

中医护理在骨质疏松性椎体压缩骨折患者中的应用价值

韩雨晴 陈燕梅 隰琦 李艳艳 闫朝辉

北京市丰盛中医骨伤专科医院 北京 100034

摘要:目的: 探讨罹患骨质疏松性椎体压缩骨折(OVCF)患者, 临床施以中医护理干预的价值。方法: 择取2023年1月至12月120例OVCF患者, 分为2组, 对照组实施基础护理, 研究组实施中医护理。评定干预后并发症占比、恢复结果及疼痛程度。结果: 并发症发生率研究组10.00%、对照组25.00%, 差异明显($P < 0.05$), 中、重度疼痛研究组29/60(48.33%)、对照组46/60(76.67%), 差异明显($P < 0.05$), 住院时间研究组 7.21 ± 2.83 、对照组 8.85 ± 2.74 , 差异明显($P < 0.05$), 满意度评分研究组 8.04 ± 1.75 、对照组 7.16 ± 1.56 , 差异明显($P < 0.05$)。结论: 中医护理模式应用于OVCF患者中, 可降低并发症, 降低疼痛度, 缩短住院时间, 提高满意度。

关键词: 骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折; 中医护理; 效果分析

前言

作为现如今骨科多发病症, 骨质疏松性椎体压缩骨折(Osteoporotic vertebral compression fracture, OVCF)形成的一个关键诱因因为骨质疏松症, 根据不完全统计临床有将近 $\geq 50.00\%$ ^[1]的椎体骨折发生由骨质疏松引发, 具有较高的死亡率。伴随老龄化进程, OVCF的发病占比不断提升, 导致脊柱后凸畸形发生, 致使疼痛明显以及功能失衡^[2]。目前球囊扩张椎体后凸成形术(percutaneous kyphoplasty, PKP)是治疗此疾病的主要方式, 但是术后复位功能不完善, 术后疼痛^[2], 骨水泥渗漏等多种并发症较高, 致使整体护理效果不佳。而祖国医学发展, 改良了传统护理模式。基于此, 本文将分析中医护理应用于OVCF患者围手术期的效果。

1 资料和方法

1.1 基本资料

2023年1月至12月, 选取120例OVCF患者, 采用随机数字表法分为对照组和研究组两组, 每组各60例病例。对照组: 男24, 女36, 年龄54—80岁, 均值(65.80 ± 8.19)岁; 研究组: 男22例, 女38例, 年龄53—82岁, 平均(66.50 ± 9.03)岁。性别、年龄基数对比, P 值均 > 0.05 , 两组数据不存在统计学差异, 可以比较观察项目。

纳入标准: ①诊断为OVCF, 存在骨质疏松且椎体后壁完整; ②年龄 > 50 岁; ③行PKP手术; ④签署知情同意书; ⑤能配合完成整个护理观察, 能完成随访; ⑥没有合并严重内科疾病。排除标准: ①肝肾功能严重失衡; ②精神疾病;

③凝血功能失衡; ④无法配合护理工作。

1.2 方法

对照组基础护理: 术后仰卧于硬板床, 每间隔1小时检查一次生命体征(体温(T)、脉搏(P)、呼吸(R)、血压(BP)), 要求术后48小时内禁起坐, 可翻身活动, 术后48小时后可允许患者在脊柱护具保护下短时下地活动, 但应避免弯腰、久坐、久站、搬物, 指导患者行卧位腰背肌功能锻炼。同时记录伤口有无疼痛、渗血, 进行相应干预。如果术后出现局部反应, 炎性状态明显, 则护理人员进行积极指导, 必要时应用止痛治疗, 如氟比洛芬酯注射液, 50mg/次, 1次/日, 静滴。同时补充钙剂, 即碳酸钙0.75克联合骨化三醇0.25ug, 1日2次口服, 应用鲑降钙素鼻喷剂。

研究组中医护理: ①通过情志治疗模式指导以及鼓励患者, 以稳定心情接受治疗; ②术后因患者从伤前自由行走变为必须卧位, 引发胃肠道蠕动减慢, 胸腰椎骨折形成腹膜血肿刺激胃肠道, 容易引发腹胀、纳呆、便秘表现, 指导日常饮食以高蛋白和高纤维素食物为主; ③给予中药塌渍治疗, 医院自拟中药包(寒湿痹痛塌药方), 组成: 细辛、川乌、山奈、姜黄、白芷、威灵仙、透骨草、辛温、羌活、防风、荆芥、木瓜、生南星、乳香、没药; 仰卧, 选取膈俞^[3]、肾俞以及命门穴, 以中药包热熨, 温度 $40-50^{\circ}\text{C}$, 每次半小时, 每日1次, 注意预防烫伤, 及时观察皮肤变化, 如果红斑、起水泡等现象, 及时停止; ④贴敷处理: 院内制剂正骨散制作成贴敷进行穴位贴敷; ⑤耳穴压丸治疗: 以微砭耳针按压

耳穴,包括大肠、三焦、便秘点、神门、胸椎、腰骶椎、肾耳穴。

1.3 观察指标

①统计临床并发症的发生占比^[3]。②统计住院时间及临床满意度,满意度包括对护理人员的态度、关爱患者程度、护理管理内容、健康教育反应、业务能力判定,总计10分,分值越高满意度越高。③依据数字等级评定量表(NRS)^[4]评分,记录患者的个人疼痛状态,以0-10进行疼痛程度的判定,0分:没有疼痛,1-3分:轻度疼痛,4-6分:中度疼痛,7-9分:严重疼痛,10分:剧痛。

1.4 统计学分析

120例骨质疏松性椎体压缩骨折患者结果输入SAS软件中,其中对正态分布符合的计量资料,应用(均数±标准差)记录,通过t检验;对计数资料的分析用百分比(%)形式表达,进行卡方检验,P<0.05时存在统计学差异。

2 结果

2.1 并发症发生率

表1:研究组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。

表1:两组并发症发生率(n=60,%)

组别	出血(n(%))	腹胀(n(%))	便秘(n(%))	感染(n(%))	压疮(n(%))	尿潴留(n(%))	DVT(n(%))	总发生率(n(%))
对照组	2(3.33)	4(6.67)	1(1.67)	3(5.00)	3(5.00)	1(1.67)	1(1.67)	15(25.00)
研究组	0(0.00)	1(1.67)	0(0.00)	1(1.67)	1(1.67)	0(0.00)	0(0.00)	6(10.00)
X ²								4.6753
P								0.0305

2.2 恢复指标

经评定住院天数和临床满意度上,研究组结果更优,与对照组相比具有差异性(P<0.05),见表2。

表2:两组研究指标(n=60, x±s)

组别	住院天数(d)	满意度(分)
对照组	8.85±2.74	7.16±1.56
研究组	7.21±2.83	8.04±1.75
T	3.2249	2.9075
P	0.0016	0.0044

2.3 疼痛程度

通过对疼痛反应评定,研究组疼痛程度较比对照组更轻,两组具有统计学差异(P<0.05),见表3。

表3:两组疼痛程度(n=60,%)

组别	不疼(n(%))	轻度(n(%))	中度(n(%))	严重(n(%))	十分严重(n(%))
对照组	2(3.33)	12(20.00)	39(65.00)	7(11.67)	0(0.00)
研究组	8(13.33)	23(38.33)	28(46.67)	1(1.67)	0(0.00)
X ²	3.9273	4.8807	4.0890	4.8214	/
P	0.0475	0.0271	0.0431	0.0281	/

3 讨论

目前临床中对OVCF患者治疗多通过手术处理,可达

到改善慢性腰背部疼痛表现,但是考虑到患者的身体机能较差^[5],同时整体免疫力不佳,致使术后疼痛感明显,出现尿路感染以及肺部感染等多种并发症。加之椎体局部微循环失衡,交感神经处于过度刺激性^[6],造成肠道功能失衡,从而中医护理模式实施,具有十分重要意义。

中医护理学中,OVCF疾病作为骨折病的范围,通过中医学角度分析,OVCF属于多属于肝肾亏虚,肝主筋、肾主骨,肝肾二脏亏虚则难以滋养筋骨,出现筋骨懈堕,致使脊骨承重能力下降,筋束骨减弱,轻微外力作用于脊骨即可形成骨断筋伤,形成胸腰椎骨折,通过中医护理干预,可起到减轻患者围手术期疼痛、降低并发症发生率、缩短住院天数、提高患者满意度。统计比较较多均得出P<0.05,但相对而言住院天数、患者满意度方面统计学差异更显著,两组别的观察结果差异更明显,说明中医护理在缩短住院天数及提升患者满意度方面相比于其他观察内容更具优势。

综上所述,中医护理模式实施于OVCF患者中的效果良好,整体控制程度良好。

参考文献:

[1] 张丽平,范东英,郭秀珍.中医护理在球囊成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者中的应用[J].西部中医药,2016,29(12):125-126.

[2] 张丽平, 范东英, 郭秀珍. 骨质疏松性椎体压缩骨折球囊成形术患者的中医护理方案干预的效果评价 [C]. // 第六届全国中西医结合骨科微创学术年会论文集. 2016:319-322.

[3] 张丽平. 骨质疏松性椎体压缩骨折球囊成形术患者的中医护理方案干预的效果评价 [C]. // 中华医学会第十七届骨科学术会议暨第十届 COA 国际学术大会论文集. 2015:1-1.

[4] 李小欣. 中医护理在单纯性胸腰椎压缩骨折的临床应用 [J]. 健康之友, 2020(5):269.

[5] 邢亮. 骨质疏松性椎体压缩性骨折术后 20 例的中医护理体会 [C]. // 第八届亚洲骨科护理学术会议论文集. 2014:317-317.

[6] 周秀. PKP 术治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的围手术期护理 [C]. 2016:1-1.