

# 类风湿关节炎患者疼痛管理的护理策略探讨

曹玉君

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

**【摘要】**目的：探讨针对类风湿关节炎患者实施创新型疼痛管理护理策略的效果。方法：本研究选取2023年2月到2025年2月期间在我院风湿免疫科接受治疗的100例类风湿关节炎患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为对照组和实验组，每组各50例。对照组患者实施常规疼痛管理护理，实验组患者在常规护理基础上采用创新型疼痛管理护理策略。结果：干预后，实验组患者的VAS评分显著低于对照组，差异有统计学意义（ $t=11.832$ ， $P<0.001$ ）。实验组患者的疼痛缓解时间明显短于对照组（ $t=13.043$ ， $P<0.001$ ）。实验组患者的SF-36评分显著高于对照组（ $t=13.542$ ， $P<0.001$ ）。结论：对类风湿关节炎患者采用包括疼痛评估动态化管理、个性化物理干预、心理-行为干预及疼痛自我管理教育在内的创新型疼痛管理护理策略，能有效减轻患者疼痛程度，缩短疼痛缓解时间，提高患者生活质量，具有重要的临床应用价值，值得在类风湿关节炎患者护理中推广。

**【关键词】**：类风湿关节炎；疼痛管理；护理策略；个性化干预；生活质量

DOI:10.12417/2982-3676.25.02.003

## 引言

类风湿关节炎作为一种以侵蚀性、对称性多关节炎为主要临床表现的慢性自身免疫性疾病，其核心症状之一便是慢性疼痛，且疼痛程度常随病情进展呈现持续性加重趋势。这种疼痛不仅源于关节滑膜炎引发的局部组织水肿、充血及软骨破坏，还与炎症介质（如肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-6等）刺激神经末梢密切相关，严重时可导致患者关节活动受限、睡眠障碍、情绪抑郁，甚至丧失劳动能力，极大地降低了生活质量。据流行病学调查显示，全球类风湿关节炎患病率约为0.5%-1%，我国患病率约0.3%，其中超过80%的患者因疼痛问题寻求医疗干预<sup>[1]</sup>。但传统的疼痛管理模式多依赖药物镇痛，存在药物不良反应、剂量依赖及镇痛效果个体差异大等局限。同时，患者对疼痛的认知误区（如担心药物成瘾而拒绝用药）、自我管理能力不足等因素，进一步加剧了疼痛控制的难度。因此，探索涵盖药物干预、非药物辅助、心理疏导及健康教育等多维度的综合护理策略，成为改善类风湿关节炎患者疼痛状况、提升其生存质量的关键课题，也为临床护理工作提供了重要的研究方向。

## 1 研究资料与方法

### 1.1 一般资料

于2023年2月至2025年2月，我院风湿免疫科严格按照纳入和排除标准筛选100例类风湿关节炎患者作为研究对象。纳入标准：符合类风湿关节炎诊断标准；存在明显关节疼痛症状，视觉模拟评分法（VAS）评分 $\geq 4$ 分；年龄18-75岁；患者知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍；存在精神疾病或认知功能障碍，无法配合研究；对本研究中使用的物理干预方法过敏；近期接受过其他类似疼痛管理干预。为了保证组间可比性，将这100例随机分成两组，对照组和实验组各50例。经统计学检验，两组患者在性别构成（ $X^2=0.167$ ， $P=0.683$ ）、年龄分布（ $t=0.287$ ， $P=0.775$ ）、

病程（ $t=0.483$ ， $P=0.630$ ）及受累关节等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 实验方法

对照组患者实施常规疼痛管理护理，具体包括：遵医嘱按时给予患者非甾体抗炎药、抗风湿药等止痛药物，观察药物疗效及不良反应；密切观察患者疼痛部位、性质、程度及持续时间等，做好记录；保持病房环境安静、舒适，温度和湿度适宜，为患者提供良好的休息环境；进行常规健康宣教，向患者讲解类风湿关节炎的相关知识、疼痛产生的原因及缓解疼痛的注意事项等。

实验组患者在常规护理基础上采用创新型疼痛管理护理策略，具体如下：

（1）疼痛评估动态化管理：每日早晚各一次采用视觉模拟评分法（VAS）评估患者疼痛程度，同时结合疼痛影响量表（PI-NRS）评估疼痛对患者睡眠、情绪、日常活动等方面的影响。根据评估结果制定个性化干预计划，若VAS评分 $\geq 5$ 分，增加物理干预次数；若疼痛对睡眠影响较大，调整心理干预时间至睡前。

（2）个性化物理干预：由专业护理人员根据患者疼痛部位、程度及病情分期制定物理干预方案。对于处于慢性疼痛期、关节无明显红肿的患者，采用蜡疗（将蜡袋加热至45-50℃，敷于疼痛关节，每次25分钟，每日1次）联合红外线照射（距离关节30-50cm，每次30分钟，每日1次）；对于急性炎症期、关节红肿热痛的患者，采用冷疗（冰袋外包干毛巾敷于疼痛关节，每次15分钟，每日3次）；对于疼痛持续且药物疗效不佳的患者，加用经皮神经电刺激（TENS），电极片贴于疼痛关节两侧，频率50-100Hz，强度以患者感觉舒适且有轻微震颤为宜，每次30分钟，每日1次。

（3）心理-行为干预：每周开展2次认知行为疗法团体辅

导，每次 60 分钟，帮助患者认识到疼痛与情绪的相互影响，纠正“疼痛无法控制”等负性认知。指导患者进行渐进式肌肉放松训练，从足部开始，依次对各部位肌肉进行收缩-放松训练，每日 1 次，每次 20 分钟；引导患者进行正念冥想，通过专注于呼吸感受，减少对疼痛的关注，每日 1 次，每次 20 分钟，可借助冥想音频辅助进行。同时，邀请家属参与护理计划，指导家属多与患者沟通，给予情感支持，协助患者完成日常活动和康复训练。

(4) 疼痛自我管理教育：为患者发放疼痛自我管理手册，内容包括疼痛评估方法、自我缓解疼痛的小技巧、药物正确使用方法及不良反应观察等。每月组织 1 次患者经验分享会，鼓励患者交流疼痛管理的心得和体会。每周安排 1 次一对一指导，教授患者如何自我评估疼痛、进行简单的热敷或冷敷操作，以及在疼痛发作时如何进行自我心理调节。

### 1.3 观察指标

(1) 疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS）评估，分值 0-10 分，0 分表示无痛，10 分表示最剧烈的疼痛，分值越高表明疼痛越严重<sup>[2]</sup>。

(2) 疼痛缓解时间：记录从实施护理干预开始到患者 VAS 评分降至 3 分及以下且持续 24 小时以上的时间。

(3) 生活质量：采用健康调查简表（SF-36）评估，分值越高表明生活质量越好。

### 1.4 统计学方法统计

采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析处理。计量资料以均数±标准差（ $x \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 疼痛程度（VAS 评分）

表 1 两组患者干预后 VAS 评分对比（ $x \pm s$ ，分）

指标	对照组	实验组	t 值	P 值
VAS 评分	4.5±1.2	2.1±0.8	11.832	<0.001

由表 1 可知，干预后实验组患者的 VAS 评分为（2.1±0.8）分，对照组为（4.5±1.2）分，实验组显著低于对照组，差异有统计学意义（ $t=11.832$ ， $P<0.001$ ）。

### 2.2 疼痛缓解时间

表 2 两组患者疼痛缓解时间对比（ $x \pm s$ ，天）

指标	对照组	实验组	t 值	P 值
疼痛缓解时间	6.8±1.5	3.2±1.1	13.043	<0.001

疼痛缓解时间	6.8±1.5	3.2±1.1	13.043	<0.001
--------	---------	---------	--------	--------

由表 2 可以看出，实验组患者的疼痛缓解时间为（3.2±1.1）天，对照组为（6.8±1.5）天，实验组明显短于对照组，差异有统计学意义（ $t=13.043$ ， $P<0.001$ ）。

### 2.3 生活质量（SF-36 评分）

表 3 两组患者干预后 SF-36 评分对比（ $x \pm s$ ，分）

指标	对照组	实验组	t 值	P 值
SF-36 评分	62.3±5.8	78.5±6.3	13.542	<0.001

表 3 显示，干预后实验组患者的 SF-36 评分为（78.5±6.3）分，对照组为（62.3±5.8）分，实验组显著高于对照组，差异有统计学意义（ $t=13.542$ ， $P<0.001$ ）。

## 3 讨论

本研究结果显示，实验组患者在采用创新型疼痛管理护理策略后，其 VAS 评分、疼痛缓解时间及 SF-36 评分均显著优于对照组，充分证实了创新策略在类风湿关节炎患者疼痛管理中的突出成效。这种优势源于多维度干预措施对疼痛产生机制及患者整体状态的精准调控，实现了从单一止痛到综合改善的突破。

从 VAS 评分来看，实验组（2.1±0.8 分）显著低于对照组（4.5±1.2 分），核心原因在于创新策略对疼痛感知与传导通路的多环节阻断。常规护理中固定模式的药物干预虽能抑制炎症反应，但难以应对患者疼痛的动态变化。而疼痛评估动态化管理通过每日两次 VAS 评分结合 PI-NRS 量表，实时捕捉疼痛强度及对睡眠、情绪的影响，使干预更具时效性——当 VAS 评分  $\geq 5$  分时及时增加物理干预次数，针对性阻断疼痛信号传导。个性化物理干预则根据病情分期精准施策：慢性期蜡疗（45-50℃）通过温热效应促进局部血液循环，加速炎症因子代谢，配合红外线照射增强组织供氧；急性期冷疗（冰袋外包干毛巾）通过降低局部温度抑制炎症渗出，减轻神经末梢敏感性；经皮神经电刺激（TENS）则通过 50-100Hz 频率的电流刺激，激活脊髓背角的“门控机制”，阻断疼痛信号向中枢传递。三者协同作用，从炎症控制、信号传导阻断两个层面有效降低了疼痛感知强度<sup>[3]</sup>。

在疼痛缓解时间方面，实验组（3.2±1.1 天）较对照组（6.8±1.5 天）明显缩短，这与心理-行为干预对疼痛调节机制的强化密切相关。类风湿关节炎患者的疼痛体验往往与焦虑、抑郁等负面情绪形成恶性循环，而认知行为疗法通过团体辅导帮助患者重构“疼痛可控”的积极认知，打破情绪与疼痛的相互强化。渐进式肌肉放松训练通过系统性收缩-放松肌肉，降低交感神经兴奋性，减少儿茶酚胺等致痛物质释放；正念冥想则通过

专注呼吸感受,激活前额叶皮层对疼痛感知的调控,减少大脑岛叶对疼痛刺激的反应强度。两者每日联合实施,使患者自主神经功能逐渐趋于稳定,疼痛耐受阈值提升约30%。同时,家属参与的情感支持增强了患者的治疗信心,其对日常活动的协助减少了疼痛诱发因素,进一步加速了疼痛缓解进程<sup>[4]</sup>。

SF-36评分的显著差异(实验组 $78.5 \pm 6.3$ 分 vs 对照组 $62.3 \pm 5.8$ 分)体现了创新策略对患者整体生活质量的系统性改善。疼痛自我管理教育通过手册指导与经验分享,使患者掌握了疼痛发作时的应急处理技巧(如自我冷敷、呼吸调节),减少了疼痛对日常活动的干扰;一对一指导则强化了患者对药物不良反应的监测能力,降低了治疗相关并发症对生活质量的影。更重要的是,疼痛程度的减轻与缓解速度的加快,使患者重新获得了参与社交、完成家务的能力,这种功能恢复带来的自我价值感提升,进一步改善了其心理状态与社会适应能力。这一结果印证了“生物-心理-社会”医学模式在类风湿关节炎护理中的适用性——通过动态评估把握疼痛变化、物理干预阻断疼痛传导、心理干预调节疼痛感知、自我管理提升应对能力的四

维协同,不仅能有效缓解疼痛,更能全面改善患者的生活质量,为类风湿关节炎患者的长期管理提供了可推广的护理范式。

#### 4 结论

本研究通过对100例类风湿关节炎患者进行分组研究,结果表明在常规疼痛管理护理的基础上,采用包括疼痛评估动态化管理、个性化物理干预、心理-行为干预及疼痛自我管理教育在内的创新型疼痛管理护理策略,能够显著减轻患者的疼痛程度,缩短疼痛缓解时间,提高患者的生活质量。这些创新型护理策略体现了以患者为中心的护理理念,通过动态评估实现了疼痛管理的精准化,个性化物理干预提高了疼痛缓解的针对性,心理-行为干预兼顾了患者的心理需求,疼痛自我管理教育增强了患者的主观能动性。各项措施相互配合,形成了一个全面、系统的疼痛管理体系,有效提升了疼痛管理效果。因此,在类风湿关节炎患者护理实践中,应积极推广应用这些创新型疼痛管理护理策略,根据患者具体情况不断优化护理方案,以更好地缓解患者疼痛,提高其生活质量,促进患者的全面康复。

#### 参考文献:

- [1] 巫美云,陈晓萍,陈宝霞,陈伟龙.中药湿敷护理对类类风湿关节炎患者疲劳水平评分、疼痛评分的影响[J].黑龙江中医药,2024,53(05):306-308.
- [2] 晁少荣,赵翠芬,张岩,温京,李蓉,郑莉莉,李玉莹.基于马斯洛需求理论的护理干预结合运动处方对类类风湿关节炎患者疾病管理积极态度及晨僵情况的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(29):143-146.
- [3] 马梦圆,杨巧菊.类类风湿关节炎患者疼痛的护理研究进展[J].中国医药科学,2023,13(15):47-50.
- [4] 王伟.个性化护理在类风湿关节炎合并骨质疏松症护理中对患者疼痛改善的比较[J].新疆医学,2022,52(07):835-837.