

DOI: 10.12209/CAIM202506260028

· 中西医结合临床案例 ·

1 例颈椎后入路融合术联合中药塌渍 治疗颈椎病的护理体会

张 静, 李佳伟

(北京市健宫医院 骨伤科, 北京, 100054)

摘要: 本报告通过分析 1 例采用颈椎后入路融合术联合中药塌渍治疗颈椎病患者的护理过程, 阐述围手术期护理、中药塌渍专项护理及康复指导的实施要点与效果。结果显示, 通过系统护理干预, 患者疼痛症状明显缓解, 双上肢肿胀情况显著改善, 术后整体恢复良好, 并发症得到有效预防。

关键词: 颈椎病; 后入路融合术; 中药塌渍; 护理体会

Nursing Experience of Posterior Cervical Fusion Combined with Herbal Compression Therapy for Cervical Spondylosis: A Case Report

ZHANG Jing, LI Jiawei

(Department of Orthopedics and Traumatology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This report analyzes the nursing process of a patient with cervical spondylosis treated with posterior cervical fusion surgery combined with herbal compression therapy. It elaborates on the key implementation points and outcomes of perioperative nursing, specialized herbal compression care, and rehabilitation guidance. The results demonstrate that systematic nursing interventions significantly alleviated the patient's pain, markedly improved bilateral upper limb swelling, facilitated satisfactory postoperative recovery, and effectively prevented complications.

KEY WORDS: cervical spondylosis; posterior approach fusion; herbal compression therapy; nursing experience

脊髓型颈椎病(Cervical Spondylotic Myelopathy, CSM)是颈椎病中最为严重的一种类型, 由于颈椎和颈椎间盘退变, 导致相邻骨与软骨组织增生、钙化, 黄韧带增厚或向前皱折, 进而压迫脊髓或血管, 引起一系列临床症状的脊髓压迫症^[1]。目前临床治疗颈椎病主要根据患者病情选择针对性治疗方式, 对于存在神经根、脊髓压迫的患者, 鼓励其尽早实施手术^[2]。常用术式包括颈椎后入路单开门椎管扩大椎板成形术(posterior single open-door laminoplasty, LAMP)、前路颈椎椎间盘切除植骨融合术及前路颈椎椎体次全切除植骨融合术, 其中临床上对≥3个连续或不连续的多节段脊髓型颈椎病(multisegmental cervical spondylotic myelopathy, MCSM)更倾向于采用 LAMP。

近年来, 临床通过发掘古代著作中的经典外治名方, 结合患者个体差异, 采用“八纲辨证”“经络辨证”“同病异治”及“异病同治”等方法, 提炼优化相关药物, 辨证制成针对多种疾病的外用塌渍方药^[3]。中药塌渍主要利用中药药理作用及温热效应, 通过局部贴敷使药物渗透皮肤、直达病所, 具有消炎止痛、活血化瘀、舒筋活络之效。本案例通过总结联合治疗的护理经验, 探讨优化护理方案的策略。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性, 72 岁, 退休职工, 否认食物及药物过敏史, 否认家族性遗传病史及传染性疾病接触

收稿日期: 2025-06-26

通信作者: 李佳伟, E-mail: 981967084@qq.com

OPEN ACCESS

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

史。患者10 d前在外旅游时不慎自行摔伤,致颈肩部、双前臂及双下肢着地,出现颈肩部及四肢疼痛伴活动受限,在家行保守外用药物治疗,效果欠佳,疼痛持续加重。结合症状、体征及辅助检查,诊断为“颈椎病、颈部脊髓损伤”,建议住院治疗。患者为求进一步系统诊治,于2025年05月09日收入院。现症见:颈肩部及双前臂、双下肢疼痛不适,双上肢肿胀明显。既往史:高血压病2级、2型糖尿病、高脂血症、冠心病;手术史:肩关节手术、拇外翻手术、双侧全膝关节置换术。

1.2 查体

入院后完善体格检查,体温(T)36.5℃,脉搏(P)67次/min,呼吸(R)17次/min,血压(BP)119/92 mm Hg,疼痛评分4分。专科检查:颈椎生理曲度变直,双侧棘突及椎旁轻压痛,双侧压头试验(+),双上肢臂丛牵拉试验(-),双侧Hoffman征(-),叩击头部未诱发颈部及上肢放射痛,双巴氏征(-);双上肢肌力2级,局部触碰感明显,双侧肱二、三头肌反射正常;颈椎活动度:前屈15°,后伸-10°,左侧屈5°,右侧屈5°,左旋15°,右旋15°;颈肩局部明显压痛,余关节未见异常。舌脉象:舌暗紫,苔薄白,脉弦涩。辅助检查:CT颈椎平扫+三维示“颈6椎体骨质欠规整,颈5-7椎体后缘软组织肿胀伴局部可疑小气泡影(建议结合临床及磁共振评估);颈椎退行性变,颈3-5椎间盘突出”;颈椎MRI平扫示“颈椎退行性变;颈3-4、4-5、5-6、6-7椎间盘突出,颈5-6椎间盘水平脊髓变性”。实验室检查:血常规+CRP示白细胞 $9.59 \times 10^9/L$,中性细胞比率90.9%,中性细胞数 $8.71 \times 10^9/L$,C-反应蛋白(快速)15.32 mg/L;生化全项示尿素10.03 mmol/L,肌酐(酶法)90.2 $\mu\text{mol/L}$,葡萄糖17.96 mmol/L,尿酸474 $\mu\text{mol/L}$;红细胞沉降率25.00 mm/h。遵医嘱制定颈椎后入路融合术联合中药塌渍的治疗方案,并实施相应护理措施。

1.3 诊断

西医诊断:颈椎病(脊髓型);颈部脊髓损伤(不完全性)。诊断依据:患者有明确外伤史,颈肩部疼痛、双上肢麻木、肌力下降、颈椎活动受限,影像学检查提示颈椎间盘突出、脊髓受压变性,符合上述诊断。中医诊断:项痹病(气滞血瘀证)。辨证依据:外伤致气血运行不畅,瘀血阻滞经络,不通则痛,症见颈肩部疼痛(痛有定处、拒按)、双上肢麻木,舌暗紫,苔薄白,脉弦涩,符合气滞血瘀证

诊断,治以活血化瘀、行气止痛。

1.4 治疗

患者于2025年05月12日13:40在气管插管全麻下行颈椎后入路融合术。术前完善各项检查、备皮及健康宣教,术后实施疼痛护理、生活护理及饮食护理等措施。手术顺利,术后遵医嘱予一级护理,头孢曲松钠抗感染、七叶皂苷钠联合甘露醇消肿、氟比洛芬酯注射液止痛、奥美拉唑预防应激性溃疡治疗,同时联合中药塌渍治疗10 d。术后请康复医学科会诊,指导患者进行患肢功能锻炼。患者恢复良好,于2025年05月21日疼痛评分降至1分,可下地行走,双上肢肿胀缓解、肌力恢复正常,遵医嘱出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛程度评估

患者颈肩部疼痛持续存在,向双上肢放射,疼痛呈酸胀痛,活动时加重,休息后稍缓解,夜间疼痛加重,影响睡眠。采用数字评分法(NRS)^[4]评估患者疼痛程度,根据疼痛情况给予相应处理。NRS将疼痛的程度用0~10表示:0表示无痛;1~3:轻微疼痛;4~6:中度疼痛;7~10:重度疼痛^[5]。本病例患者疼痛评分为4分,属中度疼痛。

2.1.2 肢体功能障碍评估

颈椎活动受限,前屈、后伸、侧屈、旋转各方向活动均受限,影响患者正常生活和康复锻炼。采用Lovett肌力分级法评定肌力等级,具体分级标准如下。0级:肌肉已经完全瘫痪,任何刺激也不会导致肌肉收缩,无法开展任何活动;1级:肌肉所有收缩活动但却不能够活动;2级:能够在水平面上活动,但无法抵抗自身的重力;3级:能够满足身体抬离床面的需求且可抵抗自身的重力;4级:完全胜任抵抗自身重力的需求,但在抵抗阻力时较正常肌力水平稍差;5级:完全正常的肌力^[6]。患者双上肢肌力2级,双下肢肌力4级,双手握力减弱,持物不稳,双下肢行走无力,有踩棉感。

2.1.3 焦虑情绪评估

患者因病情复杂,担心治疗效果不佳,影响生活质量,对手术存在恐惧心理,表现为焦虑、烦躁不安,情绪低落,根据HAMA评估结果,评分 ≤ 7 分为无焦虑,7~14分为可能焦虑,14~21分为焦虑,21~29分为明显焦虑,评分 > 29 分为严重焦

虑^[7]。患者焦虑评分为 29 分,患者对疾病知识缺乏了解,担心病情加重,给家庭带来负担,需加强心理护理,安抚患者情绪。

2.2 护理诊断

急性疼痛:与手术创伤所致组织损伤、伤口刺激及肌肉痉挛有关;躯体活动障碍:与术后颈部制动、肢体活动受限及手术创伤有关;焦虑:与手术效果、术后恢复及疾病预后存在担忧有关。

2.3 护理计划

根据护理评估和护理诊断的结果,制定如下护理计划:将患者疼痛减轻至 0~1 分,双上肢肌力可达Ⅳ级,患者焦虑缓解,能积极面对配合治疗。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛护理

2.4.1.1 病情观察

采用数字评分法(NRS)按时评估患者疼痛程度、性质、部位及伴随症状,详细记录并及时报告医生。

2.4.1.2 体位管理

协助患者取舒适体位,颈部佩戴合适颈托固定,肩背部及头颈部垫软枕以减轻肌肉牵拉,缓解疼痛。

2.4.1.3 疼痛干预

采用分散注意力法(如听音乐、聊天)缓解轻度疼痛;疼痛明显者遵医嘱使用镇痛药物,密切观察用药效果及不良反应。同时联合物理疗法,术后早期冷敷减轻肿胀,后期热敷促进血液循环^[8]。

2.4.2 躯体活动障碍

2.4.2.1 早期活动指导

术后病情平稳后,在颈托保护下协助患者轴线翻身(1次/2 h);指导患者进行四肢主动或被动活动(如握拳、足背屈伸运动),预防肌肉萎缩及关节僵硬。

2.4.2.2 离床活动

根据医嘱及患者恢复情况,指导其佩戴颈托逐步坐起、床边站立及行走,活动时需有人陪伴,防止跌倒。

2.4.3 心理护理

2.4.3.1 沟通与支持

主动与患者及家属沟通,倾听其担忧与顾虑,耐心解释手术效果及康复过程,介绍成功案例以增强治疗信心。

2.4.3.2 心理疏导

鼓励患者表达情绪,对存在焦虑、恐惧者采用放松训练(如深呼吸、冥想)缓解不良情绪。

2.4.4 饮食护理

术后 6 h 禁食,6 h 后可少量饮用温开水;根据医嘱及洼田饮水试验结果选择合适饮食类型,预防呛咳误吸^[9]。逐步过渡饮食,先给予清淡易消化流质饮食(如米汤、藕粉),术后第 1 天改为半流质饮食(如粥、面条),随后过渡至普食。鼓励患者多摄入高蛋白、高维生素及富含钙质的食物(如瘦肉、鱼类、蛋类、新鲜蔬菜水果),促进伤口愈合及骨质恢复。

2.4.5 中药塌渍

采用我院自制中药塌渍方(酒大黄、芒硝、红花、三七粉、白及、生蒲黄等),将药物研成粉末状,置于 30 cm×30 cm 无纺纱布中,微波炉加热至 40℃后敷于患者双上肢,20 min/次,2 次/d,持续治疗 10 d。

2.4.6 康复护理

早期康复训练:术后第 1 天指导患者进行四肢主动或被动活动(如握拳、伸指、抬腿、屈膝),每个动作重复 10~15 次,3~4 组/d,以促进血液循环,预防肌肉萎缩及深静脉血栓形成。颈部功能训练:术后 1 周在颈托保护下,指导患者进行颈部前屈、后伸、侧屈及旋转训练,动作轻柔缓慢,幅度逐渐增大,10~15 min/次,3~4 次/d;随着病情恢复逐渐减少颈托佩戴时间,颈部活动时避免剧烈运动。日常生活指导:告知患者术后 3 个月内避免长时间低头、伏案工作,睡眠时选择 8~10 cm 高度枕头以保持颈椎生理曲度;避免颈部负重(如提重物),防止影响颈椎融合效果。

2.5 护理评价

经护理干预后,对患者分别进行疼痛、肌力及焦虑的评估,结果见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	评分工具	入院时	术后 1 d	术后 3~6 d	术后 6~8 d
疼痛程度	NRS	4 分	2 分	1 分	1 分
双上肢肌力	Lovett 分级法	2 级	3 级	3 级	4 级
焦虑	HAMA	29 分	29 分	21 分	9 分

3 结果与随访

患者于2025年05月22日遵医嘱出院,患者住院期间治疗结果如下:患者术后恢复良好,伤口一期愈合,未发生感染、神经损伤等并发症,疼痛症状明显缓解,双上肢肿胀明显缓解;术后1周患者NRS评分由术前的4分降至1分,中药塌渍治疗期间患者未出现皮肤过敏及烫伤现象;术后2周患者四肢感觉、运动功能基本恢复正常,可在颈托保护下自行下床活动,出院时指导患者继续进行康复训练。2025年05月30日予患者电话随访,内容包括患者术后肌力情况及功能恢复情况,患者主诉肌力较治疗前显著改善,肌力可达V级,患者颈部活动基本正常,生活质量显著提高。

4 讨论

脊髓型颈椎病是临床常见病,其引起的一系列临床症状给人们的生活和工作造成不同程度的影响。因此,治疗本病的核心目标是减轻或消除症状、恢复功能及防止复发。通过颈椎后入路融合术联合中药塌渍治疗颈椎病,实现手术治疗与中医外治的优势互补。颈椎手术治疗在解除脊髓压迫方面已取得满意疗效,但颈椎手术具有高风险性,因此此类患者的术后护理极为重要。护理人员在围手术期给予患者正确、周到的护理,能有效减少并发症发生,提高手术成功率。我们通过围手术期术前心理疏导、呼吸道准备及体位训练等措施,为手术顺利进行和术后恢复奠定基础;术后严密的病情观察与个性化疼痛管理,有效保障了患者的安全。中药塌渍护理的关键在于严格把控温度、密切观察皮肤反应,确保治疗安全有效。中药塌渍在临床上已得到广泛应用^[10],其通过局部温热与药物渗透,促进血液循环、缓解局部水肿及肌肉痉挛,与手术治疗协同作用有助于加速术后恢复并降低复发率。

综上所述,颈椎后路手术联合中药塌渍治疗,并结合系统、分阶段的围手术期护理与康复干预,可有效改善患者颈痛程度,缓解颈椎功能障碍,提高护理满意度^[11]。

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] 孙光菊,董斌,余金素,等. 时效性激励护理对脊髓型颈椎病病人术后康复的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2022, 47(9): 1284-1289.
SUN G J, DONG B, YU J S, et al. Effect of timeliness incentive nursing on postoperative rehabilitation in patients with cervical spondylotic myelopathy[J]. J Bengbu Med Coll, 2022, 47(9): 1284-1289. (in Chinese)
- [2] 莫文,袁文. 脊髓型颈椎病中西医结合诊疗指南(2023)[J]. 中国骨伤, 2024, 37(1): 103-110.
MO W, YUAN W. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of cervical spondylotic myelopathy with the integrated traditional Chinese and Western medicine (2023) [J]. China J Orthop Traumatol, 2024, 37(1): 103-110. (in Chinese)
- [3] 谢海娟,姚菊峰. 中药塌渍疗法在临床应用中的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(12): 90-92.
XIE H J, YAO J F. Advancement in clinical application of the external medicinal liquid application of Chinese herbs[J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021, 12(12): 90-92. (in Chinese)
- [4] 乔兰雅,郭培培,苗亚秋. 基于NRS评分的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者的效果[J]. 黔南民族医学学报, 2025, 38(1): 77-79.
QIAO L Y, GUO P P, MIAO Y Q. Effect of NRS score-based graded pain management on patients after subarachnoid hemorrhage surgery [J]. J Qiannan Med Coll Natl, 2025, 38(1): 77-79. (in Chinese)
- [5] TAYLOR L J, HERR K. Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults[J]. Pain Manag Nurs, 2003, 4(2): 87-95.
- [6] 董丁慧,李会,李楠,等. 基于超能恢复理论的髋关节肌力训练对髋关节术后患者康复效果的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2021, 8(39): 1-5.
DONG D H, LI H, LI N, et al. Influence of hip muscle strength training based on super recovery theory on the rehabilitation effect of patients after hip surgery[J]. Electron J Clin Med Lit, 2021, 8(39): 1-5. (in Chinese)
- [7] 蒋莹,房进平,冯涛,等. 帕金森病患者不同焦虑程度在汉密尔顿焦虑量表的结构差异[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(3): 325-328.
JIANG Y, FANG J P, FENG T, et al. Structural differences in series scores of Hamilton anxiety scale

- in Parkinson's disease patients [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2021, 27(3): 325-328. (in Chinese)
- [8] 石艳艳. 规范化康复护理在脊髓型颈椎病前路手术术后功能恢复的影响分析[J]. *中外医疗*, 2022, 41(8): 138-142.
- SHI Y Y. Influence of standardized rehabilitation nursing on functional recovery after anterior surgery for cervical spondylotic myelopathy [J]. *China Foreign Med Treat*, 2022, 41(8): 138-142. (in Chinese)
- [9] 熊明燕, 孙宏, 徐琳, 等. 洼田饮水试验饮食指导在颈椎术后应用[J]. *中国矫形外科杂志*, 2020, 28(23): 2202-2204.
- XIONG M Y, SUN H, XU L, et al. Dietary guidance during the Watabe drinking test after cervical spine surgery [J]. *Orthop J China*, 2020, 28(23): 2202-2204. (in Chinese)
- [10] 董文婷. 中药塌渍对膝痹病的治疗效果分析[J]. *江西医药*, 2022, 57(7): 817-818, 830.
- DONG W T. Analysis of the therapeutic effect of Chinese herbal compress therapy on knee Bi disease [J]. *Jiangxi Med J*, 2022, 57(7): 817-818, 830. (in Chinese)
- [11] 吴柯敏. 平衡火罐与中药塌渍在神经根型颈椎病康复护理中的应用[J]. *内蒙古医学杂志*, 2021, 53(1): 122-123.
- WU K M. Application of balanced cupping and Chinese herbal poultice in rehabilitation nursing of radiculopathy cervical spondylosis [J]. *Inn Mong Med J*, 2021, 53(1): 122-123. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。