

以护理结局为导向的个体化护理方案 在类风湿关节炎住院患者中的应用

刘亚楠 陈茜 *

海军军医大学第一附属医院风湿免疫科, 上海 200433

摘要: 目的: 探讨以护理结局为导向的个体化护理方案在类风湿关节炎住院患者中的应用效果。方法: 选取海军军医大学第一附属医院风湿免疫科住院的类风湿关节炎患者 90 名, 随机分为对照组与观察组, 每组 45 名, 对照组予以风湿免疫科常规护理, 观察组在常规护理的基础上予以制定以护理结局为导向的个体化护理方案, 比较两组干预前后焦虑及抑郁量表评分、DAS28 评分、生活质量 (SF-36) 评分, 并进行护理满意度调查。结果: 干预前两组患者一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$), 干预后与对照组相比, 观察组患者在焦虑及抑郁量表评分、DAS28 评分、生活质量 (SF-36) 评分改善明显, 且差异存在统计学意义 ($P<0.001$), 与对照组相比护理满意度更高, 差异存在统计学意义 ($P<0.001$)。结论: 以护理结局为导向的个体化护理方案可以改善类风湿关节炎患者心理状态、降低类风湿关节炎患者 DAS28 活动度评分、提高患者生活质量, 对类风湿关节炎患者心理接受能力、提高治疗依从性具有较好的应用价值。

关键词: 护理结局为导向; 个体化护理方案; 类风湿关节炎; DAS28; 生活质量。

引言

类风湿关节炎 (Rheumatoid arthritis, RA) 是一种病因未明的慢性系统性自身免疫性疾病, 以关节滑膜成纤维样细胞增生、血管翳生成为主要病理表现, 进而引起关节软骨和骨质的不可逆破坏, 最终导致全身多关节畸形、僵直, 严重影响患者生活质量及心理健康^[1]。现有治疗方案以非甾体消炎镇痛药、免疫抑制剂、生物制剂等药物为主^[2], 在欧美国家 RA 的治疗是国家财政的一项重大支出^[3], 而药物相关的不良反应进一步降低患者依从性^[4], 从而更加影响生活质量。以护理结局为导向的个体化护理方案, 可以根据每个患者特殊的护理需求, 提前考虑到患者可能存在的护理结果, 从而提前设计方案, 并进行个体化实施^[5], 改善患者预后, 提高患者生活质量, 进而提高患者治疗的依从性, 可以很大程度的改善患者心理状况及生活质量。

护理结局主要是指护理行为干预后的效果, 可以衡量该护理行为对患者是否有效, 可协助护士临床决策^[6], 目前以护理结局为导向的个体化护理方案在慢病管理、重症监护、外科术后、中医药治疗等有较多的相关研究, 且都取得较好的临床效果。而关于其在 RA 患者中的研究较少, 因此, 本研究拟在类风湿关节炎患者中探讨以护理结局为导向的个体化护理方案的实施效果, 进而推广至其他风湿免疫系统疾病。

1 资料与方法

1.1 研究对象

追踪记录 2021 年 -2023 年于海军军医大学第一附属医院风湿免疫科收治的符合 2010 年美国风湿病协会 (ACR) 和欧洲抗风湿病联盟 (EULAR) 联合修订的类风湿关节炎诊断标准^[7] 的 RA 患者, 按照随机数原则, 将该时间段内住院患者分对照组与观察组, 对照组予以风湿免疫科常规护理, 观察组在常规护理的基础上予以制定以护理结局为导向的个体化护理方案。该段时间内共收治符合诊断标准的 RA 患者 137 例, 选取其中既往病史资料完整且能配合相关个体化护理方案实施项目的共计 105 例。入组标准: (1) 年龄: 18-65 周岁; (2) 二级及以上医院诊断的类风湿关节炎病史 1 年以上患者; (3) 规律传统 DMARDs 药物或生物制剂治疗; (4) 可配合完成相关调查问卷及相关测量工具。排除标准: (1) 关节明显畸形、活动明显受限者; (2) 罹患类风湿关节炎前有明确诊断病史的精神心理疾病者, 如: 焦虑、抑郁、精神分裂症、失眠、情感障碍等; (3) 严重心脑血管疾病、消化系统疾病、血液系统疾病等; (4) 合并其他风湿性疾病者; (5) 住院天数不符合研究时长及不配合者。其中符合本研究入组及排除标准的共计 90 例。其中对照组 45 例、观察组 45 例, 两组患者入组时的年龄、病程、血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP)、DAS28 评分构成差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具体见表 1。该研究符合《赫尔辛基宣言》要求, 且入组患者均知情告知并签署知情同意书。

表 1 两组患者一般病情资料比较

组别	例数	年龄（岁）	病程（年）	ESR（mm/h）	CRP（mg/L）	DAS28（分）
观察组	45	41.44 ± 12.38	10.20 ± 4.57	41.13 ± 11.05	7.49 ± 4.76	4.11 ± 0.98
对照组	45	42.38 ± 13.46	13.53 ± 16.25	38.53 ± 11.91	6.05 ± 2.91	4.23 ± 1.05
P	—	0.961	0.182	0.623	0.079	0.521

1.2 研究方案

1.2.1 对照组

予以常规护理，包括健康宣教、护理观察、用药指导、饮食指导、出院指导、对症护理等。

1.2.2 观察组

在常规护理的基础上加入以护理结局为导向的个体化护理方案框架。方案制定：根据既往临床工作中 RA 患者易出现的关节肿痛、焦虑抑郁、睡眠障碍、生活质量下降等问题[8 9]，分为三个阶段。①入院后至药物治疗前，向患者交代病房基础设施、该疾病临床表现及注意事项，做好心理预期，并对患者存在的疑问做好解释，消除患者对疾病恐慌心理；②药物治疗至出院前，根据患者疾病情况及问病史得来的一般资料，考虑患者可能存在的护理结局^[10]，予以（1）病房环境护理：选用患者满意的床垫厚度、空调温度、病房湿度及相关影音节目、书籍等^[11]。（2）饮食护理：指导患者多食高维生素、高纤维素、易消化、清淡爽口的食物，少食刺激性、油腻的食物，对于合并骨质疏松的患者指导其适当增加高钙饮食（3）心理护理：研究人员应及时察觉患者相关情绪变化，与患者多交流，耐心讲解疾病注意事项，告知其积极治疗后的良好预后，增加患者治疗的信心，并同患者家属深入交流，了解患者性格，与家属共同进行患者心理教育，增强其克服疾病的信心，增加患者治疗的依从性（4）疼痛护理：向患者交代 RA 疾病易累及的部位及疼痛性质以及使用非甾体或激素药物治疗时严格遵医嘱使用并追踪患者用药有无不良反应，及时对症处理，注意关节等处保暖（5）功能锻炼指导：向患者及家属做好宣教，告知患者功能锻炼的重要性，根据不同患者、不同部位，制定不同的功能锻炼方式，如：手指操、八段锦^[12]等。③出院至出院后 3 月，做好出院指导及随访宣教：出院后详细告知患者服药注意事项，复诊必要性，有哪些症状出现后应及时来院就诊，并嘱其做好功能锻炼。

1.3 观察指标

（1）RA 活动度评分：采用 DAS28 进行评分，< 2.6 疾病缓解；2.6–3.2：轻微疾病活动；3.2–5.1 中度疾病活动；> 5.1 重度疾病活动^[13]；（2）心理状况评分：应用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评价，SAS 得分 ≥ 50 分为焦虑，SDS 得分 ≥ 53 分为抑郁^[14]；（3）生活质量评分：用简明健康状况调查问卷（SF-36）^[6]对两组干预前、干预后生活质量进行评估，共 9 个维度，生活质量与得分成正比，各维度满分 100 分，得分越高

表示生活质量越高；（4）护理满意度：采用本院住院患者体验与满意度监测表及 SERVQUAL 评分表^[15]分别从可靠性、保证性、有形因素、同理心、响应性方面进行评分。

1.4 统计方法

采用 SPSS22.0 及 Graphpad prism8 统计软件对数据进行统计学处理，计数资料采用卡方检验，计量资料用均数 ± 标准差表示，组间差异采用 t 检验，P < 0.05 差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 DAS28 评分

入院时两组评分无统计学意义，干预后 1 周两组均较干预前好转，但两组差异无统计学意义（P > 0.05），干预后 2 周两组均较干预前好转，与对照组相比，观察组更明显，差异存在统计学意义（P < 0.001），具体见表 2。

表 2 两组 DAS28 评分比较

组别	例数	DAS28 入院	DAS28（1 周）	DAS28（2 周）
观察组	45	4.11 ± 0.98	3.778 ± 0.65	2.33 ± 0.79
对照组	45	4.23 ± 1.05	3.86 ± 0.82	3.78 ± 0.49
P		0.521	0.548	< 0.001

2.2 心理状况评分

SAS、SDS 评分两组均较干预前好转，与对照组相比，观察组好转更明显，且差异存在统计学意义（P < 0.001），具体见表 3。

表 3 两组心理状况评分比较

组别	例数	SDS 评分		SAS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	45	60.33 ± 5.56	47.84 ± 4.97	60.31 ± 5.48	47.31 ± 4.91
对照组	45	60.64 ± 5.64	57.60 ± 4.29	60.62 ± 5.42	56.473 ± 4.57
P		0.802	< 0.001	0.797	< 0.001

2.3 两组生活质量 SF-36 评分

干预后均较干预前有好转，具体见表 4。

表 4 两组生活质量 SF-36 评分

维度	观察组（n=45）		对照组（n=45）	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理机能	52.13 ± 1.58	72.31 ± 4.36	52.80 ± 1.49	64.42 ± 2.76
生理职能	52.36 ± 1.45	73.09 ± 3.96	52.96 ± 1.54	67.13 ± 4.38
躯体疼痛	58.91 ± 9.18	73.62 ± 4.02	59.82 ± 7.47	73.53 ± 4.34
一般健康	52.67 ± 1.61	72.56 ± 4.74	53.02 ± 1.67	67.36 ± 4.22
精力	49.93 ± 4.49	65.73 ± 6.35	49.71 ± 4.96	67.89 ± 4.74
社会功能	49.49 ± 4.71	69.86 ± 8.47	49.33 ± 4.91	61.32 ± 3.76
情感职能	52.38 ± 1.81	75.35 ± 7.49	53.09 ± 1.78	71.16 ± 8.94
精神健康	53.07 ± 2.7	70.95 ± 6.87	53.98 ± 2.63	64.28 ± 7.52
健康变化	53.11 ± 3.01	75.68 ± 9.53	54.04 ± 2.96	74.25 ± 5.84

2.4 护理满意度评价

本院住院患者体验与满意度监测表均为 100 分，遂进一步采用 SERVQUAL 评分系统^[15]进行评分，具体见表 5。

表 5 两组患者护理满意度评分

组别	例数	可靠性	保证性	有形因素	同理心	响应性
观察组	45	4.15 ± 0.32	4.76 ± 0.18	4.58 ± 0.22	4.06 ± 0.34	4.83 ± 0.39
对照组	45	3.78 ± 0.27	4.38 ± 0.23	3.98 ± 0.19	3.51 ± 0.25	4.01 ± 0.24
P		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

类风湿关节炎是风湿免疫科常见的致残性炎症性免疫性关节炎，各种年龄均可发作，世界范围内的患病率约 1%。滑膜成纤维样细胞的发生是类风湿关节炎患者重要的病理表现，滑膜细胞的异常增殖可延伸至骨软骨表面，加快骨质侵蚀，致使多关节畸形及运动障碍^[16]。研究证明早期积极治疗能阻止关节的破坏，减少致残率。

目前类风湿关节炎的治疗药物治疗包括非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、改善病情的抗风湿药 (DMARDs)、糖皮质激素、生物制剂、植物药等^[4]。但类风湿关节炎目前仍不能根治，因此患者若治疗过程中出现疾病复发、病情的加重会严重打击患者治疗的信心，加重社会负担。因此本研究在根据临床存在的实际问题，检索相关文献，发现以护理结局为导向的护理方案在其他慢性疾病、创伤性疾病中存在较好的使用效果。遂在积极、规律治疗的基础上，提出已护理结局为导向的个体化护理可以很大程度的减轻患者的疼痛、焦虑紧张心理，提高患者生活质量这一设想。

现代临床工作中，以护理结局为导向的理论及实践模型已经在临床研究中应用并获得较好效果，例如马玉琴^[17]曾报道，在胃癌中行护理导向为结局的个体化护理可以显著改善患者预后及生活质量。与基础护理比较，以护理结局为导向的个体化护理是在临床治疗的基础上，在日常积累的临床经验中，给予患者更专业、更独一无二的多次连续护理，帮助护理干预措施得到有效衔接，护理措施得以高效实施并进行，针对性较强，能确保每个护理指标的预期效果。

本研究所提出个体化护理三个步骤，是基于护理结局为导向的干预通过对影响病人存在的问题进行分析，通过分析发现，病人刚入院时存在对陌生环境的不适应，对疾病认知的不足及心理对所罹患疾病的不接受，从而普遍存在焦虑、抑郁情绪，而不良情绪的出现又与 RA 疾病本身出现的躯体疼痛、病人不会宣泄情绪及认知偏差有关。因此，本研究根据护理结局提出个体化护理，并得到良好回馈。

本研究从临床实际问题出发，到课题构思、病例入组、护理方案制定、数据采集、量表制作、数据分析等各方面，比较系统的探讨了以护理结局为导向的个体化护理方案在类风湿关节

炎住院患者中可改善常见心理及身体不适，对类风湿关节炎患者心理接受能力、提高治疗依从性有较好的研究价值，下一步可根据医院条件在风湿免疫其他疾病中进行更详细探讨。

综上所述，以护理结局为导向的个体化护理方案可以降低类风湿关节炎患者疾病活动度评分、改善心理状况、提高患者生活质量，并提高医院护理服务能力。

参考文献：

[1]Felson D, Smolen J. Trial of Upadacitinib or Abatacept in Rheumatoid Arthritis. The New England journal of medicine 2021;384(1):83.

[2] 吴晨, 魏响, 高慧琴. 基于网络药理学的类风湿关节炎药物治疗研究进展. 中医药学报 2020;48(2):5.

[3]Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum;44(2):123-30.

[4] 余志谋. 类风湿性关节炎的临床诊断及药物治疗进展. 现代诊断与治疗 2018;29(5):2.

[5] 黄婷, 叶惠. 对比分析个体化护理、常规护理应用于风湿免疫患者中的护理价值. 家庭医药: 就医选药 2018

[6] 余淑萍, 邓美丽, 廖润兰. 以护理结局为导向的路径模式在老年膝关节置换术患者中的应用. 齐鲁护理杂志 2022(018):028.

[7] 吕芳, 李幸福. 2010 年美国风湿病学会联合欧洲抗风湿病联盟的类风湿关节炎分类标准解读. 诊断学理论与实践 2010(4):4.

[8] 李冬梅, 周杰, 沈孟宏, et al. 心理护理对风湿病患者症状改善及护理满意度的作用评价. 心理月刊 2019(17):1.

[9] 梁红玉. 探究个体化疼痛护理对类风湿关节炎患者疼痛程度及心理状态的影响. 2021

[10] 蒋燕红, 傅根莲, 刘晓霞. 类风湿关节炎护理研究进展. 中华现代护理杂志 2018(9):1112-16.

[11] 崔云. 体感音乐疗法联合心理疏导在类风湿关节炎患者护理中的价值. 心理月刊 2022;17(9):112-14.

[12] 高保红路艳赵艳菊高丽娜. 个性化功能锻炼在类风湿关节炎护理中的应用. 中医正骨 2019;31(6):77-79.

[13]Ahmad MW, Goswami A, Rajesh, et al. Comparison between the Improvements in Disease Activity Score 28 (DAS28) Using Erythrocyte Sedimentation Rate (DAS28-ESR) and Clinical Parameters in Cases of Waja-al-Mafasil (Rheumatoid Arthritis). 2018(1)

[14] 丁明辉, 韦尼, 刘小平, et al. 慢性病管理对类风湿关节炎患者疾病控制及生存质量的影响. 世界中西医结合杂志 2018;13(4):4.

[15] 于丽丽, 卢明, 吕娅楠. 以护理结局为导向的多学科协作护理在前列腺手术患者中的应用. 当代护士: 下旬刊

2023;30(6):67-71.

[16] 陈向华, 王建吉, 耿学丽, et al. 白细胞介素 -17 对老年类风湿关节炎患者成纤维样滑膜细胞增殖和趋化因子分泌的影响及作用机制. 中国老年学杂志 2018;38(1):3.

[17] 马玉琴. 以护理结局为导向的多学科合作模式护理对胃

癌患者术后护理干预效果探究. 2020

作者简介: 刘亚楠, (1992-09), 女, 汉族, 本科。研究方向为: 风湿免疫系统疾病的临床护理。

通讯作者 *: 陈茜, 女, 本科, 主管护师