

[J]. 内科, 2015, 10(4): 593-595.

[4] 郑丽丽, 陈婵婵, 林新丹. 非瓣膜性房颤患者行经皮左心耳封堵术的护理[J]. 护士进修杂志, 2015, 15(14): 1318-1320.

[5] 祁世玉, 李智君, 李荣. 1 例恶性胸膜间皮瘤应用中心静脉导管置管间断引流心包积液的护理体会[J]. 健康前沿, 2016, 23(6): 43.

[6] 翟雅明. 心包置管引流注药治疗癌性心包积液的护理体会[J]. 中国医学工程, 2015, 23(9): 130.

[7] 周婷, 周莲, 赵兰. 经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液的护理体会[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(6): 843-845.

[8] 叶云惠, 董晓静. 异基因外周血造血干细胞移植术后并发血性心包积液 2 例的护理[J]. 中国医药导报, 2014, 11(9): 166-169.

[9] 彭曦, 崔金波, 吴小玲. 1 例罕见 Kartagener 综合征合并耐药菌感染和Ⅱ型呼吸衰竭患者的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(27): 3430-3431.

[10] 曹振霞, 张楠, 牛书凤. 术后综合护理干预对胃癌术后患者胃肠功能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 35(9): 2263-2265.

[11] Selman M, Pardo A. Revealing the pathogenic and aging-

• 临床探讨 •

related mechanisms of the enigmatic idiopathic pulmonary fibrosis an integral model[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2014, 189(10): 1161-1172.

[12] 张素超, 杨玉英, 贾丽静. 个性化健康教育对慢性胃炎患者健康行为依从性的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(17): 120-121.

[13] 陆丽娟, 杨笃然. 健康教育宣传单在消化道肿瘤化疗优质护理中的应用分析[J]. 中国继续医学教育, 2014, 6(7): 102-104.

[14] Trent M, Lehmann H, Butz A, et al. Clinician perspectives on management of adolescents with pelvic inflammatory disease using standardized patient scenarios [J]. Sex Transm Dis, 2013, 40(6): 496-498.

[15] Greimel ER, Kuljanic VK, Waldenstrom AC, et al. The european organization for re-search and treatment of cancer quality of life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-Cx24 [J]. Cancer, 2016, 107(8): 1812-1822.

(收稿日期: 2017-07-09 修回日期: 2017-09-22)

综合性护理干预联合舒适性护理在经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症中的应用

张 岚¹, 田翠霞², 张苏娟¹

(陕西中医药大学附属医院: 1. 手术麻醉科; 2. 妇产科, 陕西咸阳 712000)

摘要:目的 总结综合性护理联合舒适性护理干预方式对经皮椎间孔镜(PTED)治疗腰椎间盘突出症疗效的影响。方法 86例腰椎间盘突出症患者按入院先后分为对照组(43例)和研究组(43例), 两组患者均行PTED手术治疗。对照组患者采用常规护理, 研究组患者辅以综合性护理干预。对比两组患者临床疗效、视觉模拟疼痛评分(VAS)、Roland-Morris 功能障碍调查表(RMQ)生活质量评分。结果 研究组患者优良率 90.70%与对照组(69.77%)比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者 VAS 和 RMQ 生活质量评分差异均无统计学意义($P>0.05$); 治疗后两组患者疼痛状况均得到明显缓解, 差异有统计学意义($P<0.05$), 研究组 VAS 较对照组降低更明显, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组患者 RMQ 生活质量评分均有明显提高, 差异有统计学意义($P<0.05$), 研究组 RMQ 生活质量评分较对照组升高更明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 施行综合性护理联合舒适性护理的干预方式有利于提高 PTED 手术治疗腰椎间盘突出症的疗效, 明显减轻患者疼痛症状, 改善其生活质量, 有利于术后恢复。

关键词:综合性护理; 舒适性护理; 经皮椎间孔镜; 腰椎间盘突出症; 疼痛

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)24-3668-03

随着社会的发展、人们工作强度的加大及生活方式的改变, 患有腰腿疼痛的人数日益上升, 其中以腰椎间盘突出症为主要原因^[1-2]。以往的临床研究报道表明, 后路切开手术治疗腰椎间盘突出症有较好的疗效, 但对椎旁组织、肌肉破坏大, 手术创伤较大且术中出血量较多, 同时对骨质有一定的损伤而可能降低脊椎的稳定性^[3]。随着对腰椎间盘突出症的深入了解和研究, 以及医疗技术的进步, 腰椎间盘突出症的治疗方式也取得较大成果。经皮椎间孔镜(PTED)术将射频及内窥镜等多项技术相结合, 其具有创伤小、术中出血量少、术后恢复快等优点, 但常规护理方式不能达到较好的预后^[4]。本研究对 PTED

手术适合患者采用综合性护理联合舒适性护理的干预方式, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 7 月至 2016 年 8 月入本院治疗的 86 例腰椎间盘突出症患者作为研究对象, 均经 MRI 或 CT 确诊, 其中男 47 例, 女 39 例; 年龄 24~67 岁, 平均(45.8±6.7)岁; 病程 1 个月至 16 年。86 例患者均采用 PTED 手术治疗, 按入院时间先后将患者分为对照组和研究组, 每组 43 例, 对两组患者临床资料进行组间比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。入选患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 单纯性腰椎间盘突出症;椎管狭窄;Ⅰ级腰椎滑脱;腰椎有骨赘或钙化形成者;开放式手术后失败翻修术者。

1.2.2 排除标准 有腰椎结核、椎间盘炎、脊柱肿瘤和Ⅱ级及以上的腰椎滑脱等患者;有心、肝、肾功能严重不全者;凝血或血小板功能异常者。

1.3 方法 对照组采取常规护理;研究组采用综合性护理与舒适性护理联合的护理干预方式,内容如下。

1.3.1 术前护理 (1)心理护理。脊柱处空间狭小,密布丰富的神经、血管和脏器,易使患者产生害怕恐惧及焦虑情绪。PTED 术虽有创伤小、出血少、恢复快等优点,但易使患者产生期望过高、松懈等心理问题,而且 PTED 术中及术后依然存在神经及血管损伤、伤口感染、复发等风险。因此,护士首先需掌握入院患者的基本情况,了解患者的心理情况及顾虑、焦虑原因,一对一地对患者进行耐心心理疏导。尽量使用通俗易懂的语言或其他形式,为患者讲解麻醉过程和手术过程中所涉及的注意事项、手术环境及以往已治愈患者的情况,消除患者紧张、焦虑、恐惧等不良心理,从而提高治疗依从性,使患者建立战胜疾病的信心,以平静的心态接受手术。家属的态度及对病情的了解对患者恢复同样也有重要影响,因而给予家属专业的知识讲解和宣传,从而共同创造一个和谐、有效、专业的护理条件。(2)环境及物品准备。PTED 手术存在相对特殊性,在常规仪器检查的同时手术床需满足术中透视功能,应在有铅墙防护的手术间进行,为医护人员及患者配备铅衣、铅帽等以保护重要脏器。配备 PTED 手术专用器械:双极射频、光源、影像摄像机、医用监视器等。术前再次讲解手术中患者需要明确的注意事项及配合要点,给予心理疏导,使患者放松紧张情绪,避免术中配合不及时、不准确。术前保证体位垫正确放置、保护措施执行到位,使患者能在较为轻松、舒适、安全的环境下进行 PTED 手术。

1.3.2 术中护理 临床采用 PTED 手术的透视要求极高,特别是在术前病变节段位置的确定及行针穿刺点的定位上,要求医护人员之间有较高的默契度和有效配合度^[5]。检查定位器、定位笔是否准备齐全,透视时复检患者防护装备安置是否准确。手术开始前复查软垫、硅胶垫摆放位置是否正确,患者生命体征是否正常。连接射频电极、吸引系统和影像系统等,并调试其达到最佳状态。术中时刻观察患者神情和体征,询问疼痛位置和性质,并可通过眼神、握手、触摸等方式鼓励、安慰患者,使患者获得被关心的信息;还可通过增强外部干扰,如耳机播放音乐来分散患者对疼痛的注意力,以减轻术中不适,使手术尽量在舒适的状态下完成。

1.3.3 术后护理 (1)病情观察。术后第一时间通知患者手术的成功情况,以减轻其心理压力,但还需注意 PTED 手术临床采用的是局部麻醉,手术切口小,且大多数患者术后无需持续心电监测、吸氧等监控措施,术后常常失去对患者应有的警惕。因此,术后仍需严格观察切口变化,做好清洁,避免感染;定时监测患者血压、呼吸、心率等生命体征。护理人员要详细询问,以全面了解术后患者下肢的疼痛情况,明确疼痛的位置、性质及是否有所缓解,与术前有何差异,同时应做好安慰和解释,必要时按医嘱使用止痛药物。注重病房和床铺的干净、整

洁,为患者恢复期营造一个安静舒适的环境。(2)功能锻炼。PTED 手术后患者肢体的功能恢复非常重要,术后结合具体情况为患者制订肢体功能锻炼计划,鼓励患者尽快进行锻炼,并予以专业的训练指导。常用的锻炼方法有以下几种:①五点支撑法,患者仰卧,以双足跟、双肘、头着床将腰臀挺起,保持 3~5 s 后放松,重复进行。②直腿抬高法,使患者仰卧,将双上肢放于身体两侧,使双下肢尽可能伸直,然后交替抬高双腿,其高度不少于 40°,保持至少 5 s。③下地训练,在无特殊情况下,自术后第 2 天起,患者在家属帮助下进行下床锻炼。初次下地应在患者精神状况及身体状态较好时进行,侧身起落,直立后停止 5 s,若无头晕等现象发生则可行走。进行锻炼时注意佩戴腰带,并遵从由弱到强、由少至多的训练原则,避免过犹不及。(3)出院指导。PTED 手术后患者腰椎间盘突出存在复发的可能,一般伤口周围组织的愈合时间为 3 周左右,该阶段是术后恢复的黄金阶段,反复向患者强调以防止因疼痛消失而自我松懈。出院时向患者建议睡硬质床更有利于恢复,并避免久坐、颠簸、剧烈运动等,这些危险因素都可能对腰椎间盘突出造成二次伤害。对患有高血压、糖尿病、骨质疏松等患者,建议继续对症用药并定期复查,若有术区不适或异常情况发生,需及时检查。

1.4 评价指标 疗效优:腰腿疼痛症状消失,可直腿抬高超过 70°,能恢复原本能力,行走超过 2 km;良:疼痛症状减轻明显,腰部活动功能改善明显;可:疼痛症状减轻,功能有一定改善;差:体征和症状未见改善^[6]。疼痛采用视觉模拟评分(VAS)对疼痛程度进行评分^[7]。生活质量采用 Roland-Morris 功能障碍调查表(RMQ)评价,内容包括穿衣、坐、站、行等 24 项日常活动,共 24 分,分数越高表明生活质量越佳^[8]。

1.5 统计学处理 研究数据采用 SPSS20.0 统计软件进行分析,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者疗效比较 见表 1。治疗后研究组患者优良率达 90.70%,与对照组的 69.77% 比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]						
组别	<i>n</i>	优	良	中	差	优良合计
对照组	43	17(39.53)	13(30.23)	3(6.98)	10(23.26)	30(69.76)
研究组	43	23(53.49)	16(37.21)	3(6.97)	1(2.33)	39(90.70) *

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前、后 VAS 比较 见表 2。两组患者治疗前 VAS 比较差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者治疗后疼痛状况均得到明显缓解,VAS 差异有统计学意义($P < 0.05$),且研究组 VAS 较对照组降低更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前、后 VAS 比较($\bar{x} \pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	43	7.24 ± 1.03	5.12 ± 0.89
研究组	43	7.16 ± 1.11	3.41 ± 0.77*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前、后 RMQ 评分比较 见表 3。两组患者治疗前 RMQ 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者治疗后 RMQ 评分均有明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$),且研究组 RMQ 评分较对照组增高更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者治疗前、后 RMQ 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	43	8.16±1.17	13.46±2.54
研究组	43	8.21±1.04	21.69±3.15*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨 论

目前,腰椎间盘突出症已成为全球性的常见病、多发病,我国患者人数已超过 2 亿。腰椎间盘突出症的传统治疗为开放性手术,采用全身麻醉,创伤较大,出血量多,且骨质结构遭到破坏,严重影响稳定性,住院时间长且费用高。随着显微技术的发展,微创手术越来越多的应用到脊柱疾病患者中,并取得较好的效果。PTED 手术将射频消融技术、内窥镜技术等多项技术完美整合,不涉及神经和肌肉剥离,对骨质结构几乎无破坏,出血量少,一般少于 50 mL,在保证效果的同时还能大大降低费用,是目前治疗腰椎间盘突出症的首选方法^[9]。

有报道显示,术前给予患者合理、有效的心理护理干预可明显增强其心理适应能力,使患者在身体和精神上适应手术及预后^[10]。由于患者对手术相关内容了解不足,容易产生心慌、紧张、焦躁不安、恐惧和害怕等负面情绪,如果医患、医护间缺少沟通,则会使负面影响加重。因此,术前对患者加强 PTED 手术相关的心理辅导,安慰并鼓励患者,提高患者对治疗的依从性,对术中配合和术后恢复起重要作用。此外,PTED 手术需大量透视操作来获取精准的入针点及针道位置,应同时加强对医患双方的防护工作,以保护重要脏器^[11]。护士需提前充分准备防护用具和各种手术器械,在最大可能缩短手术时间的同时提高手术效率。PTED 手术的患者反馈依赖性很高,为确定神经根位置和预防并发症发生,需在术前对患者反复讲解手术要求和配合要点^[12]。最后,患者术后身体和精神状态一般良好,常会导致医护人员和患者放松警惕,一旦有问题出现往往猝不及防,因此,提高术后警惕心理至关重要。术后疼痛症状常明显减轻,患者急于下地活动,在机体活动功能未完全恢复前进行剧烈、危险运动,从而导致病症复发。因此,护理人员应明确告知患者及家属康复锻炼的方法和规律,并着重强调其重要性,在出院时提醒患者定期回院复查。

综合性护理干预是综合心理、用药、运动、饮食及其他护理方式相结合的护理模式,依照具体病情为患者制订合适的护理内容,考虑到患者各方面需要,给予患者全面护理^[13]。舒适性护理则是强调患者的舒适度,利用系统性、针对性的护理措施使患者达到生理、心理上的愉悦状态^[14]。本研究结果显示,综合性护理联合舒适性护理干预可明显增加疗效,缓解患者疼痛,提高患者生活质量。伴随脊柱外科微创技术的发展和日益成熟,PTED 手术在治疗腰椎间盘突出症中的作用愈发凸显,

与后路切开术比较有明显优势,但紧随而来的是给广大医护人员提出了新的挑战。本文总结以往工作中的经验,采用综合护理联合舒适护理的模式来干预治疗的各个步骤,取得了较为满意的效果,以期能为医护人员带来启发,更好地为患者服务。

参考文献

[1] 杨艳,孙赞,李蕊,等.经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症围手术期的护理[J].中华全科医学,2016,14(2):317-319.

[2] 陈伟雄,潘磊,薛厚军,等.经皮椎间孔镜下治疗腰 4/5 椎间盘突出症的临床研究[J].检验医学与临床,2015,12(12):1754-1756.

[3] Deyo RA,Nachemson A,Mirza SK. Spinal-fusion surgery-the case for restraint[J]. N Engl J Med,2004,350(7):722-726.

[4] 何凡,陈盈盈,王婧.舒适护理对经皮椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症的疗效及生活质量的影响[J].中国现代医生,2015,53(25):140-143.

[5] 黄晓琴,唐如翠.38 例侧位经皮椎间孔镜手术配合体会[J].检验医学与临床,2011,8(4):490-491.

[6] 那艳涛.舒适护理在腰椎间盘突出症患者术后的应用[J].中国当代医药,2012,19(20):143-144.

[7] 季琴,施加加,徐建红,等.个性化护理对腰椎间盘突出症患者生活质量及心理状态的影响[J].中国医药导报,2012,9(6):137-138.

[8] 徐子迅,陈曲海.延续护理对腰椎间盘突出症患者遵医行为和和生活质量的影响[J].中国康复,2014,29(6):460-461.

[9] 陆廷盛,罗春山,赵筑川,等.经皮内镜椎间孔入路结合椎板间入路椎间盘切除术治疗多节段腰椎间盘突出症的近期疗效观察[J].贵州医药,2014,38(9):826-828.

[10] 白雪,童培建.心理护理干预在腰椎间盘突出症患者围手术期的应用[J].浙江中医药大学学报,2015,39(5):406-408.

[11] 王亮,卫建民,王小明.低浓度硬膜外麻醉下经皮椎间孔镜髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症 31 例[J].陕西医学杂志,2014,43(6):721-722.

[12] 王兵站,廖文波.经椎间孔内窥镜手术治疗腰椎间盘突出症 35 例临床分析[J].河南外科学杂志,2014,20(5):54-55.

[13] 白海燕.综合性护理干预对不稳定型心绞痛患者治疗效果的研究[J].检验医学与临床,2016,13(14):2019-2021.

[14] 朱春阳.舒适护理在经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症中的影响[J/CD].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,12(58):208.