

DOI: 10.12209/CAIM202506050004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例腰椎间盘突出伴神经根病合并 下肢静脉肌间血栓形成患者的护理报告

张金玲

(北京市宣武中医医院 骨伤科, 北京, 100053)

摘要: 本研究聚焦 1 例 82 岁高龄, 中医辨证为肝肾亏虚型腰椎间盘突出伴神经根病合并右下肢静脉肌间血栓患者的中西医结合护理实践。通过整合西医对症治疗与中医特色外治技术, 结合高龄患者生理特点制定差异化护理方案, 并引入量化评估工具动态监测疗效, 以期同类复杂骨伤病例提供具有中医特色的护理范式。

关键词: 腰椎间盘突出; 神经根病; 下肢静脉血栓; 中西医结合护理; 中医外治

Nursing Report of a Patient with Lumbar Disc Herniation, Radiculopathy, and Lower Limb Muscular Vein Thrombosis

ZHANG Jinling

(Department of Orthopedics and Traumatology, Xuanwu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100053)

ABSTRACT: This study presents an integrated nursing approach for an 82-year-old patient diagnosed with lumbar disc herniation and radiculopathy (TCM pattern: liver-kidney deficiency) complicated by right lower limb muscular vein thrombosis. Combining Western symptomatic treatment with TCM external therapies, a differentiated nursing plan was tailored to the physiological characteristics of elderly patients. Quantitative assessment tools were employed for dynamic efficacy monitoring, aiming to establish a TCM-featured nursing paradigm for complex orthopedic cases.

KEY WORDS: lumbar disc herniation; radiculopathy; lower limb venous thrombosis; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; TCM external therapy

据国家卫健委数据显示, 我国 65 岁以上人口占比已达 18.7% (2023 年), 老龄化进程加速使骨伤科收治的高龄复杂病例显著增加。腰椎间盘突出症常伴随神经根压迫症状及多重基础疾病, 下肢静脉血栓作为术后或长期卧床的严重并发症, 在高龄患者中发生率可高达 20%~30%^[1]。本例患者集腰椎退行性病变、静脉血栓、高血压及骨质疏松等多重问题于一体, 中医辨证属肝肾亏虚型腰痛, 需在西医规范化治疗基础上发挥中医“整体调理、辨证施护”优势, 实现“急则治其标, 缓则治其本”的护理目标^[2]。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 82 岁, 于 2025 年 05 月 20 日因“腰部疼痛伴右下肢麻木 2 月余, 加重半天”入院。患者神志清楚, 精神弱, 轮椅推入病房, 主诉腰部刺痛

伴右下肢放射性麻木, 夜间痛甚, 影响睡眠。既往史丰富, 包括高血压病 20 年、高脂血症 10 年、2006 年双膝关节置换术、陈旧性多发腰椎压缩骨折等, 过敏史为青霉素过敏。

1.2 查体

中医四诊: 望诊: 可见面色萎黄, 腰部前屈受限 (前屈 60°), 舌淡红, 边有齿痕, 苔薄白, 舌下络脉轻度迂曲; 闻诊: 呼吸平稳, 语音清晰; 问诊: 腰痛遇寒加重, 得温稍减, 右下肢麻木以外侧为主, 伴乏力, 纳眠欠佳; 切诊: 脉弦细, 双下肢皮温正常, 足背动脉搏动对称, 右侧小腿中段周径较左侧粗 1.5 cm。西医专科检查: 腰椎 MRI 示 L4-5 椎间盘突出 (中央型), 硬膜囊受压, 右侧神经根水肿, 腰椎退行性变, L1、L3 椎体陈旧性压缩骨折; 下肢静脉超声提示右侧小腿肌间静脉血栓形成 (长度 3.2 cm, 直径 0.5 cm), 双侧下肢静脉瓣膜功能不全; 实验室检查显示 D-二聚体 16.62 mg/

收稿日期: 2025-06-05

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

L,纤维蛋白原 4.8 g/L;骨密度 T 值-3.2SD,提示重度骨质疏松。

1.3 诊断

中医诊断:腰痛(肝肾亏虚证)。患者高龄肝肾精气渐衰,腰府失养,复因气血运行不畅、脉络瘀滞所致。西医诊断:腰椎间盘突出伴神经根病、右下肢肌间静脉血栓、高血压病 3 级(极高危)、重度骨质疏松、双侧膝关节置换术后、陈旧性多发腰椎压缩骨折、高脂血症。

1.4 治疗

西医治疗以对症支持和并发症防控为核心,包括疼痛管理、血栓防控及多系统支持治疗等;中医治疗以“补益肝肾、活血通络”为原则,采用中药热奄包、水罐疗法及经络调理技术等。经过 14 d 治疗,患者疼痛程度、日常生活能力及实验室指标等均显著改善,于 2025 年 06 月 03 日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者入院时轮椅推入,神志清楚,精神弱,腰部活动受限,直腿抬高试验示右侧 60°,阳性,右侧小腿中段周径较左侧粗 1.5 cm,双下肢肌力 IV 级,既往病史复杂,心理评估显示焦虑情绪明显,睡眠质量差。

2.1.2 量表评估

本例患者量表评估内容及结果,详见表 1。

2.2 护理诊断

急性疼痛与腰椎间盘突出压迫神经根、下肢静脉血栓致局部血液循环障碍有关;潜在并发症,下肢静脉血栓扩展或肺栓塞与高龄、血液高凝状态、卧床制动有关;躯体活动障碍与腰部疼痛、关节功能受限、肌力下降有关;便秘与高龄肠道蠕动减慢、长期卧床等有关;睡眠型态紊乱与疼痛刺激、焦虑情绪及环境改变有关;焦虑与担心疾病预后等有关;有皮肤完整性受损的危险与高龄、活动受限等有关;缺乏相关康复知识。

2.3 护理计划

短期目标(住院 14 d 内):疼痛控制,血栓防控,功能提升,并发症预防;长期目标(出院后 3 个月):居家管理,生活自理,心理状态改善。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛管理

2.4.1.1 药物镇痛

予患者基础疾病管理,疼痛控制,洛芬待因缓释片 2 片,2 次/d;神经修复,维生素 B₁₂ 注射液 0.25 mg,1 次/d;血栓防控,HAS-BLED 评分为 3 分(中风险),暂不予抗凝^[3]。

2.4.1.2 中医外治

中药热奄包:将当归、红花、附子等 19 味中药装入棉布袋,微波 3~5 min 后温度降至 45~50℃,外敷腰骶部及右下肢环跳穴—承山穴经络循行处,1 次/d,30 min/次。通过热力促进药物透皮吸收,达到温肾散寒、活血化瘀之效^[4]。水罐疗法,即将苏木、桂枝等 12 味中药煎沸后浸泡竹罐,5 次/周,吸附于腰阳关、大肠俞等穴位,留罐 5 min,缓解肌肉痉挛,疏通足太阳膀胱经。

中医病因病机分析患者年高肝肾不足,精血亏虚,腰府失养,复因久坐久卧致气血运行不畅,不通则痛。《景岳全书》云:“腰痛之虚证,十居八九”,治疗当以补肾活血为要^[5]。予患者中药热奄包联合中频电疗,在热奄包外敷基础上同步使用中频电疗仪,电极片放置于腰阳关及阿是穴,30 min/次,2 次/d。研究表明,中频电刺激可促进局部血液循环,使药物透皮吸收率提高 30%~50%。耳穴压豆治疗选穴神门、皮质下、腰椎及肾,用王不留行籽贴压,每日按压 3~5 次,每次每穴 1 min,以酸胀感为度,辅助缓解疼痛焦虑^[6]。

2.4.2 下肢静脉血栓防控

2.4.2.1 机械预防措施

急性期卧床时抬高患肢 30°,使用梯形枕维持体位,每 2 h 协助翻身,避免屈膝屈髋>90°,防止腘静脉受压^[7]。佩戴梯度压力弹力袜(18~

表 1 护理评估内容及结果

评估项目	量表名称	评估标准	评估结果
疼痛	视觉模拟评分法(VAS)	0~10 分	6 分
日常生活能力	Barthel 指数(BI)	0~100 分	40 分
静脉血栓风险	Wells 评分	评分≥2 分,高风险	2 分
压疮风险	Braden 评分	评分≤12 分,高风险	12 分
跌倒风险	Morse 跌倒评分	评分≥45 分,高风险	55 分

21 mm Hg),每日清晨起床前穿戴,夜间脱下,观察患肢皮肤颜色、温度及足背动脉搏动,若出现苍白、发绀或疼痛加剧,立即报告医生。

2.4.2.2 运动干预计划

急性期(1~3 d):护士协助被动踝泵运动,1次/h,每次10个循环(背伸—跖屈—环绕),配合髌骨被动活动(上下左右推动),防止肌肉萎缩。恢复期(4~14 d):指导主动踝泵运动,逐步增加直腿抬高训练(抬离床面10~15°,维持5 s,10次/组,3组/d),从被动运动过渡到主动运动,避免过度用力。

2.4.2.3 病情监测

每日同一时间测量双下肢周径,记录髌骨上10 cm及下15 cm处数据,若差值>2 cm或D-二聚体>10 mg/L,立即启动预警机制,暂停患肢按摩及剧烈活动。

2.4.3 躯体活动障碍干预

2.4.3.1 早期康复训练

卧床期间指导患者进行双上肢握力球训练,3组/d,15次/组,增强上肢肌力,为下床活动做准备;被动活动双膝关节,2次/d,10遍/次,维持关节活动度,防止僵硬。

2.4.3.2 助行器使用指导

出院前2 d开始床边站立训练,遵循“三部曲”,即坐起30 s→站立30 s→行走30 s,3次/d,5~10 min/次,逐步增加活动量。严格禁止按摩、热敷患肢,避免用力排便(腹压增高可致血栓脱落),指导患者使用缓泻剂保持大便通畅^[8]。

2.4.3.4 平衡功能锻炼

在护士协助下进行坐位平衡训练(左右转头、伸手取物),1次/d,10 min/次,提升躯干控制能力。

2.4.4 便秘管理

2.4.4.1 饮食调整

制定高纤维饮食计划,早餐提供燕麦粥+水煮蛋,午餐/晚餐搭配菠菜、胡萝卜及黑木耳等,每日膳食纤维摄入量≥25 g;晨起空腹饮用200 mL温水,餐后30 min顺时针按摩腹部,3次/d,10 min/次,促进肠蠕动。

2.4.4.2 药物与排便习惯培养

遵医嘱口服枸橼酸莫沙必利5 mg,1次/d,以促进胃肠动力;指导患者每日固定时间(如晨起)尝试排便,即使无便意也进行蹲厕训练,建立条件反射,逐步减少对乳果糖的依赖。

2.4.5 心理与睡眠护理

2.4.5.1 焦虑干预策略

实施认知行为疗法,向患者展示同类高龄患者康复案例视频,1次/d,15 min/次,增强治疗信心;责任护士每日进行“治疗性沟通”,倾听患者担忧,解释疾病预后及护理进展,缓解“灾难性思维”。

2.4.5.2 睡眠改善措施

营造安静病房环境,夜间关闭强光,使用地灯照明;睡前协助温水泡脚(40℃,15 min/次),播放白噪音(如流水声、雨声);若连续2 d睡眠<4 h,遵医嘱短期使用唑吡坦5 mg口服,监测睡眠时长及质量,目标达到6~7 h/晚。

2.4.6 并发症预防

2.4.6.1 压疮预防细则

使用交替充气式气垫床,每2 h翻身并记录在《翻身护理单》,翻身时使用翻身垫辅助,避免拖、拉、推等动作,防止摩擦力损伤皮肤。中医技术,即每日用红花酒精(红花10 g+75%酒精100 mL浸泡)按摩骨隆突处,促进局部血液循环,预防压疮发生^[9]。每日评估皮肤状况,在骶尾部、足跟部粘贴泡沫敷料,若皮肤出现泛红,及时进行减压处理(如使用减压坐垫),并增加翻身频率至1次/h。

2.4.6.2 跌倒预防综合措施

病房地面铺设防滑垫,走廊及卫生间安装扶手,呼叫器放置患者床头手可及处;在床头悬挂“防跌倒”警示标识,告知患者及家属跌倒风险。监测降压药(奥美沙坦、氨氯地平)及镇痛药(洛芬待因)的不良反应,服药后30 min内嘱患者卧床休息,防止体位性低血压导致跌倒;进行“跌倒应急演练”,教会患者若不慎跌倒,立即呼叫并保护头部,等待医护人员救援。

2.4.7 健康教育

2.4.7.1 用药指导手册

制作图文并茂的《用药卡片》,标注每种药物的名称、剂量、服用时间及注意事项,如“奥美沙坦需晨起空腹服用”“洛芬待因需餐后服用以减少胃刺激”,发放给患者及家属,并现场示范服药方法。

2.4.7.2 居家康复指南

腰椎保护:避免久坐(每次≤30 min)、弯腰提重物(如超过5 kg),床上锻炼时,每日晨起进行直腿抬高训练(抬离床面10~15°,维持5 s,10次/组,3组/d),增强股四头肌肌力,改善神经根受压

症状^[10]。每周进行3次中药热奄包家庭操作,注意温度控制,防止烫伤。功能锻炼:练习易筋经“韦驮献杵”和“摘星换斗”式,每日早晚各1次,5~8 min/次,动作缓慢柔和,注重呼吸与动作配合,以增强核心肌群力量,改善腰部柔韧性和稳定性^[11]。

2.4.7.3 血栓监测

教会家属每日同一时间测量双下肢周径,若差值大于1.5 cm或出现下肢肿胀、疼痛加剧、胸闷气短,立即拨打急救电话就医。

2.5 护理评价

2.5.1 疼痛管理效果

干预后,患者疼痛评分逐步降低,出院前无需

额外镇痛药物,详见表2。

2.5.2 静脉血栓防控效果

经治疗,患者实验室指标改善,临床症状缓解,未出现肺栓塞相关症状,详见表3。

2.5.3 功能恢复效果

患者日常生活能力得到提升,肌力与关节活动度改善,详见表4。

2.5.4 并发症预防效果

患者压疮与跌倒风险降低,未发生相关事件,详见表5。

2.5.5 满意度与心理状态

患者对治疗满意度高,焦虑情绪缓解,睡眠质量改善,详见表6。

表2 疼痛改善情况

评估时间	VAS	镇痛药物使用频率	睡眠影响
入院时	6分	2片/次,2次/d	夜间无法入睡
干预7 d后	4分	1片/次,1次/d	可间断入睡3~4 h
出院前(干预14 d)	2分	无需额外用药	夜间连续睡眠5~6 h

表3 实验室指标改善情况

监测指标	入院时	干预7 d	出院前(干预14 d)	正常参考值
D-二聚体/(mg/L)	16.62	7.65	4.21	<0.55
纤维蛋白原/(g/L)	4.8	4.5	4.0	2~4
下肢周径差/cm	1.5	1.0	0.5	0(双侧对称)
Wells/分	2	1	0	<2(低风险)

表4 功能恢复情况

评估项目	入院时	干预7 d	出院前(干预14 d)	理想目标
Barthel/分	40	55	65	≥70(轻度依赖)
直腿抬高角/°	被动60	被动70,主动20	主动30	主动≥45
下肢肌力/级	IV	IV	IV+	V(正常)
独立行走距离/m	0(完全依赖)	50(助行器辅助)	100(助行器辅助)	≥200(独立)

表5 并发症预防情况

风险项目	入院评估	干预措施	出院时结果
Braden/分	12(中风险)	每2 h翻身+气垫床+泡沫敷料	14(低风险)
Morse/分	55分(高风险)	环境改造+药物监护+应急演练	35(低风险)
便秘	1次/3~4 d,干硬	高纤维饮食+莫沙必利+排便训练	1次/1~2 d,成形

表6 满意度与心理状态情况

评价维度	入院时	出院前	评价标准
SAS/分	58(轻度焦虑)	45(正常)	<50(正常)
PSQI/分	8(差)	5(一般)	<5(良好)
护理满意度/分	/	92	≥90(满意)

3 随访与延续护理

3.1 居家康复方案

中药外治延续:指导家属学习热奄包制作及穴位贴敷方法,提供预制方药包;床上锻炼:每日

进行直腿抬高训练;器械辅助:使用腰椎牵引床;传统功法:练习易筋经;血栓监测要点:教会家属测量双下肢周径,出现异常及时就医。

3.2 随访管理

出院后第1个月每周进行电话随访,第2~3

个月每2周进行随访。实验室复查:嘱患者每月复查凝血功能、D-二聚体,每3个月复查下肢静脉超声及骨密度。

4 讨论

随着人口老龄化的加剧,高龄患者的健康问题日益受到关注。据国家卫健委数据显示,截至2023年我国65岁以上人口占比已达18.7%。在此背景下,骨伤科收治的高龄复杂病例显著增加,如腰椎间盘突出症合并下肢静脉肌间血栓的患者。这类患者常伴有多种基础疾病,治疗和护理难度较大。

在理论方面,中医认为高龄患者多存在肝肾亏虚的基础,本例患者中医辨证为肝肾亏虚型腰痛,符合“肾主骨,腰为肾之府”的理论。西医则从解剖和病理生理角度,关注腰椎间盘突出对神经根的压迫以及静脉血栓的形成机制。在标准和指南方面,本病例的治疗和护理参考《腰椎间盘突出症中医诊疗指南(2023年版)》及《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南(第3版)》,确保诊疗的规范性。

当前,中医外治法在疼痛管理中的应用取得了一定进展,如热奄包、水罐疗法等,通过透皮吸收和热力效应,可有效缓解疼痛。在静脉血栓防控方面,对于高龄高出血风险患者,机械预防联合中药活血通络的方法,展现出比单纯西医抗凝治疗更大的优势。然而,目前针对腰椎间盘突出合并下肢静脉血栓的中西医结合护理研究仍以单一疾病为主,缺乏针对此类复杂病例的大样本研究,护理路径的标准化和规范化仍需进一步探索。

本病例的优势在于构建“西医对症控急、中医辨证调本”的中西医结合护理模式。在疼痛管理上,中药热奄包联合中频电疗,较单一西药镇痛更持久,使VAS疼痛评分从6分降至2分;在血栓防控方面,采用地奥司明联合梯度压力弹力袜及分层运动干预,避免药物抗凝的潜在风险,有效缩小下肢周径差;在整体护理上,从住院期的辨证施护到居家康复的功法指导,形成“评估—干预—随访”的闭环管理,提升了患者的自我管理能力和依从性。但该病例也存在一定的局限性,作为单病例报告,其结果可能不适用于一般患者,不同中医证型患者的护理差异有待进一步研究。此外,中药外治的作用机制缺乏深入的现代药理学研究,如热奄包中药物的透皮吸收量与临床疗效的相关性尚未明确,

长期疗效也需要更长时间的随访数据支持。

本病例报告的价值在于为临床护理提供了重要的参考,构建的多维度护理路径,为同类复杂病例提供可操作的模板,尤其是在高龄患者抗凝禁忌时的血栓防控策略具有重要的实践指导意义。同时,证实中医外治法与现代康复技术的兼容性,拓宽中医护理的应用场景,有助于推动中西医结合护理的规范化推广。本病例通过中西医结合护理,在改善患者疼痛、功能障碍及血栓风险等方面取得显著效果,为高龄复杂骨伤患者的护理提供了新思路。未来需进一步开展多中心研究,优化护理方案,深入探讨作用机制,推动中西医结合护理在临床中的广泛应用。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 吴耀持,胡安华,朱鼎成,等.朱氏一指禅推法联合肩三针治疗风寒湿型肩周炎冻结期的随机对照研究[J].中国中医骨伤科杂志,2025,33(1):17-21.
WU Y C, HU A H, ZHU D C, et al. Zhu's one-finger pushing manipulation combined with shoulder three needles therapy for frozen shoulder periarthritis of wind cold dampness type: a randomized controlled study[J]. Chin J Tradit Med Traumatol Orthop, 2025, 33(1): 17-21. (in Chinese)
- [2] 李泽璐,杜守超,张世民.桡骨远端骨折Lister结节尺侧游离皮质骨片的特点及临床意义[J].中华手外科杂志,2025,41(2):104-109.
LI Z L, DU S C, ZHANG S M. Characteristics and clinical significance of free cortical fragment on the ulnar side of Lister's tubercle in distal radius fractures[J]. Chin J Hand Surg, 2025, 41(2): 104-109. (in Chinese)
- [3] 徐诗嘉,段嘉豪,王敬业,等.杨少锋教授基于六经辨证运用柴胡类经方治疗骨伤科疾病经验[J].中国中医骨伤科杂志,2024,32(8):85-88.
XU S J, DUAN J H, WANG J Y, et al. Professor Yang Shaofeng's experience in the treatment of orthopedic diseases from Chaihu's classical prescriptions on six meridian syndrome differentiation[J]. Chin J Tradit Med Traumatol Orthop, 2024, 32(8): 85-88. (in Chinese)
- [4] 魏林翔.葛根汤在治疗骨伤科疾病中的应用及研

- 究进展[J]. 临床医学进展, 2023, 13(6): 10482–10486.
- WEI L X. Application and research progress of pueraria mirifica soup in the treatment of orthopedic and traumatic diseases [J]. Adv Clin Med, 2023, 13(6): 10482–10486. (in Chinese)
- [5] 张世明. 全国名老中医药专家张世明中医骨伤运动创伤疑难医案精华郑怀贤骨科与运动创伤传承创新[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2020.
- [6] 黄桂成, 王拥军. 中医骨伤科学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [7] 朱天宇, 甘文平, 于莉华, 等. 《伤寒论》六经辨证源流与传承[J]. 中医学报, 2022, 37(1): 15–18.
- ZHU T Y, GAN W P, YU L H, et al. Origin and inheritance of syndrome differentiation of six meridians in Shanghan Lun[J]. Acta Chin Med, 2022, 37(1): 15–18. (in Chinese)
- [8] 周煌杰, 杨雷, 于澜, 等. 基于六经辨证理论探析柴胡桂枝汤论治腰椎间盘突出症[J]. 广西中医药, 2023, 46(2): 60–62.
- ZHOU H J, YANG L, YU L, et al. Treatment of lumbar intervertebral disc herniation with Chaihu Guizhi decoction based on the six-meridian pattern syndrome differentiation [J]. Guangxi J Tradit Chin Med, 2023, 46(2): 60–62. (in Chinese)
- [9] 邱丽红, 郑文通, 林柏洪. 骨伤科疾病用经方治验2则[J]. 光明中医, 2012, 27(10): 2077–2078.
- [10] 蔡奇文, 邱德华. 当归四逆汤骨伤科疾病治验举隅[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(2): 212–213.
- CAI Q W, QIU D H. Examples of treatment of orthopedic diseases with Danggui Sini decoction[J]. J Changchun Univ Tradit Chin Med, 2011, 27(2): 212–213. (in Chinese)
- [11] 段嘉豪, 杨少锋, 李兆勇, 等. 六经辨证下《伤寒论》经方在骨伤科疾病中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(10): 5028–5032.
- DUAN J H, YANG S F, LI Z Y, et al. Application of the classic formula of Shanghan Lun in the internal treatment of bone diseases under the six meridians identification [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2023, 38(10): 5028–5032. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。