

引用:张爱丽. 康复路径结合疼痛管理对腰椎间盘突出症微创手术患者康复效果的影响[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1): 91-93.

康复路径结合疼痛管理 对腰椎间盘突出症微创手术患者康复效果的影响

张爱丽

(郑州市骨科医院,河南 郑州,450052)

[摘要] 目的:探讨康复路径结合疼痛管理对腰椎间盘突出症微创手术患者康复效果的影响。方法:将符合纳入标准的腰椎间盘突出症行微创手术患者92例,采用随机数字表法分为2组,每组各46例。对照组采用常规术后护理,观察组在对照组基础上实施康复路径结合疼痛管理干预,比较2组术后手术相关疼痛、腰椎疼痛及腰椎功能康复的效果。结果:观察组术后3、7d的视觉模拟评分法评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组腰椎 Oswestry 功能障碍指数、日本骨科协会评估治疗分数评分法评分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($P < 0.05$)。结论:腰椎间盘突出症微创手术患者实施康复路径结合疼痛管理,可减轻患者术后疼痛,增强患者腰椎功能康复效果。

[关键词] 腰椎间盘突出症;微创手术;康复路径;疼痛管理

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.040

腰椎间盘突出症是一种因椎间盘变性导致髓核组织突出并压迫神经根引起的综合征,临床主要表现为坐骨神经及腰部疼痛、腰椎活动受限,并伴有受累神经处的反射、运动、感觉方面的改变^[1]。微创手术是治疗腰椎间盘突出症的有效方法,其疗效得到了广大医务工作者及患者的认同,其对应的术后护理也受到了广泛的关注。本研究对我院收治的腰椎间盘突出症患者行微创手术后,采用了康复路径结合疼痛管理,以探讨对腰椎间盘突出症微创手术患者术后康复的影响。现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年8月至2018年8月期间我院收治的腰椎间盘突出症微创手术患者92例,采用随机数字表法将其随机分为2组,每组各46例。观察组中,男26例,女20例;年龄26~62岁,平均(44.78±3.39)岁;L3~4 10例,L4~5 19例,L5~S1 17例。对照组中,男28例,女18例;年龄25~62岁,平均(44.03±3.57)岁;L3~4 11例,L4~5 20例,L5~S1 15例。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《中医病证诊断疗效标准》^[2]

中腰椎间盘突出症的相关诊断标准。

1.3 纳入标准 1)病史>3个月,且严格保守治疗无效、疼痛较重者;2)为首次发作,但疼痛剧烈,对睡觉、行动影响较大,处于强迫体位者;3)合并马尾神经受压表现,或出现单神经根麻痹,伴有肌肉萎缩、肌力下降者;4)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)无手术适用证者;2)具有相关手术史或其他腰椎疾病者;3)拒绝参加本研究者。

2 干预方法

2.1 对照组 采用常规术后护理。术后给予常规健康宣教、抗感染治疗、导管管理及创口管理,并根据患者恢复情况进行功能恢复训练。

2.2 观察组 在对照组基础上实施康复路径结合疼痛管理干预。1)康复路径:从患者手术结束开始,分别以术后1d、术后3~7d、术后2周至3个月为康复节点制定康复计划。①术后当天:由护理人员帮助患者进行上肢及脚部被动活动及按摩,以达到活血效果,之后帮助患者进行被动抬腿训练;②术后1d:帮助患者佩戴腰围,并指导患者在保持正确姿势的同时进行坐立、站立、自主抬腿等训练,耐受良好者可锻炼行走,根据患者具体情况逐渐增加训练时间;③术后2~7d:在基础训练时强化训练

强度,增加训练时间;④术后2周至3个月:指导患者进行体前屈、体后伸、体侧弯练习,每次持续1~2min,重复3~8次,之后再增加弓步行走、后伸腿、提髋、蹬足、伸腰、悬腰等训练,具体时间及强度根据患者的恢复需求进行调整,以恢复腰背肌力及功能。2)疼痛管理:①正确运用视觉模拟评分量表(VAS)^[3]评估患者的疼痛程度,并根据患者具体的评分选择合适的止痛药进行镇痛,待VAS评分<3分后可停药;②在病房中播放舒缓心情的音乐,做好病房卫生管理,以营造一个温馨、安静、舒适的病房环境,并指导患者进行深呼吸等身心放松法;③护理人员联合患者家属进行心理疏导、情绪安抚,并予以相关健康宣教,改善患者心理状态,提高疼痛耐受力。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)采用VAS评定手术相关疼痛。用数字0~10评估患者手术相关疼痛情况,评分越低则痛感越轻^[3]。2)腰痛程度。应用腰椎 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分^[4],从腰痛程度和进行重物提举、睡眠、生活自理、坐立、站立、行走、社会生活、性生活、出行等活动时疼痛情况综合评估,每项0~5分,评分越低则腰椎疼痛程度越轻。3)腰椎功能。应用日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分^[5],从患者自觉症状(9分)、临床体征(6分)、日常活动受限情况(14分)综合评估患者腰椎功能,评分越高则腰椎功能康复效果越好。

3.2 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行统计分析,计数资料以百分数(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2组术后VAS评分比较 观察组术后3、7d的VAS评分均低于对照组,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 2组术后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后1d	术后3d	术后7d
观察组	46	6.13 ± 0.70	4.79 ± 0.58 ^a	2.96 ± 0.54 ^a
对照组	46	6.19 ± 0.64	5.32 ± 0.65	3.82 ± 0.47

注:与对照组同时间节点比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组干预前后ODI评分比较 ODI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组干预前后ODI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术前	术后3个月
观察组	46	45.80 ± 2.45	13.42 ± 1.77 ^{ab}
对照组	46	45.63 ± 2.57	17.05 ± 1.90 ^a

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

3.3.3 2组干预前后JOA评分比较 2组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3)

表3 2组干预前后JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术前	术后3个月
观察组	46	12.13 ± 1.70	27.79 ± 1.45 ^{ab}
对照组	46	12.19 ± 1.64	22.87 ± 1.53 ^a

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

4 讨论

腰椎是进行脊柱运动的枢纽,腰椎间盘与后方小关节所组成的关节复合体决定着腰椎骨性结构的稳定性。研究发现,80%~90%的腰椎间盘突出症患者可经保守治疗达到显著效果,但部分患者初发症状严重,且保守治疗无效,需通过手术去除突出髓核组织,消除神经压迫,促使临床症状缓解或消失^[6]。因腰椎间盘突出症会对活动功能造成明显限制,术后护理需求较高,临床需根据患者具体表现及康复需求采取合适的护理干预方法。

康复路径是康复护理的一种模式,也是康复医学的重要组成部分,主要是通过协调应用多种护理措施,对功能限制或障碍者进行反复、持续的训练,从而恢复相关功能,避免疾病对患者造成不便。该措施在骨科、心血管及脑科等存在高度致残风险的疾病领域中应用较广^[7]。本研究结果显示,观察组术后VAS、ODI评分均低于对照组,JOA评分高于对照组,说明康复路径结合疼痛管理在促进腰椎间盘突出症患者术后康复中具有重要意义。其原因为腰椎间盘突出症是一类术后康复护理需求较大的疾病,术后需配合阶段性、规律的康复运动才能有效恢复腰背肌力水平及腰椎功能。康复路径以患者术后不同恢复期为横轴,根据患者在不同时间的康复训练需求制定康复计划,促使患者在术后接受科学、规律的康复指导,从而有利于腰椎疼痛的缓解及功能的恢复。而疼痛是手术最常见的表现,属于急性疼痛,且多为患者的主观感受,其不仅会导

引用:钟柳娥. 双柏散冷敷对湿热痹阻型膝骨关节炎的镇痛效果观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):93-95.

双柏散冷敷 对湿热痹阻型膝骨关节炎的镇痛效果观察

钟柳娥

(广东省第二中医院黄埔医院,广东 广州,510530)

[摘要] 目的:观察双柏散冷敷对湿热痹阻型膝骨关节炎(KOA)的镇痛效果。方法:将70例湿热痹阻型膝骨关节炎患者随机分为观察组和对照组,每组各35例。观察组采用双柏散冷敷患处,每天2次,每次4h;对照组采用双氯芬酸二乙胺凝胶外涂患处,每天3次。2组均连续治疗1周为1个疗程,2个疗程后观察2组综合疗效及疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、现时疼痛程度(PPI)评分。结果:总有效率观察组为94.29%(33/35),优于对照组的74.28%(26/35),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组VAS、PPI评分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($P < 0.05$)。结论:双柏散冷敷能有效缓解湿热痹阻型KOA患者膝关节疼痛,其镇痛效应及临床疗效均优于双氯芬酸二乙胺凝胶。

[关键词] 膝骨关节炎;湿热痹阻型;双柏散;冷敷;镇痛效应

[中图分类号] R274.943 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.041

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是好发于老年人的慢性退行性骨关节疾病,临床以膝关节肿胀、疼痛、僵硬及活动受限等为主要表现。据流行病学调查显示,我国中老年人群KOA发病率为60%~70%,其中55岁以上人群发病率约55%,65岁以上人群发病率高达85%,且老年女性发病率

普遍高于男性^[1]。KOA患者出现的疼痛、活动受限等障碍严重影响着中老年患者的日常生活起居,少数严重的KOA患者甚至丧失活动能力,继发焦虑、抑郁等精神失常,严重降低了中老年患者的生存质量^[2]。目前西医治疗本病主要采用非甾体类抗炎药、糖皮质激素、膝关节人工置换术、康复理疗等方法^[3],但

作者简介:钟柳娥,女,主管护师,研究方向:骨关节疾病及脑血管疾病的临床专科护理

致多种应激反应,还会导致不良情绪,对术后康复训练配合度及积极性造成限制,进而影响腰椎康复效果^[8-9]。本研究在实施康复路径的同时,还通过心理干预、物理干预、环境干预等多种疼痛管理方法,从而有效消除手术造成的生理疼痛,避免心理应激导致的疼痛加剧,并利于康复路径的落实,促进术后腰椎疼痛的减轻及术后功能的恢复,增强康复效果。

综上所述,对腰椎间盘突出症微创手术的患者应用康复路径结合疼痛管理,可减轻患者术后疼痛,增强患者腰椎功能康复的效果。

参考文献

[1] 祝苗苗,吕雨梅,张佳媛,等. 正念训练在腰椎间盘突出症患者疼痛管理中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(26):3149-3152.
[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京

大学出版社,1994:203.

[3] 严美玲,谭璇. 视觉模拟疼痛评分在主动脉夹层患者疼痛中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2015,21(18):60-61.
[4] 龚成,郭伟,李艺,等. 下腰痛患者脊柱活动度、等长肌力与ODI评分之间的相关性研究[J]. 空军医学杂志,2017,33(5):312-314.
[5] 蒋亮,梁永豪,关天雨,等. 经皮脊柱内镜对腰椎间盘突出患者VAS、JOA及MacNab评分的影响[J]. 中国伤残医学,2018,26(24):3-5.
[6] 周晓,陆惠根,陈宝,等. 微创与开放手术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效比较[J]. 中国医刊,2018,53(4):412-414.
[7] 刘美荣,王秋玲,赵伟,等. 腰间盘突出症应用康复护理干预的临床分析[J]. 河北医药,2018,40(1):157-159.
[8] 胡飞虹,吕专专,蔡张滢,等. 个性化疼痛干预策略对腰椎间盘突出症患者恐惧及回避信念的影响[J]. 中国药物与临床,2018,18(10):1850-1851.
[9] 张礼礼,毕霞. 早期疼痛管理对腰椎间盘突出症患者术后功能锻炼的影响[J]. 河北医药,2018,40(17):2715-2717,2720. (收稿日期:2019-02-27)