# 艾灸护理干预对腰痛患者的影响

来源：网络 作者：醉人清风 更新时间：2024-08-22

*艾灸护理干预对腰痛患者的影响【摘要】：目的：对层级护理干预对腰痛患者症状以及心理状态的影响进行对比分析。方法：2024年3月至2024年1月期间我院对腰痛患者实施集体护理干预，回顾性分析其中54例患者的临床资料作为对照组，2024年3月至2...*

艾灸护理干预对腰痛患者的影响

【摘要】：目的：对层级护理干预对腰痛患者症状以及心理状态的影响进行对比分析。方法：2024年3月至2024年1月期间我院对腰痛患者实施集体护理干预，回顾性分析其中54例患者的临床资料作为对照组，2024年3月至2024年3月我院开始实施层级护理,亦回顾性分析其中54例患者临床资料作为实验组。两组患者均接受艾条灸，穴位选取大肠俞和双肾俞，同时辅以腰背肌的功能性锻炼，对两组患者护理干预之前后的临床疗效、Oswestry慢性腰痛评分、相关知识的掌握程度及SDS评分情况进行记录和分析比较。结果：实验组的总有效率为98.15%，对照组的总有效率为83.33%，两组之间比较，差异有统计学意义（P＜0.01）；干预前两组患者的Oswestry评分比较，差异无统计学意义（P＞0.05），干预后2周及3个月，实验组Oswestry评分均优于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。实验组干预后的答题及格率为92.59%，对照组及格率为50.0%，两组差异有统计学意义（P0.05），具有可比性。

1.2

纳入标准

①符合慢性下腰痛的诊断标准[3]；②护理期间有正常的依从性。

1.3

排除标准

①合并有严重的肢体疾病；②合并精神疾病，不能参加小组或集体活动；③未能完成3个月的院内护理；④有吸毒或酗酒史；⑤文盲患者。

1.4

方法

两组患者均接受艾条灸，穴位选取大肠俞和双肾俞，同时辅以腰背肌的功能性锻炼，护理方面，实验组患者接受层级护理策略，对照组患者则接受常规护理干预。具体治疗方法为：

①

取穴：取大肠俞（于第四腰椎棘突的下旁开3寸）、双侧肾俞（于第二腰椎棘突的下旁开1.5寸）。

②操作：令患者取俯卧位，点燃艾条，对双侧肾俞和大肠俞进行温和，每穴灸~20min，直至局部的皮肤出现红晕，以患者局部出现温热感但没有灼痛感为度。1次/d，7d为1疗程。

③护理干预：向患者进行健康教育，健康教育内容主要包括生活方面、锻炼背肌功能方面以及艾灸方面。

实验组：将护士分成四个层级，N1到N4（分级依据：护士的工作能力与其道德素质、职称等相结合），依次为从初级、中级、高级和专家护士。

N４，即专家护士，因其临床经验丰富但同时数量也较少，就需要他们自己主动参与护理过程的关键步骤和核心步骤。同时他们也应当是整个护理过程的主导者和监督者。每位患者应该由哪些低级护士负责，每位护士都需要负责哪些具体项目，这些统筹规划都应该由专家护士来完成。除外，专家护士还需要对急救药品以及相关仪器进行仔细检查，最大化的保证其性能，为可用状态。对一定数量腰痛恢复情况较差甚至恶化的患者，专家护士应当亲自参与这部分患者的护理过程，恶化患者毕竟数量有限，专家护士必须逐个落实这部分患者的护理工作。对于经过护理就有了好转的患者，专家护士也有注意护理过程中出现的各种疑难情况，及时给予指导。例如患者针灸后出现不适症状的处理，对于背肌功能锻炼无显著效果的患者如何改变护理策略等，并主动参与到科室内疑难护理课题的讨论中去。参与到医生的临床查房。通过每周跟随查房的过程，使得自己能够对本科病人的基本情况有着更加深刻的了解，包括患者病史，下腰痛的严重情况，护理恢复效果等，从而总结工作重点，针对病人特点采取针对性的措施，指导N２及N1工作，而N3需对本组内一定数量的重、危、急症下腰痛患者护理进行负责，例如合并有其它病症或者术后恢复不良的腰痛患者。高级护士需要对自己分管的小组负责，自己小组内人员如何配置，如何合理分配工作等。高级护士还应督促自己小组内所有患者的治疗和护理工作的具体落实，工作过程当中，遇到任何困难应及时向N４寻求帮助和业务指导，于本班的工作结束之前和下一班的责任护士床头或书面交班，若针灸治疗或功能锻炼尚未结束，应准确告知进行到什么程度，保证接班护士可以继续完成，确保护理工作的连续性。N2需参与到轮值夜班中来，担当当晚夜班的主班职责，对晚夜班的护理工作的顺利完成进行安排协调，随时应对患者突发的疼痛或不适现象并进行适当处理，对本组患者的各项护理问题进行了解，并提出相应的护理措施及定期评估效果，这里主要是患者腰痛症状的改善率。保证病室的安全、安静，保证办公室、治疗室的整齐、清洁，准备好各种所需治疗物品，主要是针灸和功能锻炼所需工具。对于N1护士，在上级护士的相关指导下能够顺利完成患者的日常饮食护理，和患者日常转运等的护理。

对照组：主要由慢性腰痛的健康教育护士或骨科医生，于每2周组织患者接受一次腰痛相关的知识讲座，形式包括看录像，幻灯片，专家讲座等，每次2h左右。

1.5

疗效评价标准

①2组患者于2个疗程护理干预后进行疗效评价，并于3个月后进行随访。使用日本骨科协会下腰痛疾患疗效评定标准[4]对患者临床疗效进行判断，包括主管症状，体征，日常生活动作，膀胱功能共4个大项，29分，分数越低则表明患者功能障碍越显著。改善率＝[（治疗后评分-治疗前评分）/（29-治疗前评分）]×100％。改善率100％为治愈，大于60％为显效，25～60％为有效，小于25％为无效。

②通过Oswestry慢性腰痛的评分量表[5]，于干预之前、护理干预2周后及3个月之后对腰痛症状的评分进行评价和对比。Oswestry慢性腰痛的评分量表具体通过患者疼痛程度和疼痛变化程度,及腰痛缓解或加重和社交活动、行走、站立、起居、自理能力、提取重物、旅行、睡觉十个方面的社会活动关系,以及不同的症状程度积分,对慢性腰痛影响患者的社会生活程度进行全面评价，得分越低表示越优。③在2组患者接受护理干预3个月后对其相关知识了解情况进行问卷调查，共10个问题，答对6题以上评定为“及格”，否则为“不及格”。④使用SDS抑郁量表对两组患者干预之前、护理干预2周后和护理干预3个月之后的心理状态进行评估和比较，得分越低则越优。

1.6

统计学处理

研究数据分析处理使用SPSS19.0统计分析软件，计数资料采用X2检验，剂量资料采用t检验，以P<0.05表示差异有统计学意义。

结果

2.1治疗前后的疗效对比

实验组的总有效率为98.15%，对照组的总有效率为83.33%，可见两组的护理干预均有较好的临床效果，然而两组之间比较，差异有统计学意义（P＜0.01），实验组的疗效更佳。具体见表1。

表1治疗前后的疗效对比(例)

组别

例数

治愈

显效

有效

无效

总有效率（%）

实验组

98.15

对照组

83.33

χ2值/u值

4.02

7.06

p

＜0.01

＜0.01

2.2

两组患者于治疗前后的腰痛症状评分对比

干预前两组患者的Oswestry评分比较，差异无统计学意义（P＞0.05），干预后2周及3个月，实验组Oswestry评分均优于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。具体见表2。

表2治疗前后的Oswestry评分对比（例，±s）

组别

例数

干预之前

干预后2周干预后3个月

实验组

29.52±3.2

14.75±4.0

13.17±3.3

对照组

29.17±4.1

22.36±3.1

21.09±4.1

t值

--

0.47

6.74

7.33

P值

--

＞0.05

＜0.05

＜0.05

2.3

治疗前后两组患者相关知识的掌握情况对比

实验组干预后的及格率为92.59%，对照组及格率为50.0%，两组差异有统计学意义（P<0.05）。具体见表3。

表3治疗前后两组患者相关知识的掌握情况对比（例）

组别

例数

及格

不及格

及格率(%)

X2值

P值

实验组

92.59

4.07

＜0.05

对照组

50.0

2.4治疗前后两组患者心理状态对比

干预前两组患者的SDS评分比较，差异无统计学意义（P＞0.05），干预后2周及3个月，实验组SDS评分均优于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。具体见表4.表4两组患者治疗前后的SDS评分对比（±s）

组别

例数

干预之前

干预后2周干预后3个月

实验组

49.18±3.94

41.80±3.57

39.25±2.97

对照组

48.40±3.70

46.47±2.96

46.02±3.33

t值

--

0.86

5.95

6.37

P值

--

＞0.05

＜0.05

＜0.05

讨论

如今慢性的下腰痛已经成为一种常见社区疾病，其临床表现是长时间的持续症状，易于出现反复，因此，目前，对于腰痛的复发预防以及相关的缓解工作已经成为医护人员面临的重要问题。大量临床实践显示，使用艾灸治疗并辅以锻炼腰背肌的功能在治疗慢性的下腰痛方面具有显著效果，但患者对疾病的了解程度以及康复锻炼锻炼的方式都会对最终的治疗效果产生一定的差异[6,7]。那么就很大程度上关系到护理人员参与的程度和健康教育的到位程度。当前，健康教育方式已由传统的当面宣教向多媒体的集体式健康宣教转变，原因是省时省力，然而其具体的临床疗效方面，同层级护理的模式比较是否有明显的差别还很少有研究

[8-10]。

对于慢性的下腰痛的临床护理其本质是对患者的日常行为进行干预，需要对干预策略科学地进行设计、并对健康教育全过程做全面的组织。目前，在科学技术与社会经济飞速发展的同时，全新的“生物-心理-社会”医学模式已悄然形成，临床护理工作范围也悄然改变，临床护士也不再是以前的单一护理角色，更多的是向多元化的方式转变。很多国家及地区在护理人员的划分方面，已经开始分为不同级别等级，与此同时，对各级护理人员的具体岗位职责均做出明确划分，层级护理模式这一理念应运而生，其实质也就是根据的不同能力范围，给予最适合其能力的工作。能力强者承担更大责任，能力弱者完成本职工作[11,12]。层级护理模式在实施过程中，要将发达国家成熟的管理方法与我国国情以及医院实际情况相融合，进而形成一套有特色的“以患者为中心”的护理方案，从而使原有技术资源得到最大程度开发，有效提高患者的恢复效果，调动患者的积极性。

本研究对两组慢性的下腰痛病例使用不同的护理方式，结果表明实验组的总有效率为98.15%，对照组的总有效率为83.33%，可见两组的护理干预均有较好的临床效果，而实验组的疗效更佳。干预后2周及3个月，实验组Oswestry评分及SDS评分均优于对照组。可见实验组患者的护理效果以及临床疗效相较于对照组患者都有显著的提高。相较于常规的护理方法，层级护理模式的分工更细致，在保证患者得到充分护理干预的同时，有效提高了工作效率，因此护理的有效率得到提高。此外，高级别的护理人员可以对低级别护理人员进行有效的指导，并及时指出其护理工作中出现的错误，例如对其针灸和功能锻炼的操作手法给予及时的纠正，而在常规的护理模式中，这些问题可能存在很久而未被发现，会对患者的康复造成极大的影响，在层级护理模式中，上级护士的监督作用使这种现象得到避免，保证患者接受最为有效的护理干预。此外，每一层级的护士都受到上一层级护理人员的监管，其工作态度及工作效率都会得到显著的提高。这些都导致了层级护理干预的更好的临床疗效及护理效果。

总之，相较于集体护理，层级护理可以显著提高慢性腰痛患者的症状和心理状态，有一定的临床推广价值。

参考文献

[1]王桂荣,黄钟敏,杨凤翔.社区非特异性下腰痛患者健康教育方法与效果[J].护理管理杂志,2024,12(7):

512-513.[2]付佳,高凡.等离子射频消融术治疗椎间盘源性腰痛患者的护理[J].解放军护理杂志,2024,30(22):

35-37.[3]马文庭，郑宝森.慢性下腰痛的诊断和治疗研究进展———2024

年第12

届世界疼痛大会综述之四［J］．实用疼痛学杂志，2024，2(5):

65~68.[4]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:

186~201.[5]郑光新，赵晓欧，赵广林，等．Oswestry

功能障碍指数评者的可信性［J］．中国脊柱脊髓杂志，2024，12(1):

13~15.[6]钟联凤,陈冰凌.腰椎间盘突出症手术患者的全程分期健康教育[J].中国临床护理,2024,3(4):

327-328.[7]刘志荣,贾菲,翁慧,等.专业小组护理管理模式的实践与探讨[J].中国临床护理,2024,5(6):

521-522.[8]宁德花.慢性下腰痛的心理康复护理进展[J].齐鲁护理杂志,2024,11(4):

336-337.[9]黎春华,瓮长水,蒋天裕,等.5

种疼痛强度评估量表应用于老年腰痛患者的重测信度

①[J].2024.[10]吕晶,徐娟,吕传爱,等.静脉滴注参麦注射液致腰痛例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2024,13(11):

20-20.[11]李凤姣,李敏,肖少雄.经皮射频消融髓核成形术治疗椎间盘源性腰痛的围手术期护理[J].护士进修杂志,2024,28(4):

333-334.[12]罗冠华.38

例腰痛患者中药熏蒸治疗的临床疗效观察与护理配合[J].医学信息,2024,11

(6):

307-308.

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找