

# 腰椎间盘突出症术后康复护理的临床应用体会

木开代斯·艾尼玩尔 孟雪

新疆维吾尔自治区中医医院 新疆 乌鲁木齐 830000

**【摘要】**目的：探讨针对性康复护理干预在腰椎间盘突出症（lumbar disc herniation, LDH）术后患者中的临床应用效果，为优化术后护理方案、促进患者康复提供临床依据。方法：选取2024年1月至2025年1月本院收治的120例LDH手术患者作为研究对象，所有患者年龄均在20-60岁，采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组各60例。对照组实施骨科常规术后护理，实验组在常规护理基础上实施阶梯式综合康复护理干预，干预周期为12周。对比两组患者术后疼痛视觉模拟评分（VAS）、Oswestry功能障碍指数（ODI）、日本骨科协会（JOA）腰椎功能评分及术后并发症发生率，同时观察两组患者康复进程。结果：干预前，两组患者VAS评分、ODI指数、JOA评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预12周后，两组上述评分均较干预前显著改善（ $P<0.05$ ），且实验组VAS评分、ODI指数低于对照组，JOA评分高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组术后并发症发生率为3.33%（2/60），显著低于对照组的13.33%（8/60），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：腰椎间盘突出症术后实施阶梯式综合康复护理，能有效缓解患者疼痛症状，促进腰椎功能恢复，降低术后并发症发生率，加快康复进程，值得临床推广应用。

**【关键词】**腰椎间盘突出症；术后护理；康复干预；阶梯式护理；腰椎功能

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.055

## 引言

腰椎间盘突出症是脊柱外科常见多发病，主要因腰椎间盘退行性改变、纤维环破裂、髓核突出压迫神经根引发腰部疼痛、下肢放射痛、麻木等症状，严重时可导致肢体无力、大小便功能障碍，降低患者生活质量<sup>[1]</sup>。临床对于保守治疗无效的中重度LDH患者，多采用手术治疗摘除突出髓核、解除神经压迫，但手术创伤易引发局部组织水肿、神经根粘连、肌肉萎缩等并发症，影响术后康复效果<sup>[2]</sup>。研究表明，科学规范的术后康复护理可有效减少并发症发生，促进腰椎稳定性恢复，为患者功能康复提供保障<sup>[3]</sup>。目前临床常规术后护理多以病情监测、基础护理为主，缺乏针对性与系统性，难以满足患者个性化康复需求。基于此，本研究以120例20-60岁LDH手术患者为对象，探讨阶梯式综合康复护理的应用效果，旨在为临床护理方案优化提供参考，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月本院收治的120例LDH手术患者。

纳入标准：符合《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》中LDH诊断标准<sup>[4]</sup>，经腰椎CT或MRI检查确诊，保守治疗3个月以上无效需手术治疗；年龄20-60岁；意识清晰，能配合护理与随访；签署知情同意书，本研究经医院伦理委员会审批通过。

排除标准：合并腰椎骨折、肿瘤、结核等其他脊柱疾病；合并心脑血管、肝肾功能不全等严重基础疾病；存在精神障碍、认知障碍无法配合者；术后出现严重感染、大出血等急性并发

症者。

采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组60例。对照组男35例，女25例；年龄22-58岁，平均（ $41.3\pm 7.5$ ）岁；病程6个月-5年，平均（ $2.1\pm 0.8$ ）年；突出节段：L4-L5 32例，L5-S1 28例。实验组男33例，女27例；年龄20-60岁，平均（ $40.8\pm 7.2$ ）岁；病程5个月-6年，平均（ $2.3\pm 0.9$ ）年；突出节段：L4-L5 30例，L5-S1 30例。两组患者性别、年龄、病程、突出节段等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 护理方法

两组患者均采用腰椎间盘突出髓核摘除术治疗，术后均给予抗感染、止痛、脱水等常规药物治疗。对照组实施骨科常规术后护理，包括生命体征监测、切口护理、卧床指导、饮食护理、基础生活护理，遵医嘱指导患者进行简单功能锻炼，告知术后注意事项。实验组在对照组基础上实施阶梯式综合康复护理，分四阶段开展，具体如下：第一阶段（术后1周内）：以预防并发症、缓解疼痛为核心，术后去枕平卧6h，保持脊柱中立位，翻身时采用轴线翻身法，避免脊柱扭曲，膝下垫软枕减轻腰部张力<sup>[5]</sup>。每小时指导患者进行踝泵运动30次，每日3组，配合腹式呼吸训练，每次5分钟，每日2次；术后第2天开始指导患者进行仰卧屈膝、臀桥训练，臀桥训练保持抬臀1-2秒，每次8-10次，每日2组。根据患者疼痛程度调整活动量，步行量从每日500-800步逐步递增至3500步以上，避免久坐超过30分钟。第二阶段（术后2-6周）：以恢复日常自理能力、增强核心稳定性为目标，每周锻炼4-5天，每次30-40分钟。有氧训练采用快走，每次20-30分钟；力量训练增加四点跪伸对侧臀腿、臀桥（保持5-10秒）训练，每项2-3组，每组8-12

次；配合腓绳肌、髌屈肌温和拉伸，每次 20-30 秒，每组 3 次。指导患者正确佩戴腰围，腰围上至肋弓下至髂嵴，保持腰部生理曲线，避免弯腰、提重物（重量≤5kg）。第三阶段（术后 7-12 周）：以提升肌肉力量、改善运动耐力为重点，抗阻训练采用靠墙半蹲、登台阶、轻弹力带硬拉（保持脊柱中立），背伸训练采用低角度罗马椅俯身后伸，逐步增加训练负荷。有氧运动可选择快走、椭圆机或游泳，每次 30-40 分钟，每日 1 次。第四阶段（术后 12 周后）：以全面恢复腰椎功能、回归正常生活为目标，制定个性化运动计划，每周进行 2-3 次全身力量训练，有氧运动累计 150-300 分钟，逐步尝试低强度球类运动，避免高负荷扭转冲击动作，定期复查并调整训练方案。全程配合心理护理，及时沟通缓解患者焦虑情绪，讲解康复原理与成功案例，提升患者依从性；饮食指导以高蛋白、高纤维、富含钙质食物为主，禁烟酒，预防便秘；切口护理密切观察渗液情况，定期换药，预防感染。

### 1.3 观察指标

分别于干预前、干预 12 周后评估两组患者疼痛程度、腰椎功能及功能障碍情况：采用视觉模拟评分法（VAS）评估疼痛程度，分值 0-10 分，分值越高疼痛越剧烈；采用 Oswestry 功能障碍指数（ODI）评估腰椎功能障碍程度，分值 0-100 分，分值越高功能障碍越严重；采用日本骨科协会（JOA）评分评估腰椎功能，分值 0-29 分，分值越高腰椎功能越好。统计两组术后 12 周内并发症发生情况，包括神经根粘连、切口感染、肌肉萎缩、压疮等。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件处理数据，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，组内对比采用配对 t 检验，组间对比采用独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者干预前后 VAS 评分、ODI 指数、JOA 评分对比

干预前，两组患者 VAS 评分、ODI 指数、JOA 评分比较差异无统计学意义（P>0.05）；干预 12 周后，两组上述评分均较干预前显著改善（P<0.05），且实验组改善效果优于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。详见表 1。

组别	对照组(n=60)		实验组(n=60)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
VAS 评分(分)	7.2±1.3	3.5±1.1	7.3±1.2	2.1±0.9
ODI 指数(分)	68.5±8.2	32.6±7.5	69.1±8.5	21.3±6.8

JOA 评分(分)	12.3±2.1	20.5±2.3	12.1±2.2	24.8±2.5
-----------	----------	----------	----------	----------

注：与本组干预前比较，P<0.05；与对照组干预后比较，P<0.05。

### 2.2 两组患者术后并发症发生率对比

实验组术后并发症发生率为 3.33%，显著低于对照组的 13.33%，差异有统计学意义（P<0.05）。详见表 2。

组别	对照组	实验组	X <sup>2</sup> 值	P 值
例数	60	60	-	-
神经根粘连(例)	3	1	-	-
切口感染(例)	2	0	-	-
肌肉萎缩(例)	2	1	-	-
压疮(例)	1	0	-	-
发生率(%)	13.33	3.33	4.043	<0.05

## 3 讨论

腰椎间盘突出症的手术治疗，核心以便解除神经压迫，然而术后脊柱稳定性遭受破坏及软组织损伤，容易进行引发一系列问题的处理工作，影响康复效果，常规术后护理多注重基础护理与病情监测这两方面，可康复训练方面欠缺系统性和针对性，这会使患者恢复较慢，而且并发症发生率较高。阶梯式综合康复护理将患者术后恢复进程作为核心，遵循“循序渐进、个体化适配”原则，分阶段制定护理目标以及护理措施，这契合组织修复规律，又能契合患者在不同阶段的康复需求，本研究结果说明，干预 12 周后实验组 VAS 评分、ODI 指数明显比对照组低，JOA 评分明显比对照组高，这意味着阶梯式康复护理能有效缓解患者术后疼痛，改善腰椎功能障碍。究其原因，术后早期运用轴线翻身、踝泵运动、腹式呼吸等训练，可促进血液循环，减轻局部水肿，预防血栓与压疮，并且缓解肌肉痉挛，减轻疼痛，中期进行核心力量训练与关节拉伸，可提高腰背肌、腹肌力量，提升腰椎稳定性，减少腰椎受力，缓解疼痛与功能障碍，后期借助抗阻训练与耐力训练，逐步恢复腰椎运动功能，让患者回归正常生活。和常规护理相比，阶梯式康复护理更侧重于主动训练以及功能的进行恢复，防止长期卧床所造成的肌肉萎缩、神经根粘连等情况，这就是实验组并发症发生率比对照组低的关键所在。

术后并发症预防乃是康复护理之关键所在，神经根粘连、切口感染以及肌肉萎缩等状况皆会致使康复进程延缓，甚至对

预后产生影响,于本研究当中,实验组运用分阶段功能训练之法,早期直腿抬高以及中期核心稳定训练,可有效开展神经根粘连的预防工作,借助严格的切口护理以及饮食指导,可使切口感染以及便秘的发生率得以降低,依靠全程规范的力量训练,则可以避免肌肉出现失用性萎缩。另外心理护理以及健康指导的融入,将患者护理依从性给予提高,保障康复训练顺利进行,降低了并发症之风险,有研究证实,术后尽早启动安全的康复训练,防止长期制动,对于腰椎功能恢复而言有着积极意义,阶梯式康复护理严格把控每个阶段的训练强度以及内容,不光避免了因过早训练而致使的组织损伤,还防止了延迟训练所引发的功能退化,而且按照患者年龄、体质以及恢复情

况去调整方案,以此实现个体化护理。正确佩戴腰围、规避不良姿势等健康指导,可协助患者养成良好生活习惯,减少术后复发风险,本研究存在一定的局限性,样本量仅仅来源于单个中心,并且随访时间比较短,后续需要扩大样本量、展开多中心研究,让随访时间变长,去验证阶梯式康复护理的长期成效,并且还可借助中医康复手段像中药热奄包、针灸等,优化护理方案,提高康复效果。综合来看,于腰椎间盘突出术后运用阶梯式综合康复护理,可有效弱化疼痛症状,推动腰椎功能恢复,降低术后并发症出现几率,加速康复进度,拥有较高临床应用价值,值得推广开来。

### 参考文献:

- [1] 李莹莹.腰椎间盘突出症患者术后应用阶梯式康复护理的干预效果分析[J].临床护理杂志,2025,24(5):45-48.
- [2] 曾朝辉,文成,周全,等.地龙散联合中药热奄包治疗血瘀型腰椎间盘突出症的疗效及其对血清炎症因子水平的影响[J].中医药导报,2025,31(2):71-74.
- [3] 樊凡.快速康复理念应用在腰椎间盘突出症微创手术患者中的效果[J].漫科学(新健康),2025(9):253-255.
- [4] 王祥瑞,冯智英,张小梅,张洪新,林建,郑拥军,赵长清,程志祥,薛朝霞,魏俊.腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(1):2-6.
- [5] 中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)制定工作组,章薇,娄必丹,李金香,罗容,石文英,卢小叶,潘江,唐锦忠.中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)[J].康复学报,2021,31(4):265-270.