

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0119-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.038

护理干预对中药熏蒸腰椎间盘突出合并腰腿疼患者预后的疗效观察

王 燕 刘文洁 宋欣奕 李亚丽 兰琳琳

(河南科技大学第一附属医院, 河南 洛阳 471003)

[摘要] 目的: 探讨临床路径护理干预下中药熏蒸对腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者症状改善及预后随访研究。方法: 选取河南科技大学第一附属医院 2018 年 5 月至 2021 年 5 月期间收治的 102 例腰椎间盘突出症并腰腿疼痛患者, 根据治疗方式分为观察组 (51 例, 在对照组基础上联合中药熏蒸治疗) 与对照组 (51 例, 采用临床路径护理干预)。比较两组患者临床疗效、平均住院天数、平均住院费用、健康知识评分、数字评分法 (NRS) 评分、日本骨科学会评估治疗分数 (JOA) 评分及并发症发生情况。结果: 对照组患者治疗总有效率为 68.63%, 观察组患者的总有效率为 92.16%, 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的住院时间和住院费用明显较对照组低, 而观察组患者的健康知识评分明显较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的 NRS、JOA 评分较对照组的显著降低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后出现并发症的概率为 7.84%, 较对照组的 23.53% 低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 临床路径护理干预下中药熏蒸对腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者临床效果理想, 不仅可缩短人均住院天数和减少人均住院费用, 提高患者对病情的认知度, 还可有效改善患者临床症状, 降低并发症发生率, 改善其生活质量。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 腰腿疼痛; 中药熏蒸; 临床路径护理干预

[中图分类号] R 681.5³ **[文献标识码]** B

腰椎间盘突出症是一种较为常见的疾病, 其主要表现在患者腰椎间盘各部分, 如髓核、软骨板及纤维环等^[1]。临床资料显示^[2], 尤其是髓核, 在不同程度的退行性改变后, 因外力因素的作用, 导致相邻组织受到刺激或压迫, 从而出现一系列临床症状, 如下肢放射痛、腰腿痛等。目前临床治疗腰椎间盘突出症的方法大多采用手术治疗, 手术治疗具有恢复快、创口小及并发症少等优点, 但后期易导致患者神经受压而引发腰椎功能障碍和持续疼痛等症状^[4-5]。路径护理干预是提高患者术后预后效果和服务质量的新理念^[6]。本研究旨在探讨临床路径护理干预下中药熏蒸对腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者症状改善及预后随访研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取河南科技大学第一附属医院 2018 年 5 月至 2021 年 5 月期间收治的 102 例腰椎间盘突出症并腰腿疼痛患者, 根据治疗方式的差异将患者分为观察组与对照组, 均 51 例。观察组男女比例为 26:25; 年龄范围为

31~62 岁, 平均年龄为 (45.76 ± 5.83) 岁; 病程范围为 6~17 年, 平均病程 (12.34 ± 2.63) 个月; 病变部位: L3~L4 15 例, L4~L5 12 例, L5~S1 24 例。对照组男女比例为 25:26; 年龄范围为 31~61 岁, 平均年龄为 (46.14 ± 5.82) 岁; 病程范围为 6~18 年, 平均时间 (12.54 ± 2.85) 个月; 病变部位: L3~L4 13 例, L4~L5 11 例, L5~S1 27 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 腰骶部疼痛, 且伴有下肢呈典型坐骨神经分布区域疼痛; (2) 通过计算机断层扫描或磁共振成像明确诊断为腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛的患者; (3) 直腿抬高试验阳性, 负压增加时疼痛加剧者; (4) 腰椎棘突旁有深压痛者; (5) 均得到 6 个月~1.5 年的随访^[7]。

1.2.2 排除标准 (1) 临床资料不完整者; (2) 研究过程中途放弃者; (3) 有全身性严重疾病及心肝肾严重疾病者; (4) 有其他腰椎病变者。

[收稿日期] 2023-04-23

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目 (LHGJ20190558)

[作者简介] 王燕, 女, 主管护师, 主要从事疼痛科工作。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予临床路径护理干预，具体操作步骤：（1）制定临床路径，采用循证医学的方法，通过广泛查阅相关文献，查看相关学科专家意见，制定腰椎间盘突出症的临床路径表与变异表。临床路径表的内容：医疗、护理两部分。变异表内容：记录患者退出临床路径的原因，吸取经验，以此完善临床路径表，减少变异表。（2）设计工作程序，制定临床路径护理干预程序图，将腰椎间盘突出症保守治疗的临床路径程序图分为患者和医护人员版，其中患者版注重于科室介绍、住院诊疗计划说明、疾病基本知识介绍、患者配合项目说明等；医护人员版为常规检查、治疗、护理措施及健康教育指导等内容。（3）实施前医护人员的培训，对临床路径有关人员人员进行培训，包括科主任、护士长、主管医师等，明确临床路径实施的目的、方法、流程、职责与分工等。在患者入院后由护士向其发放临床实施表并介绍临床路径相关内容及最终要达到的目标。通过医生、护士按当日路径的内容来检查、护理和健康教育。如患者的病情按路径的发展方向打“√”，反之未按路径的发展方向打“×”，备注原因，及时向患者作出解释。定期考核，将考核结果记录在临床路径考核表中。治疗 60 d。

1.3.2 观察组 在对照组治疗模式的基础上加用中药熏蒸治疗，熏蒸中药组成：伸筋草、鸡血藤各 30 g，川芎、威灵仙各 15 g，独活、红花、当归、姜黄、牛膝、防风、白芷、透骨草各 10 g。使用大连金辉康疗设备有限公司制造的 ST-2 治疗装置，将上述药剂与 2 L 水混合后，装入熏箱，温度保持在 50~60 °C，每次 30 min，每次间隔 1 d，10 次为 1 疗程，总治疗时长为 60 d。

1.4 观察指标

（1）记录所有患者住院费用（住院期间除伙食费外的所用费用）、住院天数（自入院当天到出院当天）及掌握健康知识程度；健康知识掌握评价标准：评价患者对腰椎间盘突出合并腰腿疼的基本知识、危害性知识、治疗知识以及自我护理知识 4 方面的掌握情况，评分为 3 级，不正确 0 分，部分正确 1.5 分，正确 3 分，分数越高说明患者对相关健康知识的掌握情况越好。（2）通过数字评分法（numerical rating scale, NRS）评分评价患者疼痛情况，分值为 10 分，0 分为无疼痛感，1~3 分为轻度疼痛，4~7 分为中度疼痛，8~10 分为重度疼痛，无法忍受。（3）使用日本骨科协会评估治疗分数（Japanese Orthopaedic Association scores, JOA）对患者腰痛功能障碍程度进行评价：分值为 0~29 分，得分越低表示患者下腰痛功能障碍越明显。（4）疗效评定参照相关文献进行^[8]，显效：治疗后，患者腰腿疼痛感消失，直腿抬高试验 70° 以上，不影响生活；有效：治疗后，患者临床

症状减轻，腰部活动改善明显，能轻松恢复活动；无效：治疗后患者症状体征均无变化。总有效 =（显效 + 有效）/ 总例数 × 100 %。（5）比较两组患者治疗后并发症的发生情况。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS 19.0 软件进行处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用 % 表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

对照组患者治疗总有效率为 68.63%，观察组患者的总有效率为 92.16%，组间比较，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 [n = 51, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	21(41.18)	14(27.45)	16(31.37)	35(68.63)
观察组	27(52.94)	20(39.22)	4(7.84)	47(92.16) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者的住院天数、住院费用及健康知识评分比较

观察组患者的住院天数和住院费用明显较对照组低，而观察组患者的健康知识评分明显较对照组高，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者的住院天数、住院费用及健康知识评分比较 (n = 51, $\bar{x} \pm s$)

组别	住院天数/d	住院费用/万元	健康知识评分/分
对照组	11.37 ± 2.14	7.18 ± 0.85	21.58 ± 3.12
观察组	7.13 ± 0.83 ^b	5.69 ± 0.63 ^b	28.55 ± 3.71 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 NRS、JOA 评分比较

治疗前两组患者的 NRS、JOA 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的 NRS、JOA 得分较对照组降低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 NRS、JOA 评分比较 (n = 51, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	NRS 评分	JOA 评分
对照组	治疗前	10.93 ± 2.13	18.03 ± 2.24
	治疗后	5.94 ± 0.64	15.73 ± 2.89
观察组	治疗前	11.44 ± 2.57	18.25 ± 2.73
	治疗后	2.88 ± 0.37 ^c	11.09 ± 2.55 ^c

注：NRS—数字评分法；JOA—日本骨科协会评估治疗分数。

与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗后并发症发生情况比较

观察组患者治疗后出现并发症的概率为 7.84%，较

对照组的 23.53% 低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗后并发症发生情况比较 [$n = 51, n(\%)$]

组别	神经根粘连	神经根水肿	切口感染	下肢静脉血栓形成	总发生
对照组	3(5.88)	5(9.80)	3(5.88)	1(1.96)	12(23.53)
观察组	2(3.92)	2(3.92)	0(0.00)	0(0.00)	4(7.84) ^d

注: 与对照组比较, ^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

腰椎间盘突出症是临床上较为常见疾病之一, 对患者的日常生活质量造成很大影响^[9]。相关文献显示^[10], 引起腰椎间盘突出症的因素有: (1) 腰椎间盘的退行性改变; (2) 腰椎长期反复受到外力的损伤; (3) 椎间盘承受压力过大造成髓核突出容易引起腰椎间盘突出症; (4) 先天性的骨骼畸形; (5) 妊娠或者寒冷受潮; (6) 遗传因素。目前治疗该病的方法有保守治疗和手术治疗, 但保守治疗效果并不理想, 具有创口大、并发症多、预后时间长等劣势^[11-12]。因此, 临床上大多选用手术治疗, 经皮椎间孔镜手术在临床上被广泛使用, 具有切口小、出血量少、并发症发生率低、预后时间短等优点^[13]。

中医认为^[14], 腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者属于中医学中腰痛的范畴。中医理论认为该病的病因病机主要是气滞血瘀、痹阻脉络, 具体来讲就是由于湿热风寒邪入侵机体, 从而导致气血运行不畅, 引起腰腿疼痛、四肢麻木等, 因此中医理论指导下对该病的护理应当在原有现代医学护理方案的基础上加以活血化瘀、舒经通络的护理治疗方案。笔者认为, 通过伸筋草、当归、独活、鸡血藤等活血化瘀、温补肾阳、止痛散寒的重要组成的方药进行中药熏蒸, 能够使患者达到更佳的治疗效果。熏蒸主要通过高温产生气体, 让其快速深入患者体内, 中药熏洗方式将药力与热力特征相结合, 有着改善腰腿部血循、祛风除湿、消肿止痛、加快病理产物排泄等独特的优点。本研究结果显示, 采用临床路径护理干预下中药熏蒸治疗后的腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者临床总有效率 92.16%, 高于单独临床路径护理干预后患者临床总有效率 68.63%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。临床路径护理干预下中药熏蒸治疗后患者平均住院天数及平均住院费用均显著低于单独临床路径护理干预后的患者, 同时健康知识评分高于对照组; 临床路径护理干预下中药熏蒸治疗后患者 NRS 评分与 JOA 评分均明显低于单独临床路径护理干预后的患者; 临床路径护理干预下中药熏蒸治疗后患者并发症发生率为 7.84%, 明显低于单独临床路径护理干预后的患者并发症发生率的 23.53%, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明临床路径护理干预下中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者效果更为理想, 可改善临床症状, 提高患者生存质量。

综上所述, 腰椎间盘突出症合并腰腿疼痛患者在临床路径护理干预的基础上加用中药熏蒸治疗, 可缩短人均住院天数及降低住院费用, 同时改善患者 NRS 评分及 JOA 评分, 减少并发症发生率。

[参考文献]

- [1] 石晓伟, 黄亮亮, 陈定章, 等. 坐骨神经直径与腰椎间盘突出症临床症状及预后的相关性分析 [J]. 中华骨科杂志, 2019, 39 (2): 74-82.
- [2] ZHANG J, JIN M R, ZHAO T X, et al. Clinical application of percutaneous transforaminal endoscope-assisted lumbar interbody fusion [J]. Zhongguo Gu Shang, 2019, 32 (12): 1138-1143.
- [3] 姜家永. 综合疗法治疗腰椎间盘突出症的临床效果观察 [J]. 中国地方病防治杂志, 2015, 30 (2): 127-128.
- [4] 盛有根. 热敏药灸治疗仪与热敏药灸法治疗腰椎间盘突出症的对照研究 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36 (11): 2805-2808.
- [5] SONG K P, ZHANG B, MA J L, et al. Mid-term follow-up efficacy of interspinous dynamic stabilization system for lumbar degenerative diseases [J]. Zhongguo Gu Shang, 2019, 32 (11): 991-996.
- [6] 王加旭, 邵水霖, 吴继功, 等. 经皮椎间孔镜椎间盘切除术治疗复发性腰椎间盘突出症的疗效 [J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19 (3): 251-256.
- [7] 栾静, 贺永进, 王琦, 等. 椎间孔镜 TESSYS 技术治疗腰椎间盘突出症合并 I° 稳定型腰椎滑脱症的效果 [J]. 中华麻醉学杂志, 2017, 37 (12): 1438-1441.
- [8] 杨明轩, 王栓科, 刘昊楠, 等. 后路椎间盘镜与显微镜下手术治疗腰椎间盘突出症中期疗效分析 [J]. 重庆医学, 2015, 44 (11): 1496-1498.
- [9] 赵丹, 杨少青. 健康教育临床路径在腰椎间盘突出症康复治疗患者中的应用 [J]. 当代护士, 2017, 25 (1): 149-150.
- [10] 丁翠华, 邱鹏程, 陈保坤, 等. 临床护理路径在手术室腰椎间盘突出症胶原酶溶解术患者中的效果分析 [J]. 实用医学杂志, 2015, 44 (12): 2047-2048.
- [11] LIN Y P, WANG S L, HU W X, et al. Percutaneous full-endoscopic lumbar foraminoplasty and decompression by using a visualization-reamer for elderly lumbar lateral recess and foraminal stenosis [J]. World Neurosurg, 2019, 50 (19): 751-752.
- [12] 夏宁川, 王体春, 陈坤. 基于循证理念的临床路径管理方案在支气管肺炎管理实施中的效果 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2018, 25 (6): 599-602.
- [13] FENYO A, SHINIS D, SHELEF I, et al. Lumbar disc herniation: Protrusion, extrusion or bulge? The proper use of the terms-how and when will it be defined as a disease [J]. Harefuah, 2019, 158 (12): 807-811.
- [14] 陈祖平, 董森, 李辉, 等. 中医外治综合疗法治疗腰椎间盘突出症 1200 例疗效观察 [J]. 中医杂志, 2015, 56 (13): 1128-1130.