

正强化理论结合康复训练对腰椎骨折患者术后康复的影响

蔺法强¹ 周超²

1. 莱钢集团莱芜矿业有限公司职工医院骨科, 山东 济南 271100;

2. 济南市第二妇幼保健院皮肤科, 山东 济南 271100

【摘要】 目的 分析在腰椎骨折患者中应用正强化理论联合康复训练方式对患者术后康复转归的效果。方法 抽取 2021 年 5 月—2022 年 5 月于本院行腰椎骨折的手术的患者共计 70 例, 计算机 1:1 随机数列均分组别, 参比组(常规康复训练, n=35)与分析组(正强化理论联合康复训练, n=35)。比较两组康复指标(疼痛程度、腰椎功能、生活能力及生活质量)。结果 干预后, 分析组疼痛评分显著低于参比组同期及本组干预前, 腰椎功能评分均显著高于参比组同期及本组干预前, 数据比较有意义($P<0.05$)。干预后, 分析组生活能力及生活质量评分均显著高于参比组同期及本组干预前, 数据比较有意义($P<0.05$)。结论 在腰椎骨折患者中应用正强化理论联合康复训练方式既可减轻患者疼痛水平与腰椎功能障碍程度, 也可提升患者生活能力与生活质量, 可推广。

【关键词】 正强化理论; 康复训练; 腰椎骨折; 术后康复; 效果

如今, 人们生活压力的不断增加、生活环境的变化、生活习惯的不规律, 使得罹患腰椎病的患者数量也在不断增加。该类疾病是由于患者长时间处于腰椎受重状态下, 腰椎骨所承担的压力过大, 导致腰椎骨质的完整性受到连续性破坏所导致的一类疾病。由于受伤部位将出现动脉受压、脊髓脱出、韧带增厚等病理状态, 病理状态下腰椎的生理功能将受到影响, 进而出现疼痛、腰椎活动受限、腰椎畸形、翻身困难、不能站立等典型症状。严重时会导致其出现双下肢感觉消失、大小便功能障碍及损伤部位压痛等症状, 严重影响患者日常的工作与生活。腰椎骨折是骨科常见病, 需要积极治疗, 可根据骨折的类型, 选择不同的治疗方式, 一般可手法复位或手术治疗, 并选择药物、物理治疗来改善症状。而手术治疗能够解除患者的腰椎压迫状态, 但术后患者康复用时较长, 需要施加以精心的护理服务来促进患者病症转归。常规上针对腰椎康复患者所应用的护理措施存在着同质性特点, 同时从训练内容上看也过于简单枯燥, 患者很难长时间持续训练。对此, 本研究引入了一类能够提升患者训练时主观能动性的护理模式即正强化护理模式。通过对患者每日的训练效果给予肯定, 使其积极行为能够得到保持, 从而可使患者持续性进行训练^[1]。为探讨在腰椎骨折患者术后康复中应用该训练模式的价值, 笔者特设计了本次实验, 内容如下:

1 对象与方法

1.1 对象资料 抽取 2021 年 5 月—2022 年 5 月于本院行腰椎骨折的手术的患者共计 70 例。参比组中共含男性 17 例, 女性 18 例; 年龄 20 ~ 75 岁, 均值(46.77 ± 9.86)岁; 病程 1 ~ 3 年, 均值(2.05 ± 0.09)年。分析组中共含男性 16 例, 女性 19 例; 年龄 21 ~ 74 岁, 均值(46.63 ± 9.49)岁; 病程 1 ~ 3 年, 均值(2.17 ± 0.43)年。两组一般资料数据比较无意义($P>0.05$)。纳入标准: 受试者腰椎外伤史均较为明确, 且经过影像学摄片及临床医师评价, 认定患者已经发生腰椎骨折; 均于本院行腰椎骨折手术者; 受试者入院时病情均处于稳定状态, 且均能够积极配合康复治疗开展。排除标准: 入组时伴发恶性肿瘤; 语言表达能力不佳者; 未能全程参与及抵触本课题者。

1.2 方法

1.2.1 给予 35 例参比组患者常规康复训练干预方式, 护理重点内容即为伤口引流、运动观察、肢体训练、生命体征监测及体位护理等。

1.2.2 给予 35 例分析组患者正强化理论结合康复训练干预方式。本次护理中分为两方面开展, 分别为健康信念正强化与康复训练正强化两方面内容。

1.2.2.1 健康信念正强化 由于康复训练耗时较长, 且训练内容较为简单枯燥, 部分患者自身意志力不足, 可能会出现中断训练的问题。故可利用排名的方式进行干预。即为每个月进行一次训练践行度调查, 根据训练践行度高以及康复佳的患者(如 1、2、3)名进行奖励, 并备好实

物奖品,增强其持续训练的信心。

1.2.2.2 康复训练正强化 在患者结束手术后的次日,即可进行康复训练。早期开展功能锻炼,以训练机体协调性,促进机体血液循环,早期恢复腰椎功能。本次所引入的康复训练内容是分阶段开展的。根据患者腰椎部位的耐受性水平,制定针对性的康复训练内容。当腰椎疼痛感评分处于 4~6 分之间,则指导患者进行一些难度不高的训练内容。例如屈膝屈髋、足背屈伸、直腿抬高、轴线翻身等训练内容。然后逐步地增加屈伸角度。角度大小是需要跟随患者的自身耐受性而明确的,一般是 30°~70° 之间为宜。对于训练时无法自主开展的患者而言,可帮助其被动运动。待其能够主动开展运动后,逐步地进行自主训练。单日训练次数控制在 3~5 次之间,每次训练时间控制在 15~20min。当腰椎疼痛感评分处于 1~3 分时,患者即可佩戴腰围下床活动训练。初期训练强度低一些,例如下蹲、上下床姿势、病房行走均可。当腰椎疼痛感评分处于 0 分或接近 0 分时,可采取腰背肌功能训练。首先应用 5 点式训练方式,而后逐步的强化训练强度,直至能够自主地进行飞燕式功能训练。单日训练 3~5 次,也可增加训练次数,但需以患者自感腰椎不疼痛为宜。所涉及的康复训练内容如上。由于上述康复训练项目反复做,患者可能会产生枯燥感,进而影响训练的主动性,因此,需要对康复训练内容进行正强化。若是患者训练时自感轻微疼痛,经过判定属于正常情况时,可采用注意力转移的方式来缓解患者自身的机体疼痛感,也可向患者播放节奏较为轻柔缓慢的音乐,使患者能够跟随音乐节奏进行训练;针对疼痛较为明显者,可遵医嘱给予镇痛药物应用;对于能够自主忍受疼痛并坚持进行训练的患者而言,可给予其言语及眼神鼓励,让患者获得正向反馈,从而提高训练时自身的训练依从性。对于当天完成全部训练任务的患者,护理人员需给予表扬,例如给予其一对一专业指导等。可让患者在病房中与病友共同训练,相互之间能够充分地发挥自

身的特长,展现自身训练的优势。同时病友间共同开展训练,还能够起到群体间强化及促进的作用,利于长时间地保持患者训练时的主观能动性水平。将所有患者的训练情况发放到训练群中,起到群体间的监督作用,也可利于长时间地保持患者训练的热情。

1.2.2.3 出院指导正强化 针对训练依从度较高的患者而言,护士可在微信群组中予以表扬。同时每隔 1 个月对患者居家时的训练情况进行随访,并做正确指导。

两组均持续干预 3 个月后比对疗效。

1.3 观察指标 ①功能转归及疼痛水平:其中腰椎功能转归借助(JOA)量表评价,其中共含膀胱功能、活动受限度、临床体征及主观症状 4 维度内容,总分越高说明患者恢复质量越佳;疼痛水平借助 VAS 量表评价,按照 Likert 1~10 级赋分,分值越接近 10 分称之为疼痛水平越严重^[2];②生活能力及生活质量:生活能力借助(BI)量表评价,各级按照 Likert 1~10 级赋分,总分值越接近 100 分称之为生活能力越佳;生活质量借助 SF-36 简表评价,分值越接近 100 分为生活质量越佳^[3]。

1.4 统计学评析 借助 SPSS26.0 软件,计量资料组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 视为数据存在比对价值。

2 结 果

2.1 比较两组腰椎功能转归及疼痛水平 由表 1 可得,干预后,分析组疼痛评分显著低于参比组同期及本组干预前,腰椎功能评分均显著高于参比组同期及本组干预前,数据比较有意义($P < 0.05$)。

2.2 比较两组生活能力与生活质量评分 由表 2 可得,干预后,分析组生活能力及生活质量评分均显著高于参比组同期及本组干预前,数据比较有意义($P < 0.05$)。

表 1 探讨比对两组腰椎功能转归及疼痛水平($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疼痛评分		腰椎功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
分析组	35	7.13 ± 0.83	2.97 ± 0.26*	10.64 ± 1.36	20.55 ± 1.74*
参比组	35	7.12 ± 0.85	4.22 ± 0.33*	11.12 ± 1.04	17.69 ± 2.37*
t		0.049	17.602	1.658	5.770
P		0.960	0.000	0.101	0.000

注: * 表示与组内干预前比较, $P < 0.05$ 。

表 2 探讨比对两组生活能力与生活质量水平 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生活能力		生活质量	
		干预前	干预后	干预前	干预后
分析组	35	48.35±3.24	80.93±6.20*	51.77±3.59	82.38±5.33*
参比组	35	48.17±3.12	65.41±5.21*	51.32±3.31	72.12±3.34*
t		0.236	11.337	0.545	9.650
P		0.813	0.000	0.587	0.000

注: * 表示与组内干预前比较, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

常规术后的患者应该积极护理伤口, 要保持伤口敷料的清洁卫生, 定期换药、消毒, 避免伤口污染。若有引流管, 还需保证引流管通畅在位, 记录引流量。腰椎骨折的患者应加强护理, 应严格遵医嘱用药, 做好手术后的护理, 监测病情变化。卧床期间定期轴向翻身, 避免褥疮, 可活动四肢关节, 避免关节挛缩。腰椎骨折容易给患者带来巨大的心理压力, 护士应及时全面了解患者伤情, 加强与患者的沟通, 针对性地进行心理疏导。特别是在康复训练内容上, 多是存在着机械性指导的问题。除非意志力优异的患者会持续进行训练, 大部分患者将很难完成为期 3 个月的持续训练。同时由于在训练过程中的正向训练反馈不强, 患者极易出现消极心理, 导致参与训练的自信心持续下降^[4]。通过在腰椎骨折患者术后康复护理过程中, 引入了正向强化训练方式, 最终患者的腰椎功能显著改善, 腰椎障碍显著缓解。这与本研究结果相互验证: 干预后, 分析组疼痛评分显著低于参比组同期及本组干预前, 腰椎功能评分均显著高于参比组同期及本组干预前, 数据比较有意义 ($P < 0.05$)。干预后, 分析组生活能力及生活质量评分均显著高于参比组同期及本组干预前, 数据比较有意义 ($P < 0.05$)。分析原因如下: 训练措施中通过定期开展训练依从性调查工作, 针对持续训练的患者给予奖励, 利于提升其参与训练的主观能动性。通过正强化患者参与健康训练的意识, 使其能够正确认识疾病, 明确康复训练对自身机体正向的促进作用, 从而更加坚定患者参与训练的信心^[5]。研究中所应用的正强化理论重点在于激励, 通过正向反馈, 刺激机体产生多巴胺受体, 其能够使患者感受到身心愉悦^[6-7]; 而护理人员持续的训练跟踪, 也可起到监督作用, 可强化其积极行为的保持。从训练效果上, 对患者进行的相关康复训练训练, 能够放松患者腰部肌肉, 改善腰椎血运情况^[8]。通过持续性的训练, 也可改善其腰椎僵硬及组织粘连的状态, 利于患者腰椎功能的快速转归。腰椎功能改善, 患者进行日常活动时的难度即能够降低, 最终可改善患者的生活质量^[9-10]。

综上, 在腰椎骨折患者护理中应用正强化理论联合康复训练方式既可减轻患者疼痛水平与腰椎功能障碍程度^[11], 也可提升患者生活能力与生活质量, 可推广。

参考文献

- [1] 高敏, 笄俊, 雷飞, 等. 多维联合快速康复对腰椎间盘突出全椎板切除术后患者的康复效果[J]. 中国医药导报, 2023, 20(1): 170-173.
- [2] 何桂平, 肖捷. 腰椎骨折术后不同康复方案临床效果分析[J]. 浙江创伤外科, 2022, 27(5): 877-878.
- [3] 崔悦, 姚莉. PRECEDE 模式健康教育在腰椎间盘突出症术后康复患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(20): 186-189.
- [4] 唐宏伟, 徐瑾瑾, 蔡迎佳. 综合康复训练预防腰椎骨折术后深静脉血栓形成效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(20): 87-89.
- [5] 缪友云, 高娟, 彭小强, 等. 时机性康复训练联合渐进肌肉放松训练在腰椎间盘突出症患者术后康复中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(20): 114-116.
- [6] 陈晨, 陆敏, 阮丽英. 以核心稳定肌群训练为重点的阶梯性康复对腰椎骨折术后患者的价值研究[J]. 黑龙江医药科学, 2022, 45(5): 47-49.
- [7] 陈玲进, 张晓蓬, 王丹. 胸腰椎压缩性骨折患者术后正念水平的影响因素[J]. 中国当代医药, 2022, 29(23): 75-77, 83.
- [8] 刘翠泳, 黄土英, 梁颖雪, 等. 渐进式康复护理干预对老年胸腰椎压缩性骨折患者自我护理能力及康复效果的影响[J]. 名医, 2022, 5(14): 90-92.
- [9] 闫江涛, 闫长红, 赵松海, 等. PVP 结合康复锻炼治疗骨质疏松性腰椎压缩骨折临床效果研究[J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S2): 110.
- [10] 关铭坤, 戴伟莉. 腰椎伸肌强化和神经肌肉再训练对慢性非特异性腰痛患者功能障碍的影响[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41(2): 229-231.
- [11] 何颖. 重力肌群强化训练在胸腰椎骨折患者术后功能恢复的观察[J]. 锦州医科大学学报, 2019, 40(2): 63-65.