

# 连续性护理对脊柱骨折合并脊髓损伤患者神经功能恢复及生活质量的影响

方爱珍 周丹婷 黄晓玲 章欣欣

台州恩泽医疗中心(集团)台州医院 317000

**【摘要】目的** 探究对脊柱骨折合并脊髓损伤患者应用连续性护理干预措施后,患者的神经功能恢复情况和生活质量。方法选取 2016 年 3 月至 2018 年 3 月 96 例在我院进行治疗的脊柱骨折合并脊髓损伤患者为研究对象,根据护理方式的不同将所有研究对象随机分为两组,分别为对照组与观察组,每组 48 例。本文将通过对比两组研究对象护理前后的神经功能损伤评分(ASIA)和生活质量评分,探究连续性护理在脊柱骨折合并脊髓损伤患者术后恢复过程中的影响。**结果** 经比较可知,两组研究对象护理干预前的 ASIA 和生活质量评分无显著差异( $P > 0.05$ )。观察组患者护理后的 ASIA 和生活质量评分均显著高于对照组,该差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 利用连续性护理对在我院进行治疗的脊柱骨折合并脊髓损伤患者进行护理干预,能够显著提高患者的术后神经功能恢复速度,并改善患者的生活质量,临床效果显著,具有极高的应用价值,值得推广。

**【关键词】**连续性护理;脊柱骨折;脊髓损伤;ASIA;生活质量评分**【中图分类号】**R473**【文献标识码】**A**【文章编号】**1005-4596(2019)01-131-02

脊柱骨折合并脊髓损伤一种因多种外力因素所导致的人体脊柱骨骨折压迫神经的现象。在临床上,患者会出现局部疼痛、肌肉痉挛、颈部活动障碍和休克等临床症状,随着时间的推移,神经损伤的加重,患者会出现脊柱损伤部位以下瘫痪、失去条件反射等症状,部分患者还存在大小便失禁和尿潴留等临床症状,患者失去独立生存能力,严重影响患者的生活<sup>[1]</sup>。在本研究中,将通过分组对比的方式分析连续性护理在脊柱骨折合并脊髓损伤患者护理过程中的临床应用效果,现进行如下报道。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究经我院伦理委员会同意,所有患者均签署知情同意书。选取 2016 年 3 月至 2018 年 3 月在我院进行治疗的 96 例脊柱骨折合并脊髓损伤患者为研究对象,所有研究对象均经 X 线等影像学仪器诊断确诊为脊柱骨折,且患者临床症状符合脊柱骨折合并脊髓损伤临床诊断标准。根据患者护理方式将所有研究对象随机分为两组,分别为对照组与观察组,每组 48 例。在对照组中,男 27 例,女 21 例,年龄 19-64 岁,平均年龄(46.37±8.87)岁,其中因交通事故导致的骨折患者 22 例,高处坠落 17 例,重物砸中 7 例,其他 2 例。观察组中,男 25 例,女 23 例,年龄 21-67 岁,平均年龄(44.51±8.35)岁,其中因交通事故导致的骨折患者 19 例,高处坠落 20 例,重物砸中 4 例,其他 5 例。两组研究对象在性别、年龄和治病原因等一般资料方面差异无统计学意义, $P > 0.05$ ,具有可比性。

### 1.2 方法

根据患者骨折位置和病情程度的不同分别予以相应的治疗方案。

对照组:予以常规护理干预措施。

观察组:在对照组的基础上予以连续性护理干预,具体措施如下。首先,护理人员应当根据患者致病原因、病情严重程度和

个人资料制定出具有针对性的临床护理方案,以该方案为基础对患者进行护理。其次,在手术治疗前护理人员应当多于患者交谈,以幽默的语言缓解患者的负面心理,并通过健康知识宣教、成功案例讲解等方式缓解患者的紧张和恐惧状态,增强患者的治疗信心,提高患者治疗依从性,改善手术耐受性。再次,在手术治疗完成后,护理人员应当定时予以患者肌肉按摩,帮助患者展臂屈膝,防止患者因长期卧床出现肌肉萎缩。护理人员还应当定时帮助患者翻身,做好床单被褥的晾晒消毒工作,防止患者出现褥疮或压疮。当患者能够下地活动,护理人员要为患者制定出具有针对性的康复锻炼计划,帮助患者恢复行动能力。最后,对于即将出院的患者,护理人员要向患者及其家属讲解健复的重要性,并记录患者的联系方式,详细解答患者的问题,并叮嘱患者定期复查<sup>[2]</sup>。

### 1.3 评定标准

以国际脊髓损伤神经评分标准(ASIA)为基础,根据我院情况制定神经损伤评定量表对所有患者的神经恢复情况进行评定。该量表根据患者分数进行评定,满分 224 分,分数越高表示患者的神经功能恢复情况越好。

采用我院自制的的生活质量评分量表对所有患者的生活质量进行评定,该量表为百分制,分数越高表示患者生活质量越好。

### 1.4 统计学方法

本次研究数据采用 SPSS21.0 软件进行统计学处理,以( $\bar{x} \pm s$ )表示 ASIA 和生活质量分数,计数资料采用例(n)、率(%)表示,组间比较采用 t 进行数据分析, $P < 0.05$ 代表数据差异具备统计学意义。

## 2 结果

观察组患者 ASIA 和生活质量均优于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ (见表 1)。

表 1: 两组患者 ASIA 和生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ )分

组别	n	ASIA		生活质量评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	48	(127.35±37.68)	(148.77±38.69)	(44.32±6.23)	(56.88±5.54)
观察组	48	(119.46±41.24)	(173.59±41.28)	(42.75±5.48)	(71.32±5.85)
t		0.9786	3.0394	1.3110	12.4170
p		0.3303	0.0031	0.1931	0.0000

## 3 讨论

脊柱骨折合并脊髓受损不仅会对患者的运动能力造成影响,还有可能威胁患者的生命,是一种十分严重的骨关节神经压迫损伤。并且,该疾病的治疗十分复杂,且具有并发症多、预后困难等特点,患者有一定的几率会出现终生残疾,是一种十分棘手的疾病<sup>[3]</sup>。

在本研究中,观察组患者的 ASIA 和生活质量均优于对照组( $P < 0.05$ )。造成这一结果的原因在于,连续性护理能够使患者得到从入院到出院间不间断的护理干预,该护理方式通过术前心理护理、术后肢体康复和出院指导等一系列护理手段,增加了患者心理强度,加快了患者的身体恢复速度,临床应用价值较高。

(下转第 132 页)

## 浅谈脑卒中患者的康复护理

竹菲

成都市第五人民医院神经内科二病区 四川成都 611130

**【摘要】**医学上脑血管意外(CVA)又称为脑卒中,俗称中风。这种疾病是中、老年人的常见病,目前有年轻化的趋势。临床上常突然发病、起病多变,由于医学领域治疗技术不断地提高病死率已显著的减少但致残率仍高达65-75%,使患者生活、工作能力部分或全部丧失,给社会和家庭带来了沉重的负担。脑卒中患者一般发病急骤,恢复较慢,并常伴有肢体活动不灵甚至瘫痪,以及不同程度的言语障碍等后遗症,因此,在积极药物治疗前提下,配合早期康复训练,可明显改善患者语言障碍和肢体运动功能,以提高其日常生活质量。

**【关键词】**脑卒中;康复训练;护理

**【中图分类号】**R473.74

**【文献标识码】**A

**【文章编号】**1005-4596(2019)01-132-01

### 【康复训练要点】

#### 1 肢体运动障碍的康复训练及其护理

##### 1.1 早期康复护理

在不影响临床抢救的前提下,做肢体被动运动(切忌粗暴)、按摩可防止肌肉萎缩,避免关节僵硬,促进神经功能的恢复。康复护理时绝不能完全排除患者自身的主动活动,应该给予患者足够的时间和机会让他们主动配合进行,其疗效会更好。

##### 1.2 软瘫期康复护理

此期应协助医生通过诱发患者的联合反应和共同运动促使患侧肌力、肌张力恢复,鼓励患者进行主动的床上运动,以对痉挛进行预防性康复,增强患者的康复信心。

##### 1.3 痉挛期康复护理

本期的治疗是整个康复治疗的关键时期。痉挛必然出现,患者只要运动,就会因痉挛而以异常的运动模式出现。护理关键是配合医师在坐位、站位、行走时要牢记任何帮助者都不要去用力牵拉患侧的上肢。

##### 1.4 康复训练具体操作要求

一般在病后3天~3周即病人意识清醒,无进行性卒中表现,生命体征稳定便可进行康复训练应按照由易渐难,由简渐繁,顺序进行。运动时间由短渐长,运动强度由低渐高顺序进行。运动方式由被动、辅助到自主运动顺序进行。顺序如下:床上移动翻身→坐位→坐位平衡→双膝立位平衡→单膝立位平衡→坐到站→站立平衡→步行→上下楼梯。在康复训练过程中,应强调的是重建正常运动模式,其次才是加强软弱肌力训练。训练中应包含患侧恢复和健侧代偿。

(1)床上训练:包括翻身和上下左右移动体位,腰背肌、腹肌及呼吸肌训练,上下肢活动(例如为端正骨盆,在床上进行单侧和双侧桥式运动)以及洗漱、穿衣、进餐、使用便器等日常生活活动训练。

(2)坐位和坐位平衡训练:先从半坐位30度~40度角开始逐渐增加角度、次数和时间→从床上坐→床边坐→椅子或轮椅坐。接着应进行坐位平衡训练,从无依靠不能坐稳→躯干向不同方向摆动能坐稳→在他人一定外力推动下能坐稳。

(3)站立和站立平衡训练:先作站立准备活动(如坐位提腿踏步,患侧下肢肌力训练等,有条件可利用站立床训练),然后扶持站立→平衡杠间站立→徒手站立→站立平衡训练,要达在他人一定外力推动下仍能保持站立平衡。

(4)步行训练:先作步行前准备活动(如扶持立位下患肢前后摆动、踏步、负重等)→扶持步行或平行杠间步行→扶拐步行→

徒手步行。在步行训练中应强调,必须注意改善步态训练。

(5)上肢及手的功能需要强化训练。训练内容:①关节活动度训练:各关节功能活动训练,掌指、指间关节各方向活动强化训练,手的灵活性、协调性及精细动作训练。②日常生活能力训练:穿衣、洗漱、梳头、进餐、写字、握物等动作训练。③回归社会职业训练。

#### 2 言语障碍及其护理

2.1 语言训练宜早不宜迟。病人如不能讲话和阅读,可用能表达要求的图片、卡片,来训练表达要求,每次训练都应耐心,反复示范,不能轻易放弃训练。要使病人保持积极的态度。2.2 对待命名性失语患者,护理时应有意识地反复说出有关事物的名称,强化记忆。运动性失语主要是发音困难,训练时应着重给患者做示范口型,面对面地说教。

2.3 每项功能训练的成功可能对其它功能的恢复起相互促进的作用,故言语训练也必须与其他整体康复训练同步进行,以求取得更好的效果。

#### 3 心理和情感障碍的护理

3.1 脑卒中患者往往在早期表现出对疾病的否认和不接受,护士应该通过被动活动患侧,患侧卧位增加体位感觉刺激,使患者了解患肢的存在,不能操之过急,以免患者产生抑郁、失望等严重心理活动。

3.2 护理时对持久的抑郁状态要给予安慰劝说,诱导和支持,同时适当地给予抗抑郁药治疗有积极作用。

因此,必须对中风患者的心理和情感障碍要及时了解状况,及时疏导做相关的健康教育,让患者认识偏瘫及其他功能障碍,了解偏瘫恢复的特点及康复治疗的流程,不要急于求成,采取各种方式与患者交流,列举成功案例,增强患者对疾病康复的信心,使其积极主动地配合康复训练。

#### 4 合理预防脑卒中复发

①健康生活方式,合理饮食,戒烟戒酒。②防治高血压、肥胖症。③保持血压、血糖、血脂在正常范围。

#### 5 讨论

脑卒中病人康复的最终目的是尽可能提高日常生活活动能力,康复护理及功能训练对脑卒中患者的康复有着药物治疗不可替代的作用。有研究认为,脑卒中在3个月内恢复最好,早期康复治疗可以通过加速脑侧支循环的建立,极大发挥脑的可塑性。功能训练是促进中枢神经系统损伤后恢复的一个极为重要的因素。其次,通过做好心理护理,能使患者情绪稳定,主动配合治疗及护理。

因此,发生脑卒中后,不仅要积极挽救生命,而且要注意做好康复护理。预防和减少患者肢体残疾及提高生活质量具有重要意义。

(上接第131页)

#### 参考文献

[1] 胡琴.连续性护理干预对脊柱骨折合并脊髓损伤患者术后康复分析[J].饮食保健,2018(25):206-207.

[2] 罗筱玮,郭乃铭,徐海涛,等.连续性护理干预对脊

柱骨折合并脊髓损伤患者术后康复效果的研究[J].河北医药,2017(16):2542-2544,2547.

[3] 蒙荣微.连续性护理干预对脊柱骨折合并脊髓损伤患者术后康复效果的研究[J].中外医学研究,2018(14):102-104.