

● 医学护理 ●

综合护理干预 对腰椎间盘突出症椎间孔镜术后患者的影响

屈涛, 张 华

(河南省中医院, 河南 郑州, 450002)

[摘要] 目的:观察综合护理干预对腰椎间盘突出症(LDH)椎间孔镜术后患者的影响。方法:将80例LDH椎间孔术后患者随机分为观察组和对照组,每组各40例。2组均给予基础治疗,对照组采用常规护理干预,观察组在对照组干预基础上给予综合护理干预。观察2组Oswestry腰功能障碍指数问卷评分量表(ODI)评分和改良日本骨科学会腰痛评分法(JOA)评分;检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-6(IL-6)的含量;比较2组综合疗效及随访3、6、12个月后的复发率和护理满意率。结果:总有效率观察组为97.5%,明显高于对照组的82.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组ODI评分、JOA评分、TNF- α 、IL-6治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。随访第3、6、12个月,观察组复发率均低于对照组($P < 0.05$);观察组护理满意率为97.5%,高于对照组的77.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:综合护理干预可明显提高LDH椎间孔镜术后患者综合疗效,减轻患者疼痛,提高护理满意度。

[关键词] 腰椎间盘突出症;椎间孔镜术后;综合护理

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.045

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)又称腰椎间盘突出纤维环破裂综合征,指腰椎间盘突出或退行性改变,导致椎间盘周围纤维环韧带破裂,椎间盘的髓质核突出或者脱出,压迫附近脊神经元或脊髓而引起的一系列神经压迫性的腰部疾病。在我国,该病的患病率为7%~12%^[1]。治疗主要采用非甾体抗炎类、解痉止痛类、扩张血管类西药和中医治疗。椎间孔镜术在LDH治疗中广泛应用,疗效确切,但其后期护理对患者的康复及降低复发率具有重要作用。本课题组多年致力于LDH的护理研究,取得了满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年9月在我院就诊的LDH椎间孔镜术后的患者80例,按随机数字表法随机分为观察组和对照组,每组各40例。观察组中,男22例,女18例;年龄34~61岁,平均 (38.5 ± 7.2) 岁;病程1.9~16.5年,平均 (7.1 ± 2.4) 年。对照组中,男21例,女19例;年龄35~63岁,平均 (38.5 ± 7.4) 岁;病程1.7~15.2年,平均 (7.3 ± 2.6) 岁。2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 诊断标准 符合《软组织外科学》^[2]中LDH

的诊断标准。CT或MRI检查出现椎间盘突出、韧带组织骨化和腰椎侧弯变形等病灶。腰痛并伴下肢一侧或双侧间歇性反复性放射痛,腰肌僵硬,腰椎活动受限。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)均已行椎间孔镜术治疗;3)年龄30~65岁;4)Oswestry腰功能障碍指数问卷评分量表(ODI)评分 ≥ 7 分;5)患者自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并严重心肝肾脑疾病、结核和肿瘤;2)研究期间使用其他抗风湿类药物;3)妊娠期和哺乳期妇女。

2 干预方法

2.1 治疗方法 2组均给予基础治疗。包括口服仙灵骨葆胶囊(贵州同济堂制药有限公司,批准文号:国药准字Z14001226041,规格:0.5g/粒),1.5g/次,2次/d,连续使用4d。静脉滴注头孢曲松钠(西南药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20073252,规格:1g/瓶),1g/次,2次/d,连续使用14d。静脉滴注精氨酸阿司匹林(瑞阳制药有限公司,批准文号:国药准字H20067269,规格:1.0g/支),2.0g/次,2次/d,连续使用7d。合理使用中医定向透药疗法、针灸、推拿、疼痛激光和中药封包治疗等。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组 采用常规护理干预。包括叮嘱患者注意休息及日常饮食、养成良好的生活起居和卫生习惯等。

2.2.2 观察组 在对照组干预的基础上采用综合护理干预。1)评估疾病。掌握发病因素和关节炎临床分期,通过查阅患者病历、口头询问、问卷调查等方式了解患者的身体状况、经济能力、生活兴趣、焦虑、担心及恐惧情绪,制定具有针对性的护理方案。2)心理护理。多数患者因LDH而影响生活和工作时会出现焦躁、抑郁等心理。综合护理小组成员主动和患者进行沟通,培训服务技巧,了解患者的想法和意愿,建立良好的护患关系,消除护患之间的陌生感及对疾病的恐惧感,令患者对其有信任感,促进其以平和的心态对待疾病,介绍治疗成功的案例,增强患者治疗信心。3)体位护理。叮嘱患者采用硬板床休息,根据患者病情,协助其采取缓解腰椎压力及疼痛的体位。合适的卧床休息可以缓解腰部肌痉挛,促进肌肉放松,减轻病变部位疼痛。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)采用 Oswestry 腰功能障碍指数,观察治疗前后患者的 ODI 评分^[3];采用改良日本骨科学会腰痛评分法(M-JOA)^[4]评定JOA评分。2)治疗前后抽取2组空腹前臂静脉血检测血清肿瘤坏死因子-α(TNF-α)和白细胞介素-6(IL-6)。3)比较2组综合疗效,随访第3、6、12个月的复发率及护理满意率。

3.2 疗效标准 参照《软组织外科学》^[2]判定疗效。治愈:腰部无疼痛和活动障碍,直腿抬高试验正常,疗效指数≥80%;显效:腰部疼痛和活动障碍明显减轻,直腿抬高试验明显改善,60%≤疗效指数<80%;有效:腰部疼痛和活动障碍减轻,直腿抬高试验部分恢复,30%≤疗效指数<60%;无效:腰部疼痛和活动障碍无明显改善,疗效指数<30%。疗效指数=(治疗前ODI评分-治疗后ODI评分)/治疗前ODI评分×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件分析所有数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。计数资料以率(%)比较,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率观察组为97.5%,高于对照组的82.5%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	23(57.5)	9(22.5)	7(17.5)	1(2.5)	39(97.5) ^a
对照组	40	12(30.0)	11(27.5)	10(25.0)	7(17.5)	33(82.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后ODI评分、JOA评分比较 治疗前2组ODI评分、JOA评分比较,差异无统计学意义。治疗后2组ODI评分和JOA评分均明显降低,且观察组优于对照组。(见表2)

表2 2组治疗前后ODI评分、JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	ODI	JOA
观察组	40	治疗前	38.16 ± 3.51	27.61 ± 2.64
		治疗后	9.21 ± 0.73 ^{ab}	6.94 ± 0.51 ^{ab}
对照组	40	治疗前	39.51 ± 3.49	28.64 ± 2.47
		治疗后	13.62 ± 1.57 ^a	9.62 ± 0.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后TNF-α、IL-6比较 治疗前2组TNF-α、IL-6比较,差异无统计学意义。治疗后2组TNF-α、IL-6均明显降低,且观察组优于对照组。(见表3)

表3 2组治疗前后TNF-α、IL-6比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	TNF-α(μmol/L)	IL-6(μg/L)
观察组	40	治疗前	45.29 ± 12.61	103.92 ± 24.62
		治疗后	17.53 ± 5.29 ^{ab}	63.51 ± 15.67 ^{ab}
对照组	40	治疗前	44.29 ± 11.82	104.62 ± 23.84
		治疗后	23.51 ± 7.52 ^a	81.06 ± 19.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组复发率比较 随访第3、6、12个月,观察组复发率均低于对照组,差异有统计学意义。(见表4)

表4 2组复发率比较[例(%)]

组别	例数	随访3个月	随访6个月	随访12个月
观察组	40	0 ^a	1(2.5) ^a	3(7.5) ^a
对照组	40	3(7.5)	7(17.5)	11(27.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.5 2组护理满意率比较 观察组护理满意率为97.5%,高于对照组的77.5%,差异有统计学意义。(见表5)

表5 2组护理满意率比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	一般	不满意	满意率
观察组	40	29(72.5)	7(17.5)	3(7.5)	1(2.5)	39(97.5) ^a
对照组	40	8(20.0)	5(12.5)	18(45.0)	9(22.5)	31(77.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。(下转第107页)

为中医专业研究生做学术讲座,提高了其学习积极性,为培养形成良好的中医临床思维打下了扎实的基础。本院为研究生制作了中医经典和中医方剂背诵宝典,形成了一种“读经典、背经典、用经典”的良好学习氛围,提升了他们的中医临床辨证论治能力。

3 小 结

“规培”基地医教协同中医专业学位研究生培养模式的探索与实践目前已取得了一定的成果,我院已经培养了一批具有良好职业道德、较高人文素养、扎实医学理论知识和临床技能,能独立、规范地承担本专业常见多发疾病诊疗工作的中医临床医师,相信他们以后一定能够成为医德高尚、医术精湛的中医专业人才。目前这种培养模式还处于初级阶段,相应的制度还不够完善,需要在以后的工作中不断改进和提高,争取早日为中医专业学位研究生培养探索出一套更科学、实用、有效的模式。

参考文献

- [1] 倪平,赵坤,王丽华,等. 临床医学专业学位研究生培养与住

(上接第99页)

4 讨 论

LDH 主要临床症状为腰部疼痛、下肢放射痛、腰部活动受限、马尾神经症状、坐骨神经痛等,严重者导致肌力下降、截瘫。LDH 是在退行性变基础上的积累伤所致,积累伤又会加重椎间盘的退变,因此预防的重点在于减少积累伤。平时要保持良好的坐姿,床不宜太软。长期伏案工作者需要注意桌、椅高度,定期改变姿势。工作中需要常弯腰者,应定时进行伸腰、挺胸,并使用宽腰带,加强腰背肌训练,增强脊柱的内在稳定性。长期使用腰围者,尤其需要注意腰背肌锻炼,以防止失用性肌肉萎缩带来的不良后果。如需弯腰取物,最好采用屈髋、屈膝下蹲的方式,减少对腰椎间盘突出后方的压力。

本文结果显示,治疗后2组ODI评分和JOA评分均得到改善,优于相关文献^[5-6]的报道。说明综合护理干预对LDH椎间孔镜术后患者的疼痛程度及睡眠、社会活动、主观症状、客观症状和日常行为能力等具有明显改善作用。2组TNF- α 和IL-6治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义,优于相关文献^[7-8]报道。观察组总有效率明显高于对照组;随访第3、6、12个月,观察组复发率低于对照组,说明综合护理干预可提高LDH椎间孔镜术后患者的综合疗效,降低复发率。观察组

医师规范化培训并轨的实践与思考[J]. 中国高等医学教育,2015(12):118-119.

- [2] 李圣,王海燕,李勇,等. 全日制专业学位研究生培养体系改革与探索[J]. 西北工业大学学报:社会科学版,2015,35(3):92-98.
- [3] 冯泽灵,于秀辰,王宗华,等. 中医临床专业学位研究生培养方式的思考[J]. 中医教育,2011,30(3):57-60.
- [4] 代波,李杰辉,王权胜,等. 中医外科学专业学位研究生培养模式的探讨[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(21):101-103.
- [5] 罗桂香,陈楚海,田雪飞,等. 中医临床专业学位研究生培养实践与探讨[J]. 湖南中医杂志,2014,30(5):109-110.
- [6] 曹彬彬,赵娜,杜丽坤,等. 中医内科内分泌专业学位研究生培养模式的构建[J]. 临床医药文献杂志:电子版,2015,2(8):1559,1561.
- [7] 唐乾利,刘明,蒋秋燕,等. “双轨合一”模式下临床医学专业学位研究生培养特点分析及培养思路研究[J]. 右江民族医学院学报,2015,37(5):748-751.
- [8] 张萍,于智宇,迟宝荣,等. 医教协同推进临床医学硕士专业学位研究生培养改革的实践与探索[J]. 中华医学教育探索杂志,2015,14(9):865-868.

(收稿日期:2018-12-27)

护理满意率高于对照组,表明综合护理干预可明显提高患者对护理人员的满意度。

综上所述,综合护理干预可明显提高LDH椎间孔镜术后患者的临床效果,提高护理满意度,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Kogias E, Pamela FJ, Klinge JH, et al. Minimally invasive redo discectomy for recurrent lumbar disc herniations[J]. J Clin Neuro, 2015,22(9):1382-1386.
- [2] 宣蛰人. 软组织外科学[M]. 上海:文汇出版社,2009:20.
- [3] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):13-15.
- [4] 井上骏一,片冈治,田岛宝,等. 腰痛治疗成绩判定基准[J]. 日本整形骨科学会杂志,1986,60(2):391-399.
- [5] Ruan WF, Feng F, Liu ZY, et al. Comparison of percutaneous endoscopic lumbar discectomy versus open lumbar microdiscectomy for lumbar disc herniation: A meta-analysis[J]. Interna J Sur, 2016,31(6):86-92.
- [6] Ding Y, Yang MY. Electroacupuncture assisted by squatting stances for lumbar disc herniation:128 cases[J]. J Acupun, 2015,25(1):47-50.
- [7] Gun WL, Ryu JH, Kim JD, et al. Comparison of lumbar discectomy alone and lumbar discectomy with direct repair of pars defect for patients with disc herniation and spondylolysis at the nearby lumbar segment[J]. Spine J, 2015,15(10):2172-2181.
- [8] Fang Y, Qiu J, Jiang ZB, et al. Associations of Caspase-3 gene polymorphism with lumbar disc herniation[J]. Kaohsi J Medi, 2016,32(11):552-558. (收稿日期:2018-11-05)