以免增加明显疼痛感，逐渐增加。

1.3 观察指标

疼痛评分：采用VAS评分（0～10分），数值越大表示疼痛程度越高。晨僵时间：指患者早晨起床时关节僵硬所持续的时间（以分钟计）。关节压痛数：对28个关节进行检查，记录有压痛的关节数目。关节功能：采用健康评估问卷（HAQ）评分，从0到3分，得分越高说明关节功能越差。心理状况：采用焦虑自评量表（SAS）评分，大于等于50视为存在焦虑。

1.4 统计学方法

用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对t检验；计数资料以率表示，采用χ^2检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后VAS评分比较

干预前两组VAS评分比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组VAS评分显著低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表1。

表1 两组干预前后VAS评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	干预前	干预后
对照组	40	6.82±1.24	4.15±1.08
观察组	40	6.75±1.31	2.63±0.92
t值		0.246	6.782
P值		> 0.05	< 0.05

2.2 两组干预前后晨僵时间比较

干预前两组晨僵时间比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组晨僵时间显著短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表2。

表2 两组干预前后晨僵时间比较（$\bar{x}\pm s$，分钟）

组别	n	干预前	干预后
对照组	40	68.5±15.2	42.3±11.6
观察组	40	70.1±14.8	25.7±9.4
t值		0.475	7.031
P值		> 0.05	< 0.05

2.3 两组干预前后关节压痛数比较

干预前两组关节压痛数比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组关节压痛数显著少于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表3。

表3 两组干预前后关节压痛数比较（$\bar{x}\pm s$，个）

组别	n	干预前	干预后
对照组	40	12.6±3.8	8.4±2.9
观察组	40	12.9±3.5	5.2±2.1
t值		0.367	5.648
P值		> 0.05	< 0.05

2.4 两组干预前后HAQ评分比较

干预前两组HAQ评分比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组HAQ评分显著低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表4。

表4 两组干预前后HAQ评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	干预前	干预后
对照组	40	1.68±0.42	1.12±0.35
观察组	40	1.72±0.39	0.71±0.28
t值		0.442	5.791
P值		> 0.05	< 0.05

2.5 两组干预前后SAS评分比较

干预前两组SAS评分比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组SAS评分显著低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表5。

表5 两组干预前后SAS评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	干预前	干预后
对照组	40	56.3±8.7	48.6±7.2
观察组	40	57.1±9.2	39.4±6.5
t值		0.398	6.024
P值		> 0.05	< 0.05

3 讨论

3.1 系统化疼痛管理可有效缓解RA患者疼痛

本研究显示，观察组干预后VAS评分明显低于对照组（$P<0.05$），说明系统化的疼痛管理可以缓解RA患者的疼痛症状，这与张丽等人的发现是一致的。系统化的疼痛管理模式注重全面的评估、持续的观察以及个性化的处理措施，在护士能尽早发现患者的疼痛情况并且作出相应对策。药物镇痛护理保证药物的安全使用及服药的

依从性，而物理因子治疗利用冷热疗法以及TENS阻断疼痛神经传导路径的作用，两者结合使镇痛效果更佳。

3.2 个体化康复护理可改善关节功能与晨僵

观察组干预后晨僵时间和关节压痛数目均小于对照组（$P < 0.05$），HAQ评分也得到明显缓解（$P < 0.05$）。个性化运动康复训练结合患者自身关节情况以及承受能力设计计划，关节活动度练习及等长收缩有助于增加肌肉力量、提高关节稳定性，低强度有氧运动能够使人体自身产生内源性止痛物质。水中体操由于水中有一定浮力可以减少关节负重，适合RA病人长期坚持。康复锻炼要逐步进行，不能过度以免造成更多不适。

3.3 心理支持与自我管理教育可改善心理状态

观察组干预后SAS评分明显低于对照组($P < 0.05$)，说明心理支持以及认知干预对缓解焦虑有积极作用。认知行为疗法使患者改变灾难化思维，放松训练减低交感神经兴奋度，团体心理辅导给患者提供社会支持。自我管理教育以系统课程加定期随访的形式让患者掌握如何正确地进行疼痛评定、服药以及关节保护等知识技能，从而提升其自信心。研究显示自我效能感与类风湿关节炎患者的疼痛程度、功能活动能力和生活质量密切相关。

3.4 多学科协作模式的必要性

RA疼痛管理需要风湿科、康复科、心理科、护理等多方合作。而护士则是疼痛评估、健康宣教、康复锻炼以及后续随访工作的中心枢纽人物。组建由护士主导多学科疼痛管理模式并设计个性化照护方案可以更高效地进行疼痛管理工作并且让患者满意。未来还可以继续探索远程随访、移动健康APP对RA疼痛管理的影响。

3.5 本研究的局限性

本研究样本量较少，随访时间较短，未观察到远期效应，以后需要进行多中心、大样本、长周期的研究来验证系统性疼痛管理和康复护理带来的益处。同时，本研究未纳入生物标志物（例如炎症因子等）进行分析，在以后的工作中可以加入该部分内容以更好地理解其作用机制。

结束语

RA患者的疼痛管理应包括药物镇痛、物理因子治疗、运动康复、心理疏导以及患者自我管理教育等多种方法。而本研究显示，系统的疼痛管理和个性化的康复照护能够有效减轻患者的疼痛程度，提高关节活动度以及改善其心理状况。因此，在临床上需要有护士主导的跨学科团队合作，为患者提供个性化的护理计划并且教会他们如何进行自我管理。今后的工作可以进一步探索远程护理或者移动健康的使用，从而给RA患者持续、不间断且个性化的疼痛管理和康复照顾。

参考文献

[1]中华医学会风湿病学分会.类风湿关节炎诊疗规范[J].中华内科杂志,2022,61(1):20-30.

[2]张丽,王艳,李娟.类风湿关节炎患者疼痛评估及护理干预研究进展[J].中华护理杂志,2021,56(8):1256-1260.

[3]刘敏,陈静,赵雪.慢性疼痛自我管理在类风湿关节炎患者中的应用效果[J].护理学杂志,2023,38(4):78-82.

[4]王芳,李红,张敏.类风湿关节炎康复护理的研究现状与展望[J].中国康复医学杂志,2022,37(6):845-849.