

综合护理干预对腰椎间盘突出症的效果观察

王燕,王静,冯真,陈晨

(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)患者的临床效果。方法:将120例LDH患者随机分为干预组和对照组,每组各60例。对照组采用常规治疗及护理,干预组在对照组基础上给予综合护理干预。采用视觉模拟评分法(VAS)、日本骨科协会腰疼痛量表(JOA)评分评估干预前后疼痛情况,观察比较2组患者总有效率及血清C反应蛋白(CRP)、白介素-6(IL-6)水平、护理满意度。结果:总有效率干预组为98.3%,对照组为85.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后干预组患者VAS评分、JOA评分及CRP、IL-6水平改善均优于对照组($P < 0.05$);干预组护理满意率为96.7%,对照组为78.3%($P < 0.05$)。结论:综合护理干预可明显提高LDH患者临床疗效,减轻患者疼痛,提高护理满意度。

[关键词] 腰椎间盘突出症;综合护理干预;护理满意度

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.04.051

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)主要是由于腰椎间盘纤维环、髓核和软骨板等退行性改变后,在外部压力的影响下,椎间盘部位的纤维环破裂,髓核部分从破裂部位突出甚至脱出,引起周围脊神经根受到刺激和压迫所致^[1]。腰椎间盘突出症以腰4~5、腰5~骶1的发病率最高,约占95%^[2]。康复护理在LDH的治疗及恢复中具有重要作用。笔者对60例LDH患者采用综合护理,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2017年5月至2017年5月于我院推拿科门诊就诊的LDH患者120例,按随机数字表法随机分为干预组和对照组,每组各60例。干预组中,男31例,女29例;年龄35~63岁,平均(42.6±8.1)岁;病程0.6~10.2年,平均(6.1±3.7)年。对照组中,男34例,女26例;年龄36~64岁,平均(43.2±7.1)岁;病程0.8~11.4年,平均(6.4±3.2)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 参照《软组织外科学》^[3]中LDH的诊断标准制定。1)CT显示椎间盘突出、腰椎侧弯或韧带组织骨化等。2)自觉症状:患者腰部疼痛明显,且合并下肢间歇性放射疼痛,腰部活动受限,腰部肌肉僵硬。3)阳性体征:①腰椎棘突旁压痛明显;②直腿抬高试验阳性,卧位挺腹试验阳性;③股神经牵拉试验阳性;④肌力减退、下肢表皮感觉下降;⑤脊柱弯曲度改变和不对称性运动功能受

限。具备1)且具备2),或具备1)且具备3)中任意2条即可确诊。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄35~65岁;3)VAS评分≥3分;4)自愿并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并严重心肝肾等系统性功能障碍;2)合并脊柱炎、脊柱肿瘤和有脊柱创伤史;3)妊娠期或哺乳期女性;4)研究期间使用其他风湿类药物并可能影响本研究的疗效判定。

2 干预方法

2.1 治疗方法 所有患者均给予常规的基础治疗。包括口服活血化瘀药物、抗生素,静脉滴注阿司匹林、强的松龙、骨宁注射液,同时给予针灸、推拿、拔罐和理疗等。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组 采用基础性的常规护理,包括叮嘱患者注意休息、养成良好的生活起居习惯和进行腰椎健康教育等。腰椎健康教育方法:1)制作LDH功能锻炼的视频。科室成立视频健康宣教工作小组,科室视频内容选定后,提炼知识点,收集素材,专人演示,制作演示文稿,讨论视频大纲,录制,播放,剪辑雕塑视频,每节视频时间不超过10min。2)LDH功能锻炼视频在患者中的应用。责任护士利用科室示教室每周一、五下午集中对LDH患者进行视频播放,责任护士同时进行视频动作指导练习。除了集中宣教外,责任护士根据患者具体病情,每天选定时间一对一地让患者收看视频,进行

个体化指导,并在患者看完视频后对其疑问进行解答。3)责任护士根据患者的具体情况发放文字健康教育处方、宣教彩页,责任护士定时进行口头功能锻炼的讲解,告知患者踝泵锻炼、股四头肌锻炼、五点腰背肌锻炼、腰托的佩戴方法的具体步骤,锻炼的频次、组数。

2.2.2 干预组 在对照组护理基础上采用综合护理干预。1)评估疾病。评价影响患者 LDH 的因素,制定针对性的综合护理方案;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、抑郁情绪等心理负担,护师应主动和患者进行沟通,了解患者的想法和意愿,建立良好的护患关系,促进其以平和的心态对待疾病,介绍治疗成功案例,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)治疗前后观察患者的采用视觉模拟评分法(the visual analogue scale, VAS)^[4]和日本骨科协会腰疼痛评分量表(JOA)^[5]对患者治疗前后的疼痛情况进行评估;2)治疗前后抽取空腹前臂静脉血检测血清 C 反应蛋白(CRP)和白介素-6(IL-6)水平;3)比较2组总有效率及护理满意度。

3.2 疗效标准 根据临床症状自拟。治愈:症状与体征完全消失,直腿抬高试验抬高 $\geq 80^\circ$;显效:症状、体征部分消失,直腿抬高试验抬高 $\geq 70^\circ$ 、但 $< 80^\circ$;有效:症状、体征有一定程度改善;无效:症状体征无改善,甚至加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率干预组为 98.3%,对照组为 85.0%,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
干预组	60	17(28.3)	23(38.3)	19(31.7)	1(1.7)	59(98.3) ^a
对照组	60	4(6.7)	21(35.0)	26(43.3)	9(15.0)	51(85.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组VAS评分和JOA评分比较 2组VAS、JOA评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组VAS评分和JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS	JOA
干预组	60	干预前	8.29 $\pm$ 1.06	13.81 $\pm$ 4.72
		干预后	1.76 $\pm$ 0.61 ^{ab}	25.16 $\pm$ 5.84 ^{ab}
对照组	60	干预前	8.13 $\pm$ 1.13	12.91 $\pm$ 4.61
		干预后	4.67 $\pm$ 0.92 ^a	19.51 $\pm$ 5.16 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组CRP、IL-6水平比较 2组CRP、IL-6水平干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组CRP、IL-6水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	CRP($\mu\text{mol/L}$)	IL-6($\mu\text{g/L}$)
干预组	60	干预前	27.43 $\pm$ 6.43	116.73 $\pm$ 21.73
		干预后	11.46 $\pm$ 3.47 ^{ab}	85.78 $\pm$ 12.43 ^{ab}
对照组	60	干预前	27.16 $\pm$ 6.18	112.94 $\pm$ 19.62
		干预后	19.61 $\pm$ 1.29 ^a	102.46 $\pm$ 13.73 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组护理满意度比较 患者护理满意率干预组为 96.7%,对照组为 78.3%,2组比较,差异有统计学意义。(见表4)

表4 2组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	一般	不满意	总满意
干预组	60	37(61.7)	16(26.7)	5(8.3)	2(3.3)	58(96.7) ^a
对照组	60	13(21.7)	19(31.6)	15(25.0)	13(21.7)	47(78.3)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

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,严重者可影响肌力下降、截瘫^[6]。西医主要采用抗感染类、镇痛类、保护软骨组织药和手术治疗^[7],不良反应较多。中医主要采用牵引、针刺、推拿、按摩、手法、理疗、埋线 and 中药等治疗,可有效缓解病症,但易复发。

本文采用目前国内外公认的 VAS 和 JOA 评分量表评价 LDH 患者的临床症状,结果显示治疗后各组 VAS 和 JOA 评分均得到显著改善,且优于与文献^[8-9]报道。治疗前后分别检测 CRP 和 IL-6 指标,结果显示,干预组疗效优于对照组,且优于文献^[10-11]报道。治疗后干预组患者护理满意率 96.7%,高于对照组的 78.3%,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 患者临床症状,提高护理满意度,值得临床推广应用。(下转第 118 页)

年老血崩临床症状类似于西医之无排卵性功能失调性子宫出血,即绝经过渡期功血,西医多予性激素及止血药以对症止血。若检查显示内膜增生过厚,则行诊断性刮宫术,更甚者则行子宫切除术,临床观察中发现很多患者停药后病情易于复发,诊刮术虽能一时止血,但仍会反复,且需要定期复查。子宫切除术看似可以一劳永逸,但手术创伤性大,给患者造成巨大的心理负担,患者多难以接受,效果亦不理想^[2]。中医治疗无排卵性功能失调性子宫出血,重视调理为主,改善其围绝经期不适症状,使其顺利过渡至绝经。中医学认为经血或淋漓或崩下,多责之于子宫内之热毒,治疗以清热解毒止血为主,同时从根本上调理气血,健脾益气,培源固本,临床效果明显。

3 组方精要

治疗血崩昏暗之固本止崩汤,其组方仅六味药,分别是君药大熟地黄一两,臣药九蒸白术一两,臣药土炒焦黄芪三钱,佐药生用当归五钱,使药酒洗黑姜二钱,臣药人参三钱。此方针对虚火盛动血而成。陈素庵认为血崩源于肾水亏虚,心火亢盛,水不制火,火盛动血,发为血崩。熟地黄是补肾阴之要药,固以此为君药。因脾健则水谷精微得以化生,精、气、血生成有养,同时脾气可固摄血液以止血,白术益气健脾,固用此药。黄芪、人参均为补气之药,《医学衷中参西录》记载黄芪“能补气,兼能升气,善治胸中大气(即宗气)下陷。”^[3]人参乃“补气之第一要药”,能大补元气,临危救脱,同时可补脾。二者共用增强补气升阳摄血之功。当归甘温质润,长于补血,为“补血之圣药”,配伍黄芪、人参补气生血。熟地黄与白术二药配伍,一补血,一补气,气血同补,且白术可防止熟地黄过于滋补影响脾胃运化,熟地黄反制白术太过温燥。黑姜为佐药,一可引血归经,使补中有收;二为舟楫之药,可载药下行,使药物直达病所;三者色黑入肾,有补肾止血之效。全方标本同治,共奏滋阴益气养血、收敛止血之功。

现代药理研究表明黄芪对呼吸、消化、心血管及内分泌系统均具有积极的干预作用,黄芪可改善贫血,提高 RBC、

Hb、SF 低值,亦可改善缺铁性贫血患者红细胞免疫力。当归含兴奋子宫和抑制子宫的两种成份,当归与黄芪配伍具有协同益气补血的功效。熟地黄多糖可改善造血功能^[4]。姜经过炮制温度的增加,姜酚含量不断上升,使其止血作用更佳^[5]。人参具有广泛的药理作用,能调节中枢神经兴奋和抑制过程的平衡,提高机体应激状态,有调节血压的稳定作用^[6]。白术可以提高免疫细胞的数量,增强机体免疫功能,且对星形奴卡菌、脑膜炎球菌、金黄色葡萄球菌、溶血链球菌、枯草杆菌等均有抑制作用^[7]。

4 小 结

《傅青主女科》中傅氏治疗血崩组方遣药精妙,用药精准,直达病所,谨守治病求因施治之法,而非盲目对症施治,继承发挥了中医的优良传统,且“师古而不泥古”,在实践中大胆创新,深入探索了崩漏的病因病机,创立了诸多崩漏的治法,取得了卓越的疗效,为后世医家提供了宝贵经验,他的学术思想历久弥新,影响深远,值得当今医家学习借鉴并应用于临床。

参考文献

- [1] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002.
- [2] 肖晓玲. 固本止崩汤治疗气虚型功能失调性子宫出血 56 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2014,28(11):48-50.
- [3] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 2 版. 石家庄:河北人民出版社,1974:251.
- [4] 刘培建,苗明三,高渐联. 熟地黄多糖对气血双虚小鼠全血细胞及血清粒-巨噬细胞集落刺激因子水平的影响[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2008,12(38):7543-7546.
- [5] 刘艳娜. 不同炮制工艺对姜的作用影响[J]. 实用中医药杂志,2017,33(4):456-457.
- [6] 赵远,张凡,曲胜军,等. 人参主要成分药理研究进展[J]. 亚太传统医药,2012,8(11):171-174.
- [7] 陈婉霞,陈淑华,李旺兼,等. 黄芩白术安胎作用现代药理研究[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(35):177-178.

(收稿日期:2018-07-24)

(上接第 112 页)

参考文献

- [1] 颜敏,张志业. 中药封包联合情志护理干预腰椎间盘突出症 48 例效果观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(7):130-131.
- [2] 杨静. 腰椎间盘突出症综合护理方案 73 例效果观察[J]. 湖南中医杂志,2016,32(8):145-148.
- [3] 宣蛰人. 软组织外科学(上)[M]. 上海:文汇出版社,2009:20.
- [4] Million R, Hall W, Nilsen KH, et al. Assessment of the progress of the back pain patient[J]. Spine, 1982, 7(4):204-212.
- [5] Fujiwara A, Kobayashi N, Saiki K, et al. Association of the Japanese Orthopaedic Association score with the Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire and short-form 36[J]. Spine, 2003, 28(14):1601-1607.

- [6] 何苗. 蜡疗联合牵引法对腰椎间盘突出症患者的治疗效果及护理观察[J]. 光明中医,2018,33(3):428-429,451.
- [7] 杨金平,朱佩茹. 以 3H 理论为指导的全程优质护理在腰椎间盘突出症患者射频消融术联合臭氧治疗中的应用[J]. 护理实践与研究,2018,15(1):65-67.
- [8] 金林萍,陈佩娜,陈艳君,等. 预见性护理对腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国当代医药,2018,25(8):188-190.
- [9] 卞秀梅,王蓓. 老年性腰椎间盘突出症的中医特色护理[J]. 中西医结合护理(中英文),2018,4(2):62-65.
- [10] 于秀. 腰椎间盘突出症小针刀术后中医特色护理应用效果研究[J]. 湖南中医杂志,2015,31(8):129-130.
- [11] 王爱红,侯桂红,李志红. 隔姜灸中极穴干预腰椎手法复位后尿潴留 49 例效果观察[J]. 湖南中医杂志,2015,31(11):125-126.

(收稿日期:2018-10-08)