

# 胸腰椎骨折患者应用早期康复护理的效果探究

王信信

( 青岛市即墨区中医医院, 山东 青岛 266200 )

**摘要** **目的:**探讨早期康复护理在胸腰椎骨折患者中的应用效果。**方法:**选择我院 2016 年 7 月 - 2018 年 7 月收治的 107 例胸腰椎骨折患者,随机分为观察组和对照组,分别为 54 例和 53 例,对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上给予早期康复护理,比较 2 组的护理效果。**结果:**(1)2 组护理前 JOA、ODI、VAS 评分比较无明显差异( $P > 0.05$ ),护理后 2 组 JOA、ODI、VAS 评分均较护理前有所改善,相比较观察组改善更显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(2)2 组护理前 SAS 评分、SDS 评分比较无明显差异( $P > 0.05$ ),护理后 2 组 SAS 评分、SDS 评分均较护理前有所下降,相比较观察组降低更显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(3)2 组护理前生活质量评分比较无明显差异( $P > 0.05$ ),护理后 2 组生活质量评分均较护理前有所上升,相比较观察组提高更显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(4)观察组并发症发生率为 5.55%,低于对照组并发症发生率的 22.64%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(5)观察组总护理满意度为 100.0%,高于对照组总护理满意度的 86.79%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(6)观察组术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间均比对照组短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**胸腰椎骨折患者实施早期康复护理,可改善患者临床症状及腰椎功能障碍,提高其生活质量,具有推广价值。

**关键词** 早期康复护理;胸腰椎骨折;胸腰椎功能;心理状态

中图分类号:R 493 文献标识码:B 文章编号:1673—6567(2022)014—0066—04 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.014.017

胸腰椎骨折是一种发病率较高的骨折类型,约占脊柱骨折的 60% - 80%,占全部骨折的 5% - 6%,多由于高处坠落、交通意外等高能量损伤导致<sup>[1]</sup>。老年患者多合并骨质疏松,在碰撞、滑倒等低暴力致伤因素下也容易导致该类型骨折。胸腰椎骨折多发于 T<sub>11</sub> - L<sub>2</sub> 水平,可能与该节段突然失去肋骨的支撑作用,脊椎屈伸活动范围增大有关<sup>[2]</sup>。资料报道,约 15% - 30% 的骨折患者伴有脊髓神经损伤,为治疗增加了难度。目前,临床保守治疗多适用于稳定性骨折患者,其他多数患者多需要手术治疗。术后容易产生腰背疼痛、骨折愈合畸形等并发症。研究发现,早期康复治疗可促进患者功能恢复并减少并发症的发生<sup>[3]</sup>。但患者由于术后疼痛、自理能力下降等导致其情绪的剧烈波动,影响其康复治疗依从性。我院将早期康复护理纳入胸腰椎骨折患者的护理中,本文对其效果进行分析。报告如下。

## 临床资料

1 一般资料:选择我院从 2016 年 7 月 - 2018 年 7 月收治的 107 例胸腰椎骨折患者,随机分为观察组和对照组,分别为 54 例、53 例。观察组中,男性 31 例,女性 23 例,年龄最小 21 岁、年龄最大 77 岁,平均年龄为 (54.28 ± 4.53) 岁;受伤原因:交通事故 29 例、高处坠落 21 例、摔倒、滑倒等 4 例。对照组中,男性 29 例,女性 24 例,年龄 19 - 78 岁,平均年龄为 (53.95 ± 4.66) 岁;受伤原因:交通事故 28 例、高处坠落 22 例、摔倒、滑倒等 3 例。2 组患者一般情况无明显差异( $P > 0.05$ )。(1)纳入标准:①均经影像学确诊;②患者知情同意;③意识清晰。(2)排除标准:①合并恶性肿瘤;②精神异常。

2 方法:对照组给予常规护理,包括病情监测、生活指导、健康宣教等。观察组在常规护理的基础上给予早期康复护理,(1)体位管理:术后 6 小时,即可协助患者轴线翻身,翻身时勿使脊椎受力。2 小时翻身 1 次。患者取平卧位,保持腰部平直。(2)心理护理:对患者的心理状态进行评估,倾听其诉求,根据其负性情绪程度、类型以及文化程度、心理需求采用鼓励、暗示、安抚、引导等方法进行心理干预。干预人员语气温、态度诚恳,帮助其正确进行情绪宣泄,指导其掌握情绪调节方法;多给予其情感支持,获得其信任,以提高其护理依从性。(3)健康教育:以看视频、床边教育等形式对患者进行早期康复护理教育和康复指导,使其掌握康复护理的意义、术后注意事项、并发症管理等,提高其自我管理能力和依从性。(4)疼痛管理:根据患者术后疼痛程度进行不同的管理,疼痛较轻者,可通过分散其注意力的方式,如听故事、聊天、看视频等,疼痛较重者,遵医嘱镇痛处理。指导患者掌握放松疗法,以缓解疼痛。(5)制定康复计划:做好患者的沟通交流工作,耐心的予以指导,随时鼓励患者,及时发现患者在康复过程中遇到的困难,帮助患者解决。由康复师、护理人员共同制定康复方案,并鼓励患者参与。①通过评估方式掌握患者个人需求;②根据患者实际情况制定护理计划,并及时发现护理过程中发生的问题,尽快解决;③通过制定护理计划协助患者完成康复,尽量恢复功能;④制定康复目标,及时纠正患者错误动作,帮助患者建立新的生活自理模式;⑤做好家属的沟通工作,让家属起到协同作用,共同帮助患者完成康复。⑥康复锻炼:密切监测患者生命体征变化与病

情变化;重视基础护理操作及特殊护理;进行功能锻炼时以知信行模式作为基础,耐心、详细向患者说明康复锻炼重要性,提高其认知程度,帮助患者建立积极正确信念、态度。帮助患者对四肢肌肉实施按摩,进行被动、主动活动,达到促进血液循环、增加肌肉与关节活动度目的,避免软组织出现萎缩、关节发生僵硬等等;术后 5 小时协助患者进行踝关节锻炼;术后 24 小时行两腿交替抬高(20°保持 5 秒,缓慢放下)运动,及交替抗阻力伸膝训练;术后 3 天行下肢屈伸活动;术后 1 周行 5 点支撑法,呈仰卧位,头部、双肘、双足将全身支撑起来,让背部呈悬空状;术后 2-3 周行 3 点支撑法,双臂放在胸前,头部、双足支撑起全身,全身呈腾空状;术后 3-4 周行 4 点支撑法,双手、双足支撑在床上,全身呈腾空状,像拱桥样;术后 5-6 周行背伸法,呈俯卧位,头部抬起,让胸部离开床面,两上肢向背后伸,两膝伸直,将两腿抬起。术前为患者播放上述动作视频,术后在康复师、护理人员的指导、协助下进行锻炼。上述动作均 5 次/d。

(6) 并发症护理:①勤帮助患者翻身,头部、颈部、身体呈直线做轴性翻身,以免出现扭转、屈伸颈部情况,更要预防发生皮肤摔伤、突然窒息现象;②使用 50% 酒精对肘部、坐骨结节等部位进行按摩,起到促进血液循环目的;③鼓励患者每天多饮水,减少尿沉渣。严格按照无菌流程进行导尿操作,引流袋每天更换 1 次,清除干净尿道口分泌物,每个星期更换 1 次尿管,预防泌尿系统感染、形成结石;④指导并鼓励患者深呼吸用力有效咳嗽,以增加肺活量,定期翻身、拍背、必要时通过雾化吸入来帮助痰液排出;⑤鼓励患者多进食水果蔬菜,增加水分摄入量,按摩腹

部,必要时使用缓泻药物来预防便秘;⑥通过增加肢体活动来预防 DVT。2 组均护理 3 个月。

3 观察指标:(1)胸腰椎功能评价。采用 ODI 功能障碍指数问卷表<sup>[4]</sup>测定,分数越高,症状越严重;(2)胸腰椎活动、症状评价。采用 JOA(日本骨科协会胸腰椎评分)评分<sup>[5]</sup>评定,总分 29 分,分数越高,活动恢复能力越好;(3)疼痛。采用 VAS(视觉模拟)评分<sup>[6]</sup>进行评定,总分 10 分,分数越高,疼痛程度越严重;(4)心理状态评价。采用抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)<sup>[7-8]</sup>对患者焦虑和抑郁情况进行评分。分数越高,抑郁(或焦虑)程度越重;(5)生活质量评价。采用生活质量综合评定表(GQOLI-74)<sup>[9-10]</sup>进行评价,共 4 个维度,分数越高,表明生活质量越高;(6)护理满意度评价。自制护理满意度调查问卷,调查内容包括是否对医务人员态度满意、是否对医院环境满意等等,满分为 100 分,并分为 3 个等级,非常满意得分 85 分以上,基本满意得分 60-84 分,不满意得分 59 分以下;(7)比较术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间。

4 统计学方法:所有数据输入 SPSS17.0 软件包,计量资料( $\bar{x} \pm s$ )用 *t* 检验,计数资料(*n*,%)用  $\chi^2$  检验,*P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

5 结果

5.1 2 组 JOA、ODI、VAS 评分比较:2 组护理前 JOA、ODI、VAS 评分比较无明显差异(*P* > 0.05);护理后 2 组 JOA、ODI、VAS 评分均较护理前有所改善,相比较观察组改善更显著,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 2 组护理前后 JOA、ODI、VAS 评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	JOA 评分		ODI 评分		VAS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组( <i>n</i> = 54)	9.29 ± 1.34	23.84 ± 3.43*	62.71 ± 5.41	21.89 ± 3.34*	8.21 ± 1.42	2.43 ± 0.35*
对照组( <i>n</i> = 53)	9.36 ± 1.42	20.17 ± 3.01*	63.24 ± 5.52	26.77 ± 3.83*	8.15 ± 1.53	3.97 ± 0.74*
<i>t</i> 值	0.262	5.878	0.501	7.028	0.210	13.801
<i>P</i> 值	0.793	0.000	0.617	0.000	0.834	0.000

注:与同组护理前比较,\**P* < 0.05

5.2 2 组 SAS 评分、SDS 评分比较:2 组护理前 SAS 评分、SDS 评分比较无明显差异(*P* > 0.05);护理后 2 组 SAS 评分、SDS 评分均较护理前有所下降,

相比较观察组降低更显著,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 2 组 SAS 评分、SDS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

指标	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组( <i>n</i> = 54)	56.31 ± 5.42	36.31 ± 4.53*	54.42 ± 5.47	34.23 ± 4.51*
对照组( <i>n</i> = 53)	55.94 ± 5.53	41.27 ± 4.85*	54.27 ± 5.53	38.84 ± 4.69*
<i>t</i> 值	0.349	5.468	0.141	5.183
<i>P</i> 值	0.727	0.000	0.888	0.000

注:与同组护理前比较,\**P* < 0.05

5.3 2 组生活质量比较:2 组护理前生活质量评分比较无明显差异( $P > 0.05$ );护理后 2 组生活质量评分均较护理前有所上升,相比较观察组提高更显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组护理前后生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	躯体功能		健康状态		社会功能		心理健康	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组( $n = 54$ )	52.29 ± 6.34	79.24 ± 6.96*	49.21 ± 5.41	77.54 ± 6.35*	47.61 ± 5.42	73.67 ± 7.47*	48.52 ± 5.43	75.24 ± 6.97*
对照组( $n = 53$ )	51.84 ± 6.72	70.37 ± 6.11*	48.24 ± 5.52	68.32 ± 7.05*	48.14 ± 5.53	66.41 ± 6.98*	49.09 ± 5.54	66.37 ± 6.62*
$t$ 值	0.356	7.001	0.918	7.111	0.282	5.192	0.537	6.747
$P$ 值	0.722	0.000	0.360	0.000	0.784	0.000	0.592	0.000

注:与同组护理前比较,\* $P < 0.05$

5.4 2 组并发症发生率比较:2 组并发症发生率差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组并发症发生率比较( $n, \%$ )

组别	下肢静脉血栓	压疮	腹胀便秘	尿路感染	并发症发生率
观察组( $n = 54$ )	1(1.85)	0(0.00)	1(1.85)	1(1.85)	3(5.55)
对照组( $n = 53$ )	3(5.66)	2(3.77)	5(9.44)	2(3.77)	12(22.64)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	6.478
$P$ 值	-	-	-	-	0.011

5.5 2 组护理满意度比较:2 组护理满意度差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 2 组护理满意度比较( $n, \%$ )

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组( $n = 54$ )	49(90.74)	5(9.26)	0(0.00)	54(100.00)
对照组( $n = 53$ )	22(41.51)	24(45.28)	7(13.21)	46(86.79)
$\chi^2$ 值	-	-	-	7.631
$P$ 值	-	-	-	0.005

5.6 2 组术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间比较:观察组术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间均比对照组短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 6。

表 6 2 组术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	术后进食时间	术区疼痛持续时间	住院时间
观察组( $n = 54$ )	5.10 ± 1.06	5.20 ± 1.32	2.22 ± 0.54
对照组( $n = 53$ )	6.25 ± 1.76	9.66 ± 2.61	3.55 ± 0.80
$t$ 值	4.103	11.185	10.096
$P$ 值	0.000	0.000	0.000

### 讨 论

胸腰椎骨折作为机体重要生理结构,其结构有着脆弱的特点,在受到外力作用之后很容易骨折。一旦骨折对脊柱附近神经组织会造成很大影响,严重时甚至发生下肢瘫痪,危及生命安全<sup>[11]</sup>。临床对

胸腰椎骨折的治疗包括保守治疗和手术治疗。前者适用于损伤程度较轻、脊柱稳定性较好者,而其他骨折较严重脊柱或稳定性较差者则往往需要手术治疗<sup>[12]</sup>。手术方式包括减压内固定术、经皮后凸成形术、经皮融合术等,均能明显减轻患者疼痛、纠正脊柱后凸畸形、维持伤椎高度和脊柱稳定性<sup>[13]</sup>。但手术为有创刺激,且患者术后需要长期卧床,从而增加了相关并发症的发生率,对其预后及生活质量均产生很大影响<sup>[14]</sup>。早期康复护理是术后康复体系中重要的组成部分,对缓解患者症状、保障康复效果、改善预后具有重要意义<sup>[15]</sup>。

本研究中,观察组从体位、心理干预、疼痛管理、健康教育、术后康复锻炼方面进行早期康复护理,护理后观察组 JOA 评分、生活质量评分、总护理满意度高于对照组,VAS 评分、ODI 评分、SAS、SDS 评分、术后进食时间、术区疼痛持续时间、住院时间低于对照组。提示上述护理措施对缓解患者临床症状和负性情绪,改善胸腰椎功能均是有效的。与朱利红<sup>[16]</sup>、陈钱<sup>[17]</sup>等的研究一致。朱利红等对胸腰椎骨折患者给予早期进食、早期拔管、心理干预、个体化功能锻炼等早期康复护理措施,患者 ODI 评分、VAS 评分明显降低。对照组采用的是常规护理,常规护理忽视了早期训练。而在早期训练过程中,不仅重视功能锻炼,更看重心理等方面。早期康复护理是新型护理模式,主要是指在患者完成手术以后对其进行参与机能恢复的一种护理方式,以患者为中心,从心理、生活等方面展开护理,并协助患者进行相应肢体功能锻炼,患者焦虑抑郁、疼痛症状明显减轻、胸腰椎功能明显改善,同时也大大降低了并发症发生率,

从而改善了患者预后,提高了其生活质量。因此,对胸腰椎骨折患者实施早期康复护理措施是有效的,在骨科护理的良性发展中也有着重要意义,胸腰椎骨折康复护理理念体现在以下几个方面:(1)在实施早期康复护理过程中,治疗与康复应同时进行,与加以重视,以促进患者康复;(2)强化神经系统与控制功能的训练,更要重视基础功能训练,提高肌肉活性,提高行动能力,加强关节的屈伸、旋转训练,帮助关节恢复。骨折之后因丧失了部分功能,因此在进行康复训练过程中控制好训练强度,避免因康复训练不当造成 2 次伤害;(3)按照患者实际状况制定针对性的康复训练计划,需要精准掌握患者损伤程度、心理状况等等,帮助患者循序渐进的展开康复训练,帮助患者更快、更好的康复,提高患者依从性。由于胸腰椎骨折部位的特殊性,体位要求以平卧位为主,保持腰部平直,翻身时采用轴线式,以保持各组相拮抗的肌群作用平衡及关节、韧带、骨折局部保持稳定<sup>[18]</sup>。良好的体位还可增加患者舒适感,缓解临床症状。心理干预贯穿整个护理过程。患者骨折后疼痛剧烈,自我护理能力降低,加之对预后的不确定性容易导致其恐惧、担心、焦虑等负性情绪,而这些情绪会不同程度的影响手术效果及术后康复治疗。通过鼓励、暗示、安抚、引导等方法进行心理干预,帮助其正确进行情绪宣泄,并掌握情绪调节方法可及时进行情绪管理,使其感受到被理解、被尊重,心理需求得到满足,从而减轻了其心理应激反应,使其能积极应对疾病,增加康复锻炼的积极性。健康教育可提高患者对早期康复锻炼意义的认识,掌握康复锻炼的技能,使其按要求进行锻炼,从而促进康复。疼痛管理可减轻患者疼痛症状及负性情绪,提高治疗和护理依从性。术后功能锻炼可增强肌肉力量,对解剖关系的恢复、维持脊柱力的动态平衡都大有裨益。3 点、5 点等支撑式锻炼方式以动静结合为基础,通过锻炼腰背伸肌,在躯干重力下利用杠杆原理使脊柱处于稳定的背伸状态,并借助椎间盘纤维环张力、拉紧的前纵韧带,使压缩椎体张开,从而恢复骨折椎体高度,纠正后凸畸形。此外,上述锻炼方式还可促进气血运行畅通,预防关节强直、粘连。胸腰椎术后常见的并发症如腹胀、便秘、下肢静脉血栓、压疮等,本研究中,观察组并发症发生率为 5.55%,明显低于对照组的 22.64%,与资料报道相似。

综上所述,胸腰椎骨折患者实施早期康复护理,可改善患者临床症状及腰椎功能障碍,提高其生活质量,具有推广价值。

### 参考文献

- [1] 张玲玲,夏小鹏,崔益珍,等. 专科护士主导的延续护理在胸腰椎骨折中青年患者术后康复中的应用[J]. 护理学报, 2018, 25(2): 74-76.
- [2] 原路瑶. 预防性护理干预对下肢骨折患者术前下肢深

- 静脉血栓形成的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(30): 4372-4374.
- [3] 张建丽,岳嫚,陈孟鲜. 延续性护理应用于胸腰椎骨折伴截瘫患者的康复效果分析[J]. 锦州医科大学学报, 2017, 38(1): 87-90.
- [4] 金燕亚,吴秋萍,宋云娅,等. 循证护理对胸腰椎骨折手术患者身心康复的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(9): 9-11.
- [5] 杨爽. 综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(29): 155-156.
- [6] 曹毅,孙银娣. 快速康复胸腰椎骨折术后腹胀便秘厚朴排气汤加减早期干预治疗效果[J]. 美中国际创伤杂志, 2018, 17(3): 36, 41.
- [7] 刘慧英,钟红娟. 快速康复干预对胸腰椎骨折患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(12): 107-108.
- [8] 田娟. 康复护理在胸腰椎骨折患者围术期护理中的应用效果观察[J]. 中国民康医学, 2018, 30(16): 125-126.
- [9] 叶秀,谢连珠. 基于保护动机理论的护理干预在老年骨质疏松脊柱骨折患者护理中的效果研究[J]. 中国社区医师, 2021, 37(31): 157-158.
- [10] 赵小莉,刘莉梅. 早期护理干预对预防老年下肢骨折手术病人静脉血栓的效果[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(03): 514-515.
- [11] 权小波,郭红,凤宁娟. 综合护理干预联合常规护理对四肢骨折患者护理效果及预后的影响[J]. 贵州医药, 2021, 45(09): 1487-1488.
- [12] 徐娟. 综合护理干预对足部骨折患者术后恢复情况的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(18): 101-102.
- [13] 张亚庆. 脊柱胸腰段骨折合并骨盆骨折患者的围术期综合护理干预效果分析[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(20): 78-79.
- [14] 李可珍. 快速康复理念在踝关节骨折患者术后恢复护理干预中的效果研究[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(05): 284-285.
- [15] 程超. 骨折合并糖尿病患者围术期护理干预的实施价值研究[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(19): 114-118.
- [16] 朱利红. 早期康复护理对胸腰椎骨折内固定术后患者康复的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(15): 2714-2716.
- [17] 陈钱,赵金灿,李慧,等. 胸腰椎骨折内固定术后患者早期康复护理与常规性护理的对照研究[J]. 广州医药, 2017, 48(4): 96-99.
- [18] 杨红梅,赵贵凤,沈文云,等. 个性化护理干预对踝关节骨折患者术后功能锻炼依从性、疼痛程度以及恢复效果的促进作用[J]. 足踝外科电子杂志, 2021, 8(03): 50-54.

作者简介:王信信,本科,主管护师,研究方向:骨科护理,单位:青岛市即墨区中医医院,地址:青岛市即墨区兰乔路 1281 号,邮编:266200,电话:15689918915,邮箱:zzzslc726@163.com

收稿日期:2022-04-06