

引用:欧爱芝. 中医康复护理措施在胸腰椎骨折围手术期患者中的应用效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(10): 107-109.

中医康复护理措施 在胸腰椎骨折围手术期患者中的应用效果观察

欧爱芝

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的:探讨中医康复护理措施在胸腰椎骨折围手术期的应用价值。方法:将80例胸腰椎骨折患者作为研究对象,均给予经皮椎体成形术治疗,术前随机分为观察组和对照组,每组各40例。对照组实施常规围手术期护理,观察组在对照组基础上增加中医康复护理措施,包括情志护理、艾灸、中药热奄包药熨、中医辨证分期饮食指导,并配合中医推拿进行康复锻炼。对患者术前及术后6个月时进行胸腰椎正侧位X线片检查,测量伤椎前缘高度及Cobb角;分别于术后第2、5、7天观察2组疼痛、腹胀及便秘情况;比较2组护理满意度。结果:术后6个月2组伤椎前缘高度均高于术前,Cobb角均小于术前,且观察组改善程度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);术后第5、7天2组视觉模拟评分法(VAS)评分、腹胀及便秘评分均低于术后第2天,且观察组改善程度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的护理满意度为100.0%(40/40),明显高于对照组的85.0%(34/40),差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用中医护理措施能够明显改善胸腰椎骨折患者的预后,提高护理满意度,是一种有效的护理措施,值得临床广泛推广。

[关键词] 胸腰椎骨折;中医康复护理;艾灸;中药热奄包药熨;推拿

[中图分类号] R248.2, R274.932 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.041

胸腰椎骨折是指外力造成胸腰椎连续性的破坏,是脊柱骨折中较为常见的类型,多发于下胸段和上腰段,典型症状是患者骨折处剧烈疼痛无法活动躯体和脊柱,可合并脊髓、神经损伤以及与长期卧床相关的并发症。在青壮年患者中,高能量损伤是其主要致伤因素,如车祸、高处坠落伤等;老年患者由于本身存在骨质疏松,致伤因素多为低暴力损伤,如滑倒、跌倒等。对于该类损伤,及时的治疗及科学的护理措施,是减少并发症的发生、降低致残程度,最大限度恢复功能的保障^[1]。本研究对40例胸腰椎骨折患者在围手术期采用常规护理方案及中医康复护理措施,可明显改善胸腰椎骨折患者的预后,提高护理满意度,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取80例胸腰椎骨折患者作为研究对象,按照随机分组的方法将其分为观察组与对照组,每组各40例。观察组中,男27例,女13例;年龄55~70岁,平均(64.1±3.11)岁;其中跌

倒损伤18例,高空坠落损伤6例,搬运重物损伤9例,交通事故伤7例;发生于胸11椎体6例,胸12椎体12例,腰1椎体9例,腰2椎体8例,腰3椎体18例,其中5例患者合并有2个椎体以上的骨折。对照组中,男28例,女12例;年龄55~70岁,平均(65.1±2.81)岁;其中跌倒损伤18例,高空坠落损伤6例,搬运重物损伤8例,交通事故伤8例;发生于胸11椎体5例,胸12椎体10例,腰1椎体9例,腰2椎体7例,腰3椎体15例,其中4例患者合并有2个椎体以上的骨折。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1)起病后3h内入院,未在外院进行治疗;2)年龄55~70岁;3)给予经皮椎体成形术治疗,术后意识清醒,能够与医师进行沟通与交流;4)患者及家属对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 1)伴有中后柱损伤或伴有脱位的不稳定骨折;2)合并心脑血管疾病、糖尿病;3)有神经系统症状;4)骨折部位有感染。

2 干预方法

2.1 对照组 围手术期采取常规护理方案。

2.1.1 术前 1)完善相关检查,做好术前相关准备工作,禁食。2)心理护理:术前一天向患者详细介绍手术目的、方案、大致时间,消除患者手术顾虑。3)常规训练:指导患者床上使用便器,鼓励患者练习床上大小便,对呼吸系统进行训练,增加肺活量。

2.1.2 术后 1)术后 48h 内严密观察患者生命体征、切口引流情况、伤口情况、面色变化,检测体温变化,及时更换敷料;进行输液管理。2)术后 6h 内禁食,绝对平卧硬板床,保持床铺干净、平整,每间隔 2~3h 家属协助翻身 1 次,引导患者保持斜卧位,合理利用三角枕,以缓解腰部压力,预防和减少压疮。3)对于剧烈疼痛者,遵医嘱应用镇痛药物,保持室内环境安静。4)嘱患者多饮水,指导患者腹部环形按摩以缓解腹胀,必要时采用开塞露或者灌肠缓解便秘。5)功能锻炼。主要为四步练功法(五点支撑法、三点支撑法、飞燕点水法)。6)出院指导。嘱患者出院后坚持卧硬板床,持续垫枕,坚持进行功能锻炼,但应避免劳累,避免做重体力劳动,防止外伤。加强营养,增强体质,定期来院复查。

2.2 观察组 在对照组护理基础上增加中医康复护理措施。

2.2.1 情志护理 由专业护理人员与患者交流,术前告知本科室专家、教授的专长,耐心解答其疑惑,稳定患者情绪,减少焦虑,将收集的治疗效果满意的资料及部分康复图片给患者分享,提升其治愈的信心。术后与患者交流手术情况,让其保持舒适的体位,引导患者通过读书看报、听音乐、看视频等方式减缓疼痛,创造良好的病室氛围。

2.2.2 艾灸 患者仰卧,艾灸神阙、中脘、天枢、足三里穴,以有温热感且可耐受为度,每穴灸 3~5 min,每天早晚各施灸 1 次。艾灸过程中防止皮肤烫伤。

2.2.3 中药热奄包药熨 患者排空小便,腹部肌肉放松,予吴茱萸热奄包(吴茱萸 500 g 装入厚质棉布袋内,使用前置于蒸锅或者微波炉加热,温度为 50~70℃)药熨。方法:置于患者腹部,循升结肠-横结肠-降结肠-直肠方向,用力均匀,以患者能耐

受为宜,后敷于脐及脐周,每次 15~30 min,每天早晚各 1 次。

2.2.4 中医辨证分期饮食指导 术后早期多见气滞血瘀,以清淡、易消化、富营养的食物为宜,如瘦肉粥、鱼片汤或粥。中期患者病情稳定,舌脉恢复正常,食欲好转,可食用富含高蛋白及具有接骨续筋功效的食物。后期患者多食补益气血、强筋壮骨的食物,并适量增加水果及蔬菜量。忌食辛辣燥热、生冷寒凉及产气的食物,预防腹胀、便秘。

2.2.5 配合中医推拿进行康复锻炼 护师根据患者病情的不同制定不同的康复锻炼计划,术后早期指导患者在床上进行主动和被动功能锻炼,包括股四头肌等长收缩运动、膝踝关节屈伸运动、直腿抬高运动,并配合中医推拿手法以促进气血运行、调达经络。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)骨折愈合指标。对患者术前及术后 6 个月进行胸腰椎正侧位 X 线片检查,测量伤椎前缘高度及 Cobb 角。2)术后并发症。分别于术后第 2、5、7 天观察记录 2 组患者术后疼痛、腹胀及便秘情况。①采用视觉模拟评分法(VAS)评分^[2]评价骨折部位疼痛程度,采用 10 cm 长的直线或直尺分为 0~10 分,患者根据自己感受到的疼痛程度在直线上标记。②参照《中医病证诊断疗效标准》^[3],对患者腹胀及便秘症状进行评分。0 分:无症状;2 分:偶有腹胀感,排便通畅;4 分:有腹胀感,排便困难,可忍受;6 分:腹胀感持续不缓解,严重便秘,难以忍受。3)患者满意度。自制患者满意度调查表,满分为 10 分,患者的就诊体验感越高,评分越高。>8 分为非常满意,5~7 分为满意,<5 分为不满意。

3.2 统计学方法 数据使用统计学软件 SPSS 20.0 进行录入、统计和处理,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2 组手术前后伤椎前缘高度及 Cobb 角比较 术后 6 个月 2 组伤椎前缘高度均高于术前,Cobb 角均小于术前,且观察组改善程度均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组手术前后伤椎前缘高度及 Cobb 角比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	伤椎前缘高度(mm)	Cobb 角(°)
观察组	40	术前	14.77±1.65	18.13±4.52
		术后 6 个月	27.53±2.39 ^{ab}	4.34±2.64 ^{ab}
对照组	40	术前	15.11±1.74	17.88±6.26
		术后 6 个月	22.14±1.82 ^a	7.45±2.23 ^a

注:与本组术前比较,^a $P<0.05$;与对照组术后 6 个月比较,^b $P<0.05$ 。

3.3.2 2 组术后第 2、5、7 天 VAS 评分、腹胀及便秘评分比较 术后第 5、7 天 2 组患者 VAS 评分、腹胀及便秘评分均低于术后第 2 天,且观察组改善程度均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组术后第 2、5、7 天 VAS 评分、腹胀及便秘评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS 评分	腹胀及便秘评分
观察组	40	术后第 2 天	8.18±0.11	4.63±0.13
		术后第 5 天	2.54±0.57 ^{ab}	1.48±0.63 ^{ab}
		术后第 7 天	1.81±0.09 ^{ab}	1.05±0.62 ^{ab}
对照组	40	术后第 2 天	8.25±0.15	4.52±0.12
		术后第 5 天	5.58±0.17 ^a	3.52±0.62 ^a
		术后第 7 天	2.82±0.11 ^a	2.53±0.32 ^a

注:与本组术后第 2 天比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

3.3.3 2 组护理满意度比较 观察组护理满意率为 100.0%,明显高于对照组的 85.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意率
观察组	40	35(87.5)	5(12.5)	0	40(100.0)
对照组	40	31(77.5)	3(7.5)	6(15.0)	34(85.0)
χ^2 值					4.37
P 值					<0.05

4 讨 论

腰椎作为脊柱的重要组成部分,承受着身体的重要力量,当腰椎受到外力的冲击时,易发生胸椎及腰椎的骨折,胸椎和腰椎的交界点,即胸 11~12、腰 1~2 节段是骨折常见的位置^[4-5]。胸腰椎骨折的患者可以选择手术治疗或者保守治疗,手术治疗胸腰段脊柱骨折较非手术治疗更具优势,特别是不能长期耐受支具和卧床的患者,及时的手术重建脊柱稳定性可允许患者更早的运动和进行康复功能锻炼,并维持后期脊柱矢状位排列^[2]。手术治疗

后,患者需卧硬板床休息,护理人员需要严格规范患者的饮食和作息情况,并帮助患者及家属树立良好的健康意识,帮助患者调整好心理状态。术后疼痛减轻后可以开始进行背部肌肉的功能锻炼,术后早期康复训练是预防背部躯干肌肉萎缩、关节强直,帮助恢复脊柱的柔韧性和稳定性的关键^[6]。胸腰椎骨折术后需要长时间卧床,加上排便方式改变,容易出现腹胀便秘,影响患者健康,因此,有必要采取有效的护理措施预防便秘的发生^[7-8]。

本研究在常规围手术期护理基础上增加中医康复护理,采用情志护理、艾灸、中药热奄包药熨、中医辨证分期饮食指导,并配合中医推拿进行康复锻炼等措施,针对骨折愈合及疼痛、腹胀、便秘症状进行护理干预,取得了显著疗效,观察组患者经过中医康复护理措施干预后,伤椎前缘高度高于对照组,Cobb 角小于对照组,VAS 评分、腹胀及便秘评分、护理满意度均明显优于对照组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。因此我们认为通过中医艾灸、中药热奄包药熨、饮食指导能够明显促进患者的恢复,加速手术伤口的愈合,配合中医推拿进行康复锻炼,患者能够及早的进行功能恢复锻炼,避免了肌肉萎缩的发生;对胸腰椎骨折患者的情志护理稳定了患者的情绪,缓解了患者的紧张和焦虑情绪。

综上,对胸腰椎骨折患者在围手术期采用常规护理方案及中医康复护理措施,可明显改善患者的预后,提高护理满意度,值得临床广泛推广。

参考文献

[1] 曾忠友. 骨质疏松性胸腰椎骨折诊疗中的常见误区[J]. 中华创伤杂志,2020,36(7):587-590.

[2] 申凤梅. 骨折病人的中医护理[J]. 医学美学美容,2019,28(21):156-157.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:176.

[4] 刘珊,张春虹. 核心肌力训练在胸腰椎骨折功能锻炼中的应用[J]. 护理实践与研究,2019,16(23):80-82.

[5] 彭山领,李道明. 胸腰椎骨折内固定术后的功能锻炼疗效观察[J]. 河南医学研究,2014,23(3):79-80.

[6] 胡雯蓉. 胸腰椎骨折的围手术期护理体会[J]. 医学美容,2019,28(24):145.

[7] 张慧,莫丽娟. 腰椎骨折术后腹胀的相关因素及其护理进展[J]. 糖尿病天地,2019,16(10):293.

[8] 谭小欣. 中药外敷结合综合护理干预对胸腰椎骨折后便秘的效果[J]. 河南外科学杂志,2017,23(5):185-186.

(收稿日期:2020-12-17)