

· 护理园地 ·

# 心理护理在腰椎间盘突出症再手术患者中的应用

朱冬梅<sup>1</sup>, 岑爱萍<sup>2</sup>, 李莉茵<sup>3</sup>, 王丽平<sup>1</sup>, 刘璐<sup>1</sup>, 冷楠楠<sup>1</sup>, 吴伟华<sup>1</sup>, 张琳<sup>1</sup>, 郭媛媛<sup>1</sup>, 张莉<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的 探讨腰椎间盘突出症再手术患者实施心理护理的效果。方法 38 例随机分为观察组与对照组各 19 例。对照组按骨科常规护理, 观察组在骨科常规护理基础上实施全程心理护理。结果 观察组患者接受心理护理后的焦虑、抑郁评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 心理护理能减轻腰椎间盘突出症再手术患者焦虑、抑郁情绪, 提高对手术的耐受力, 促进患者早日康复。

**[关键词]** 心理护理; 椎间盘突出症; 再手术

**[中图分类号]** R681.53 **[文献标志码]** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.03.035

腰椎间盘突出症患者长期受疾病折磨, 存在焦虑、灰心等负性情绪, 心理波动大<sup>[1]</sup>, 甚至产生轻生的心理。研究证实, 心理成分对疼痛性质、程度、分辨和反应程度及镇静效果都会产生影响<sup>[2]</sup>。本科 1999 年 11 月 - 2011 年 10 月, 对 38 例腰椎间盘突出症再手术进行了分组护理, 对观察组采取相应的心理措施, 取得了较好的效果。现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本组 38 例。男 20 例, 女 18 例, 年龄 25 ~ 63 岁, 平均 38.65 岁, 病程 1 月 ~ 5 年, 随机分为观察组和对照组各 19 例。两组患者的平均年龄、婚姻状况、男女比例、职业构成及文化程度均无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。

## 1.2 方法

**1.2.1 评定方法** 采用 Zung 焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 及抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS)<sup>[3]</sup> 评分。SAS 进行心理状态评定, 将 20 项目各分为 4 级评分, 分相加即得到粗分, 以粗分乘以 1.25 后, 取其整数部分为标准分。国内常模 SAS 总标准分值为  $(37.23 \pm 0.46)$  分<sup>[4]</sup>。SDS 共 20 个条目, 各分为 4 级评分, 计算方法同 SAS。两组患者入院后第 1 天及再手术前各测评 1 次, 测评前指导患者仔细阅读指导语, 30 min 内完成问卷。入院时及再手术前各测量生命体征 1 次。

**1.2.2 心理护理方法** 对照组入院时进行常规介绍同时进行健康教育。观察组入院测评后即有计划地进行围术期综合性的心理护理: ①多说一句话: 接

诊护士对患者接诊时主动热情, 减少患者对陌生环境的不适应, 使其心理上产生依赖, 在第一时间取得患者信任。责任护士向患者介绍疾病的相关知识, 该手术治疗的医师力量、手术的优点, 手术后效果等, 使患者了解再手术治疗的安全性及可能的风险; ②多站一分钟: 护士术前 1 d 耐心倾听患者的想法, 了解心理反应, 根据职业、文化程度和对疾病的认识等, 进行针对性的个别心理疏导, 时间不少于 30 min。教会患者运用心理治疗、松弛疗法、音乐疗法进行全身放松训练, 每天 2 次, 每次 30 min。通过术前探访, 可使患者在围术期获得安全感和满足感从而减轻焦虑、抑郁等情绪<sup>[5]</sup>, 以此增强患者对手术的耐受性; ③多送一小步: 出院前 3 d, 与亲属做好交流, 鼓励患者亲朋多参与, 使患者保持良好心态。同时, 留下门诊与病房电话, 以及专家门诊时间于病历上, 使患者感觉医师就在身边, 减轻其焦虑情绪, 主动配合治疗和护理。出院时护士长及责任护士送至电梯口。

**1.2.3 统计学处理** 采用 SPSS 13.0 统计软件处理数据, 计量数据以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 行方差分析、 $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

腰椎间盘突出症再手术患者, 由于多次手术均存有焦虑、抑郁情绪。两组患者在入院时 SAS、SDS 评分比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ , 表 1), 观察组通过心理护理后, 再手术前两组患者 SAS、SDS 评分比较有统计学意义 ( $P < 0.05$ , 表 2)。两组患者入院时血压、呼吸、心率比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ , 表 3), 再手术前两组患者生命体征对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ , 表 4)。

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院, 1. 骨科, 2. 护理部, 3. 图书馆

通讯作者: 岑爱萍, E-mail: cenaiping@gmail.com

表 1 两组患者入院时 SAS、SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )			
组别	<i>n</i>	SAS	SDS
观察组	19	48.14 $\pm$ 7.64	46.17 $\pm$ 9.34
对照组	19	57.87 $\pm$ 8.76	47.29 $\pm$ 10.12

表 2 两组患者再手术前 SAS、SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )			
组别	<i>n</i>	SAS	SDS
观察组	19	43.08 $\pm$ 8.13 *	41.28 $\pm$ 8.36 *
对照组	19	53.87 $\pm$ 12.94	54.42 $\pm$ 11.86

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$

表 3 两组患者入院时血压、呼吸、心率比较( $\bar{x} \pm s$ )					
组别	<i>n</i>	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	呼吸(次/min)	心率(次/min)
观察组	19	132.60 $\pm$ 5.67	86.24 $\pm$ 6.24	19.89 $\pm$ 2.30	79.15 $\pm$ 6.37
对照组	19	134.40 $\pm$ 6.34	86.12 $\pm$ 6.14	29.75 $\pm$ 2.40	77.35 $\pm$ 5.67

表 4 两组患者再手术前血压、呼吸、心率比较( $\bar{x} \pm s$ )					
组别	<i>n</i>	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	呼吸(次/min)	心率(次/min)
观察组	19	125.60 $\pm$ 6.80 *	85.20 $\pm$ 6.60 *	19.67 $\pm$ 2.10 *	78.61 $\pm$ 6.20 *
对照组	19	141.40 $\pm$ 6.80	92.60 $\pm$ 6.60	24.58 $\pm$ 2.10	81.31 $\pm$ 5.80

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$

3 讨论

腰椎间盘突出症患者的腰腿痛大多会转为慢性疼痛,有研究显示慢性疼痛患者焦虑症为 30.9%,其他患者仅有 14.3%<sup>[6]</sup>。焦虑表现为交感神经系统机能亢进,使心率加快,伴有血压升高、面色苍白、皮肤湿冷,高度焦虑、紧张、不安情绪等易造成患者心理障碍,同时焦虑、抑郁情绪会严重影响患者食欲和睡眠,加重病痛,从而使患者对治疗、护理积极性降低,不利于疾病的康复<sup>[7]</sup>。本研究结果,观察组血压、呼吸和心率与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

新的生物-心理-社会医学模式认为,心理疗法与药物疗法、物理疗法、手术疗法同为四大治疗法宝之一<sup>[8]</sup>。心理护理是医护人员通过语言或其他交往方式而达到消除患者疼痛目的的方法<sup>[9]</sup>。现代医学模式已由单纯的生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式,全面掌握患者的心身状况,重视心理状况对疾病的影响,针对不同心理状况,采取不同的护理措施,让患者认识疾病,接受现实,采取积极应对,树立战胜疾病和困难的信心<sup>[4]</sup>,能有效减轻或消除患者的心身痛苦,更好地适应手术过程,从总体上提高患者的术后生活质量。

有研究结果显示患者的疾病认知与其焦虑、抑郁、孤独及负性情绪的总分均呈现显著相关<sup>[10]</sup>。心理护理重视患者的认知、行为、心理和环境因素,使患者认识了病情、疼痛、现实问题,正确面对疾病,增加自我控制力,减少引起疼痛与焦虑的因素,从而减

轻或消除了疼痛及焦虑状态,改善了疼痛-焦虑-紧张循环,促进康复<sup>[11]</sup>。本研究结果显示,再手术观察组 SAS 和 SDS 评分与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

心理护理对腰椎间盘突出症再手术患者的焦虑、抑郁具有明显的缓解作用,且能明显提高患者生存质量,增强社会积极态度和主观幸福感,从而减轻疼痛<sup>[12]</sup>。有效心理护理能提高神经细胞的兴奋性,通过神经及神经体液的调节,使人体分泌一些有益于健康的激素、酶和乙酰胆碱等物质,对调节血流量,改善血液循环,增强胃肠蠕动,促进唾液等消化液的分泌,加强新陈代谢等都具有重要作用<sup>[13]</sup>。良好的心理护理在治疗腰椎间盘突出症再手术患者的情绪转归,躯体症状改善及促进疾病痊愈方面均起到十分重要的作用。

【参考文献】

[1] 鲁 静,谢静萍. 腰椎间盘突出症健康宣教[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(1):166-167.  
[2] 赵继军. 疼痛护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:16-18.  
[3] 郭念峰. 心理咨询师[M]. 北京:民族出版社,2005:194-196.  
[4] 曹美娟,曾秀莲,刘宏青. 术前干预对改善腰椎间盘突出症手术病人焦虑的作用[J]. 护理研究,2006,9(20):190.  
[5] 罗金玉,郑春燕,颜 艳,等. 手术室专职护士实施术前访视和术后随访探讨[J]. 东南国防医药,2006,10(8):380-381.  
[6] Athinson JH, Slater MA, Patterson TL, et al. Prevalence onser and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain a controlled study[J]. Pain,1991,45(2):111-121.

冲洗,2 次 / d,每次选择生理盐水 250 ml,连接一次性输液器,排尽空气后,挂于输液架上(瓶底离床沿 60 cm)备用。用碘伏消毒一次性引流袋导管处,将备好的输液器针头刺入已消毒的一次性引流袋导管处,再用胶布固定。根据患者耐受程度调节冲洗的速度(80~100 滴/min)、温度(38~40℃),每次冲洗前排空膀胱<sup>[5]</sup>,注意观察生命体征和腹部体征的变化。

**2.2.4 观察造瘘管周围皮肤** 观察切口有无红肿,粘连,周围有无渗血渗液,如有及时更换敷料。随时保持切口周围皮肤的干燥,预防感染。

**2.2.5 定期做尿液细菌培养** 每隔半个月做 1 次尿培养。

**2.3 做好基础护理工作** 每日帮助患者清洗会阴部,保持衣服和床单位的清洁。

**2.4 术后健康指导** 积极地开导鼓励患者以积极乐观的心态面对现实,重新适应新的生活方式,积极参与自身健康的恢复维护,护理人员加强治疗性的沟通,教会患者妥善固定引流管。嘱患者避免造瘘管扭曲,压迫而堵塞,引流管位置不可高于膀胱水平面,防止尿液逆流引起逆行感染。加强对患者的皮肤清洁,保持瘘口周围皮肤清洁、干燥。

**2.5 更换造瘘管** 瘘口周围消毒,用注射器抽完双腔气囊内生理盐水,拔出导尿管。选择 16~22Fr 双腔气囊导尿管,消毒后置入 8~10 cm,气囊内注入生理盐水 10 ml,往外轻拉导尿管,使气囊顶住膀胱造瘘口,用 20 ml 注射器抽取生理盐水反复冲洗膀胱,直至冲洗液清亮,接引流袋妥善固定于床边。应每月更换 1 次造瘘管,对于糖尿病患者和易堵管患

者可缩短间隔时间,一般为 2 周更换 1 次<sup>[6]</sup>。

### 3 体 会

长期留置膀胱造瘘管患者面临着日常生活诸多不便,心理压力较大,通过健康教育,患者及家属加深对自身疾病的了解,树立起对生活的信心,增加适应新的生活方式的技能,解除患者和家属的诸多疑虑,起到治病延年的效果。同时在健康教育过程中,护士帮助患者解决实际问题,减轻患者的痛苦,患者及家属对护士有信任感<sup>[7]</sup>,体现护士的专业价值及社会地位<sup>[8]</sup>。

### 【参考文献】

- [1] 周俊英,路青央.长期留置膀胱造瘘管患者的健康指导[J].临床医学,2010,30(8):124-125.
- [2] 赵培芳.三腔气囊导尿管行膀胱冲洗的临床应用效果观察[J].护理实践与研究,2012,9(11):117-118.
- [3] 余修华.老年患者行膀胱造瘘术的护理体会[J].中国老年保健医学,2012,10(1):70-71.
- [4] 喻 兰,李小红.20 例长期膀胱造瘘患者及其家属的健康教育体会[J].中国医学工程,2011,19(8):128-129.
- [5] 崔晶晶,李明玉.膀胱冲洗的问题与决策[J].护理学杂志,2012,27(11):56-57.
- [6] 赵 惠,赵 虹,张月侠.更换膀胱造瘘管常见问题及护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(29):98.
- [7] 陈 帅,刘玉秀,胡新勇.构建和谐医患关系的几点思考[J].东南国防医药,2012,14(5):462-463.
- [8] 陈锦珊,林秀丽,张亚坤.新形势下加强军队医院科室文化建设的思考[J].东南国防医药,2012,14(4):370-372.

(收稿日期:2012-11-05;修回日期:2013-04-07)

(本文编辑:黄攸生)

(上接第 297 页)

- [7] 许 倩.骨科手术患者焦虑评估及分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2008,3(3):191.
- [8] 周桃梅,黄明珍.心理干预对中老年冠心病患者焦虑抑郁的影响[J].护理学杂志,2005,20(11):44-45.
- [9] 李心天.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,1998:264.
- [10] 陈 瑶,朱建英,刘晓虹.手术患者常见负性情绪影响因素分析[J].解放军护理杂志,2007,24(5):10-12.
- [11] 庞红桥.手术病人焦虑评估及护理[J].护理实践与研究,

2008,5(20):110-111.

- [12] 王锦琰,罗 非.疼痛心理学的发展及其临床和社会意义[J].中国疼痛医学杂志,2006,12(4):238-240.
- [13] 郭岳峰,杨亚琴,马纯政,等.解郁安神汤配合音乐疗法治疗乳腺癌合并抑郁症的临床观察[J].河北中医,2010,32(10):1474-1476,1508.

(收稿日期:2013-01-23;修回日期:2013-03-06)

(本文编辑:黄攸生)