

综合康复护理对骨质疏松性椎体压缩骨折术后疼痛及生活质量的影响

苗琼, 李琴

(陕西省榆林市第一医院 骨科, 陕西 榆林, 719000)

关键词: 综合康复护理; 中老年; 骨质疏松性椎体压缩骨折; 术后疼痛; 生活质量

中图分类号: R 473.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)18-209-03 DOI: 10.7619/jcmp.201718075

骨质疏松性椎体压缩性骨折是一种常见的骨科疾病,以腰部疼痛和活动受限为主要临床症状,将使患者独立生活能力丧失,严重影响患者的生活质量^[1]。既往临床上多采用非手术方法进行治疗,虽有一定的治疗效果,但所需时间较长,护理要求较高,且易引发下肢深静脉血栓、压疮等并发症^[2-3]。目前临床多采用经皮椎体后凸成形术对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者进行治疗,可在一定程度上缓解患者疼痛程度,较好稳定脊柱,但术后仍可有较多并发症,故对术后患者实施必要的护理措施显得尤为关键^[4]。为探讨综合康复护理措施对于中老年骨质疏松性椎体压缩骨折术后疼痛以及预后生活质量的影响效果,本研究选取86例中老年骨质疏松性椎体压缩性骨折患者进行研究,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2015年9月—2016年11月在本院治疗的86例中老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者纳入本研究,根据护理方式不同分为对照组与观察组各43例。对照组中,男25例,女18例,年龄40~67岁,平均 (56.8 ± 7.2) 岁,三椎体骨折5例、双椎体骨折15例、单椎体骨折23例;观察组中,男23例,女20例,年龄40~69岁,平均 (56.9 ± 7.3) 岁,三椎体骨折6例、双椎体骨折16例、单椎体骨折21例。2组患者年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组实施以观察病情变化及并发症、保持引流管、输液管道等各种管道清洁、监测患者生命体征等为主的常规护理措施。观察组在上述常规

护理基础上实施综合康复护理,措施如下:①患者因对治疗及康复情况认知不足,易产生焦虑等情绪,影响术后恢复情况,护理人员应主动与患者沟通,深入了解其心理状况并实施针对性心理疏导,有效缓解患者不良情绪^[5]。②采用通俗易懂的语言对患者实施健康教育,详细告知具体治疗过程及治疗成功案例,提供有效的生活方式及饮食结构指导,使患者以最佳心态接受治疗。③术中常采用俯卧位,故入院后进行2h保持俯卧位训练。俯卧位时,将双手臂放置于肩部上方,轻度屈曲肘关节,将适当垫料分别放置受压部位和膝关节处,保持患者舒适。在肩胸部和骨盆处放置小枕或摇起手术床两头,保持患者处于过伸体位,逐渐延长时间,并保持时间 > 30 min/次,2次/d^[6]。④术后第1小时维持仰卧位,之后改为平卧位1h,减少穿刺部位出血及并发症,最后可在床上翻身,第2天下床行走。⑤护理人员密切观察患者情况,术后第1小时内每隔15min测量生命体征1次,第2小时每隔30min测量1次,仔细倾听患者主诉,并预防肺栓塞,及时吸氧,维持静脉通畅,之后针对患者具体情况实施针对性预防,并予常规抗骨质疏松药物治疗,术后使用抗生素预防感染。⑥术后第1天,实施直腿抬高练习,术后24h在腰围保护下下床,站立在床边,并观察患者生命体征,告知患者轻微疼痛不适、腰背部酸胀等为正常现象。护理人员看护并指导患者在室内行走,避免发生意外。第3~5天,患者可出院并进行腰背肌功能锻炼;适当运动,长时间服用预防骨质疏松药物,进食钙质含量多的食物,并定期复查。

1.3 评价指标

①焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表

收稿日期: 2017-05-11

基金项目: 陕西省科学技术厅研究发展计划项目(2012KRM31)

通信作者: 李琴

(SDS)评分^[7]:采用SAS、SDS评分评估患者不良情绪,得分越高表示焦虑、抑郁程度越严重;②生活质量指数(QLI)评分:采用QLI评分^[5]对患者预后生活质量进行评估,共计10分,得分越高表示生活质量越好^[8]。③痛觉模拟评分法(VAS)、生活自理能力(Barthel)评分:采用VAS评分评估患者疼痛程度,0分表示无痛,10分表示疼痛剧烈;采用Barthel评分^[9]对患者生活自理能力进行评价,得分越高表示生活自理能力越强;④并发症:统计护理期间患者肺栓塞、脊髓神经受损、骨水泥渗漏发生情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS 20.0软件处理数据,并发症情况以 $n(\%)$ 表示,组间比较用 χ^2 检验,SAS、SDS、QLI、VAS及Barthel评分用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较

行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、SDS评分

干预前,2组SAS、SDS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组SAS、SDS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 QLI、VAS、Barthel评分

干预前,2组间QLI、VAS、Barthel评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组QLI评分、Barthel评分高于对照组,VAS评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 2组SAS、SDS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	SAS评分		SDS评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组($n=43$)	54.4±8.6	42.5±5.7	42.2±6.8	36.8±7.9
观察组($n=43$)	54.5±7.3	25.0±4.6*	41.7±6.1	14.7±5.5*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

表2 2组干预前后QLI、VAS、Barthel评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	QLI评分		VAS评分		Barthel评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组($n=43$)	7.2±2.2	7.3±2.1	4.5±1.3	3.4±1.2	31.9±8.2	45.2±8.2
观察组($n=43$)	7.2±2.1	8.5±1.1*	4.4±1.2	2.1±1.1*	32.3±8.4	57.8±8.8*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 并发症

观察组的并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 2组并发症发生情况比较 $[n(\%)]$

组别	脊髓神经受损	骨水泥渗漏	肺栓塞	合计
对照组($n=43$)	2(4.7)	3(7.0)	3(7.0)	8(18.6)
观察组($n=43$)	0	1(2.3)	0	1(2.3)*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着中国人口老龄化现象加剧,近年来中老年骨质疏松性椎体压缩骨折的发病率也呈上升趋势,严重影响患者的生活质量。目前,临床多采用经皮椎体后凸成形术对患者进行治疗,在一定程度上缓解了患者的不适症状,但术后易发生一系列并发症,使患者产生焦虑、抑郁等不良情绪,影响术后康复^[10-11]。因此,在中老年骨质疏松性椎

体压缩骨折患者术后实施护理干预措施,可有效缓解和预防并发症发生,提升治疗效果。

骨质疏松性椎体压缩性骨折疾病好发于中老年人群,术后引发的一系列并发症可使患者产生焦虑、抑郁等不良情绪,影响患者康复进程^[12]。本研究中,观察组干预后SAS、SDS评分低于对照组,表明综合康复护理措施可有效缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪,促进恢复。综合康复护理措施中,护理人员主动与患者交流,了解患者心理状况并实施针对性心理疏导,可有效缓解患者不良情绪^[13];同时,对患者实施健康教育,提供饮食指导,详细讲解治疗过程及治疗成功案例,可使患者树立战胜疾病的信念,有效改善心理状态。本研究中,观察组QLI评分及Barthel评分显著高于对照组,提示综合康复护理措施可有效提升患者生活质量与日常生活能力,进而改善预后。综合康

复护理措施中,护理人员为患者提供健康教育、心理护理,可有效提高患者对疾病的认知程度,建立战胜疾病的信念^[14-15];同时,体位护理可有效减轻术后应激反应,维持静脉通畅,及时吸氧,有效改善患者症状;此外,指导患者术后第 1 天即进行康复锻炼,有助于患者术后康复,进而提升日常生活能力及生活质量^[16]。

罗文东等^[17]研究表明,术后疼痛程度是影响患者术后恢复的主要因素,亦是影响患者不良情绪的主要原因。本研究中,观察组干预后 VAS 评分低于对照组,证实综合康复护理措施可有效降低患者术后疼痛程度,促进患者术后恢复。因患者术中多取俯卧位,故入院后实施俯卧位锻炼可减少体位对患者的影响;同时,术后取 1 h 平卧位,可减少术后穿刺部位出血和肺栓塞等并发症发生,放置垫料于受压部位和膝关节处,可提高术后舒适度,降低术后疼痛程度^[18-19]。本研究中,观察组并发症发生率低于对照组,证实综合康复护理措施可有效改善患者预后,促进康复。此外,对患者实施抗骨质疏松药物治疗和抗生素预防治疗,可有效降低术后感染及相关并发症的发生率,改善患者预后。

综上所述,综合康复护理措施可降低中老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者术后疼痛程度及并发症发生率,促进生活质量及日常生活能力提高,改善预后。

参考文献

- [1] 徐无忌,刘晓岚. 体位复位结合经皮椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的对比研究[J]. 中医正骨, 2016, 28(7): 20-24.
- [2] 胡晓燕. 优质护理在经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折老年患者的应用效果[J]. 临床合理用药, 2017, 10(2): 126-127.
- [3] 李建哲,贾全章. 椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(22): 6626-6630.
- [4] 方晓林,季晓萍,蒋翰双. PKP + PVP 联合治疗老年胸腰椎多节段骨质疏松性椎体压缩性骨折的护理[J]. 当代护士: 专科版(下旬刊), 2016, 24(5): 44-45.
- [5] 袁举,张燕,缪力,等. 骨质疏松性椎体压缩骨折的治疗进展[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(3): 359-362.
- [6] Abdel-Wanis M E, Solyman M T, Hasan N M. Sensitivity, specificity and accuracy of magnetic resonance imaging for differentiating vertebral compression fractures caused by malignancy, osteoporosis, and infections [J]. J Orthop Surg, 2015, 19(2): 145-150.
- [7] 刘宇,王英东,杜玲. 术前心理护理和术后康复锻炼对老年骨质疏松性椎体压缩性骨折患者的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(5): 854-856.
- [8] 傅晓婷,王翠娟,俞霞. 唑来膦酸治疗骨质疏松性椎体压缩骨折 PKP 术后的临床护理[J]. 浙江临床医学, 2016, 18(8): 1531-1533.
- [9] 李杰,宋玉光,吴智涛,等. 老年骨质疏松性胸腰段压缩性骨折三种治疗术式的临床疗效比较[J]. 中国临床研究, 2015, 28(11): 1443-1446.
- [10] 李建赤,黄必留,谭加群,等. 高黏度骨水泥经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的临床研究[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2016, 9(4): 317-321.
- [11] 张鸿,王杰,施先梅. PVP 和 PKP 微创手术治疗骨质疏松致椎体压缩性骨折患者的围手术期护理[J]. 中国民康医学, 2016, 28(8): 75-77.
- [12] 徐小琴,袁红,王霞,等. 经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的围手术期护理体会[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(1): 30-32.
- [13] 沈煜,冯明利,徐军,等. 老年骨质疏松性椎体压缩性骨折部位和腰椎骨密度对下腰部疼痛的影响[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(23): 1818-1820.
- [14] 吴泳锐,陈秀芹. 老年骨质疏松性椎体压缩性骨折经皮椎体成形术围手术期护理[J]. 中华全科医学, 2015, 13(2): 310-312.
- [15] Mattie R, Laimi K, Yu S, et al. Comparing Percutaneous Vertebroplasty and Conservative Therapy for Treating Osteoporotic Compression Fractures in the Thoracic and Lumbar Spine; A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. J Bone Joint Surg Am, 2016, 98(12): 1041-1051.
- [16] 王淑芳,易春芬,王爱华. 椎体成形术治疗椎体骨质疏松压缩骨折患者的围手术期护理[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(3): 59-60.
- [17] 罗文东,杨建义,林丰,等. 骨质疏松性椎体压缩骨折经皮椎体后凸成形术围术期并发症防治进展[J]. 医学综述, 2016, 22(3): 428-431.
- [18] Daffner SD, Karnes JM, Watkins CM. Surgeon Specialty Influences Referral Rate for Osteoporosis Management following Vertebral Compression Fractures [J]. Global Spine J, 2016, 6(6): 524-528.
- [19] 刘奕,沈海敏,董健. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折后新发椎体骨折的危险因素分析[J]. 中华创伤杂志, 2016, 32(11): 1009-1013.