

DOI: 10.12209/CAIM202511280001

· 中西医结合临床案例 ·

穴位埋针联合耳穴贴压治疗腰椎骨折 术后不寐患者的个案护理

王 嫒, 楼晨雁, 高 歌, 徐双林, 胡淑霞

(宁夏回族自治区中医医院 针灸科, 宁夏 银川, 750011)

摘要: 本文通过对 1 例腰椎骨折术后不寐患者实施穴位埋针联合耳穴贴压的个性化护理干预, 探讨中医护理技术在改善术后睡眠障碍中的应用效果。该患者因腰椎骨折术后出现入睡困难, 中医辨证为心肝血虚证, 经 4 次穴位埋针联合耳穴贴压干预及五音疗法等综合护理措施后, 疼痛症状得到缓解, 睡眠质量显著提升。结果表明, 将穴位埋针联合耳穴贴压与循证护理理念相结合, 能有效改善腰椎骨折术后患者的睡眠状况, 促进患者康复, 可为临床同类病例的护理提供参考依据。

关键词: 腰椎骨折; 术后不寐; 穴位埋针; 耳穴贴压; 个案护理

Case Nursing of a Patient with Insomnia after Lumbar Fracture Surgery Treated by Acupoint Embedding Needles Combined with Auricular Point Pressing

WANG Man, LOU Chenyan, GAO Ge, XU Shuanglin, HU Shuxia

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Ningxia Hui Autonomous Region Hospital of
Traditional Chinese Medicine, Yinchuan, Ningxia, 750011)

ABSTRACT: This paper explores the application effect of traditional Chinese nursing techniques in improving postoperative sleep disorders by implementing personalized nursing intervention of acupoint embedding needles combined with auricular point pressing for a patient with insomnia after lumbar fracture surgery. The patient experienced difficulty falling asleep after lumbar fracture surgery and was diagnosed with heart and liver blood deficiency syndrome in traditional Chinese medicine. After four sessions of acupoint embedding needles combined with auricular point pressing intervention and comprehensive nursing measures such as the five-tone therapy, the patient's pain symptoms were relieved and sleep quality significantly improved. The results show that combining acupoint embedding needles with auricular point pressing and evidence-based nursing concepts can effectively improve the sleep status of patients after lumbar fracture surgery, promote patient recovery, and provide a reference basis for clinical nursing of similar cases.

KEY WORDS: lumbar fracture; postoperative insomnia; acupoint embedding needles; auricular point pressing; case nursing

不寐是指对睡眠时间和睡眠质量不满并影响日常社会功能的主观体验, 与年龄、躯体疾病及药物使用等多种因素相关, 是诱发机体功能受损及精神障碍的重要危险因素^[1]。我国人群失眠(中医称“不寐”)患病率约为 42%, 全球范围内为 10%~20%, 且发病率呈上升趋势^[2]。术后睡眠障碍(postoperative sleep disturbances, PSD)作为外科术后常见并发症, 表现为入睡困难、睡眠时长缩短

及睡眠质量下降等, 其发生与术后疼痛、感染等密切相关, 可诱发术后疲劳、代谢紊乱、高血压及心脑血管疾病, 更是术后谵妄的重要风险因素^[3]。中医认为, 不寐的核心病机为阳盛阴衰、阴阳失交, 病位在心, 与肝、脾、肾、胃等脏腑功能失调密切相关, 多由郁怒忧虑、饮食不节、劳逸失调等因素引发^[4]。穴位埋针源自《灵枢·官针》中“浮刺”等传统针法理论, 通过持续刺激穴位可调和气血、

收稿日期: 2025-11-28

OPEN ACCESS

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

调节神经内分泌功能;耳穴贴压基于“耳为宗脉之海”的中医理论,通过刺激耳部经络腧穴调畅全身气机,二者联合应用对不寐具有协同干预作用^[5]。本研究针对腰椎骨折术后不寐患者,采用穴位埋针联合耳穴贴压的中医护理干预方案,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,54岁,已婚,因“外伤致全身多处疼痛伴活动受限1周”于2025年07月01日入院。患者神清,诉胸部、腰背部疼痛伴活动受限,夜难入寐,小便留置导尿,大便正常;舌淡,苔白腻,舌尖红,脉沉缓。既往有左跟骨骨折手术史,无药物及食物过敏史。

1.2 查体

患者体温(T)36.5℃,脉搏(P)72次/min,呼吸(R)17次/min,血压(BP)124/68 mm Hg。脊柱活动度受限,L1~L5棘突及椎旁局部压痛明显,纵向叩击痛(+);左胸部压痛明显,胸带外固定中,胸腔闭式引流中;右髌部可见广泛皮肤瘀斑;双下肢远端感觉、血运正常,双侧生理反射存在,病理反射未引出。

1.3 诊断

中医诊断:骨折术后不寐(心肝血虚证);西医诊断:L2、L4椎体骨折;骶1、2椎体骨折;L1~L5腰骶椎横突骨折;多发肋骨骨折(术后恢复期);胸部损伤;肺挫伤;T8-9胸椎横突骨折;右髌关节脱位(复位后);右侧髌臼骨折;耻骨联合脱位;重度贫血

1.4 诊疗经过

患者入院后行骨盆内固定术+腰椎内固定术,术后常规给予抗感染、止痛、护胃、抗血栓等对症支持治疗。因患者术后持续存在夜难入寐症状,于2025年07月03日起实施中医特色干预,即双腕部选取神门、内关等安神类腧穴,经无菌消毒后行穴位埋针并固定,同时于耳部神门、交感、心等相关穴位贴压王不留行籽,按压至局部酸胀为度,期间根据患者睡眠改善情况及穴位刺激反应按需调整埋针及贴压部位。共干预4次,开始时间分别为2025年07月03日、07月08日、07月13日及07月16日;干预后患者入睡困难症状明显改善,夜间觉醒次数减少,睡眠时长及质量显著提升,中医特色干预结束时间为2025年07月20日。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 系统评估

患者生命体征平稳,循环、呼吸、消化等系统功能正常;神经系统检查示精神疲倦,双瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。社会交往一般,由配偶全程照顾,育有1女,家庭支持系统完善,享有省内异地医保待遇。

2.1.2 四诊评估

望诊:神清,面色红润,形体适中,姿态自然,舌淡,苔白腻,舌尖红;闻诊:语声清晰,无异常气味;切诊:脉沉缓;问诊:诉全身多处疼痛伴活动受限,入睡困难,无明显寒热异常,汗出正常,饮食可,二便调,无耳聋耳鸣,听力正常。

2.1.3 量表评估

患者入院当日完成多维度量表评估,各量表相关信息、评估标准及本例结果如下。

Braden压力性损伤风险评估量表:评估标准:包含感知觉、潮湿度、活动能力等6个维度,总分6~23分,分值越低风险越高;13~14分为中度风险(美国压疮顾问委员会NPUAP标准),需实施针对性防压疮护理措施。本例患者评分为14分,提示存在中度压力性损伤发生风险^[6]。

导管相关性感染风险评估量表:评估标准:总分≥5分为高风险,需加强导管护理与并发症监测;量表从个体因素、实验室指标、基础疾病、置管相关因素等维度赋分,总分越高风险越高。本例患者评分为11分,提示存在高导管相关性感染风险。

基础日常生活能力量表(BADL,巴氏指数):评估标准:总分0~100分,评分≤40分为重度依赖,生活完全不能自理,需全面协助日常活动;评分<60分提示存在不同程度功能下降(巴氏指数评定标准)。本例患者评分为40分,显示患者日常生活能力重度受损^[7]。

匹兹堡睡眠质量指数(PSQI):评估标准:包含睡眠质量、入睡时间等7个维度,总分0~21分,国内以评分>7分为睡眠质量异常,分数越高睡眠障碍越严重。本例患者评分为16分,提示存在严重睡眠障碍^[8]。

Caprini静脉血栓栓塞症风险评估量表:评估标准:根据手术类型、基础疾病、年龄等危险因素赋分,总分越高血栓发生风险越高,评分≥10分为

极高危(美国胸科医师学会 ACCP 标准),需强化抗血栓预防措施。本例患者评分为 12 分,提示血栓发生风险极高^[9]。

疼痛数字评分法(NRS):评估标准:采用 0~10 分数字分级,0 分为无痛,10 分为最剧烈疼痛,1~3 分为轻度疼痛,需密切监测疼痛变化。本例患者评分为 3 分,表明患者存在轻度疼痛^[10]。

中医证候积分量表:评估标准:采用症状分级赋分法,无症状计 0 分、轻度计 1 分、中度计 2 分、重度计 3 分,总分越高提示中医证候表现越显著,为辨证施护提供依据。本例患者积分为 62 分,表明患者当前中医证候表现突出。

2.2 护理诊断

睡眠型态紊乱:与术后伤口疼痛刺激、躯体不适及术后应激反应相关,依据 PSQI 评分 16 分提示严重睡眠障碍。急性疼痛:与术后伤口愈合及全身多处骨折损伤相关,依据 NRS 评分 3 分提示存在轻度疼痛。自理缺陷:与术后需卧床制动、肢体活动受限相关,依据 BADL 评分 40 分提示重度依赖。有导管相关性感染的危险:与置管相关因素、机体术后应激状态相关,依据导管相关性感染风险评估量表评分 11 分提示高风险。有压力性损伤的危险:与术后卧床制动、肢体活动受限、局部组织受压相关,依据 Braden 量表评分 14 分提示中度风险。有静脉血栓栓塞症的危险:与骨折创伤、术后卧床、血液高凝状态相关,依据 Caprini 量表评分 12 分提示极高风险。中医证候失衡:心肝血虚兼气血瘀滞证:与术后气血耗伤、脏腑功能失调相关,依据中医证候积分 62 分及四诊资料提示证候表现突出。

2.3 护理计划

睡眠管理目标:干预 1 周内 PSQI 评分降至 7 分以下,患者自述入睡时间 <30 min,夜间觉醒次数 ≤1 次。疼痛管理目标:维持 NRS 评分 ≤3 分,患者可耐受体位变换及康复训练,无疼痛引发的情绪波动。自理能力提升目标:干预 2 周内 BADL 评分提升至 ≥50 分,患者可独立完成进食、翻身等基础活动。导管安全目标:置管期间无导管相关性感染、血栓发生,导管通畅率 100%。压疮预防目标:住院期间无压力性损伤发生,皮肤完整性保持良好。血栓预防目标:住院期间无静脉血栓栓塞症发生,下肢周径双侧对称(差值 <2 cm),动态监测 D-二聚体水平维持正常范围。中医证候改善目标:干预 1 周内中医证候积分降低 ≥10 分,患

者躯体不适症状(如乏力、瘀痛)明显缓解。

2.4 护理措施

2.4.1 睡眠型态紊乱护理

予患者穴位埋针干预,穴位选择神门穴(腕掌侧横纹尺侧端,尺侧腕屈肌腱桡侧凹陷处),为心经原穴,可宁心安神。操作流程:①术前准备:用 75% 乙醇消毒穴位皮肤及埋针针具,待干;②进针方法:采用爪切进针法,左手拇指按压穴位皮肤固定,右手持针柄,将针体与皮肤呈 15° 角刺入皮下,避免刺入肌层;③固定与留针:用无菌胶布固定针柄,留针 3~5 d,期间指导患者每日按压针柄 3 次,1 min/次,以局部酸胀感为度,增强刺激^[11];④注意事项:埋针期间保持局部皮肤清洁干燥,避免沾水,若出现红肿、疼痛及时移除。

予患者耳穴压豆干预,穴位选择神门(镇静安神)、交感(调节自主神经)、心(养心安神)、脾(健脾益气)、皮质下(调节大脑皮层功能)及小肠(心与小肠相表里)。操作流程:①耳穴定位:用 75% 乙醇消毒耳廓皮肤;②贴压方法:将王不留行籽贴于胶布中央,贴压于选定耳穴,用手指按压至局部有胀、麻、痛感觉;③按压指导:告知患者每日按压 3~5 次,每次每穴 1~2 min,力度以耐受为限,每 2 d 更换 1 次耳贴^[12],双耳交替进行。

予患者五音疗法干预,根据中医五行理论,心属火对应徵调式乐曲(如《百鸟朝凤》),脾属土对应宫调式乐曲(如《秋湖月夜》),两者结合可宁心健脾。每晚睡前 30 min 播放,音量控制在 40~60 dB(以患者听清楚且不烦躁为宜),每次播放 20 min,连续干预 7 d。

予患者疼痛联动管控,睡前 30 min 评估 NRS 评分,若评分 >3 分,遵医嘱给予口服镇痛药物,避免疼痛影响入睡;同时协助患者取舒适体位,用软枕垫高骨折部位,减少伤口牵拉痛。

睡眠环境优化,病房温度控制在 22~24℃,湿度 50%~60%,拉遮光帘降低光线强度,关闭门窗减少噪音,夜间护理操作集中进行,避免频繁打扰;指导患者日间减少卧床补觉时间,病情允许时协助坐起活动 30 min,建立“日间活动—夜间睡眠”的节律。

2.4.2 急性疼痛护理

饮食镇痛辅助:根据患者胃肠功能恢复情况,术后 1~2 d 给予温凉流质饮食(如米汤、菜汤),避免过热食物刺激咽喉部引发吞咽痛;术后 3 d 过渡至半流质饮食(如粥、烂面条),保证营养摄入的同

时减轻咀嚼负担。

非药物镇痛干预:①放松训练:指导患者进行腹式呼吸放松,用鼻吸气 4 s,屏息 2 s,用口呼气 6 s,每次训练 10 min,3 次/d,降低疼痛敏感度;②体位护理:协助患者取平卧位,骨折部位用软枕抬高至高于心脏水平,促进静脉回流减轻肿胀痛;翻身时采用轴线翻身法,避免骨折端移位引发剧痛,翻身频率 1 次/2 h。

药物镇痛管理:遵医嘱使用患者自控静脉镇痛泵(PCIA),设置背景剂量 2 mL/h,自控剂量 0.5 mL/次,锁定时间 15 min^[13];每日评估镇痛效果,若 NRS 评分>3 分,及时通知医生调整镇痛方案;观察用药不良反应,如恶心、呕吐,及时给予对症处理。

2.4.3 自理缺陷护理

分级生活协助方案:①完全协助期(术后 1~3 d):护士协助患者完成进食、洗漱、排便、穿衣等全部日常活动,进食时将床头抬高 30°,防止呛咳;洗漱时用温水擦拭面部及手足;排便时使用床上便器,便后温水清洁肛周。②部分协助期(术后 4~7 d):指导患者借助健侧肢体完成简单动作,如用健手进食、调整体位,护士仅协助完成患侧相关操作。③自主训练期(术后 8 d 及以后):鼓励患者独立完成进食、翻身、坐起等活动,护士在旁监护,避免意外发生。

渐进式康复训练:①被动训练(术后 1~3 d):护士为患者进行患侧肢体被动屈伸训练,每个动作重复 10 次,2 次/d,预防肌肉萎缩和关节僵硬;②主动训练(术后 4 d 及以后):指导患者进行患侧肌肉等长收缩训练,如握拳、抬腿(在无痛范围内),每次收缩保持 5 s,放松 3 s,10 次/组,3 组/d;病情允许时协助患者坐起,逐步过渡到床边站立,训练时长从 5 min 逐渐增加至 20 min。

2.4.4 导管相关性感染风险防控护理

导管维护规范:①穿刺部位护理:每日用 0.5% 碘伏消毒穿刺点及周围皮肤(直径≥10 cm),更换无菌透明敷料,观察穿刺点有无红肿、渗液;②导管通畅管理:每日用生理盐水脉冲式冲管,避免血液回流堵塞导管;输注营养液或药物后及时冲管,不同药物之间用生理盐水间隔;③固定管理:用防压疮敷料固定导管,避免导管牵拉、扭曲,标识置管日期及维护时间。

并发症监测:①感染监测:每日监测体温变化,观察穿刺点分泌物性状,定期送检血常规及导

管尖端培养(必要时),若出现发热($T>38.5^{\circ}\text{C}$)、穿刺点红肿,及时通知医生;②血栓监测:观察导管留置侧肢体有无肿胀、疼痛,测量大腿周径(髌骨上缘 15 cm 处),若双侧周径差>2 cm,及时行血管超声检查。

2.4.5 压力性损伤预防护理

体位管理:采用 30°侧卧翻身法(避免 90°侧卧),减少骨隆突处受压;翻身时在患者肩胛部、髋部、足跟处垫软枕,悬空骨隆突部位,使用减压床垫(如气垫床)调节充气压力至患者体重的 1/3,分散身体压力。

皮肤管理:每日用温水清洁皮肤(水温 32~34℃),保持皮肤干燥;对于出汗较多的部位(如背部、会阴部),及时更换衣物和床单位;避免使用刺激性清洁剂,禁止用力擦拭皮肤。

营养支持:遵医嘱给予高蛋白、高维生素、富含膳食纤维的饮食(如鸡蛋、牛奶、新鲜果蔬),改善患者营养状况,增强皮肤抵抗力;若患者进食不足,遵医嘱给予肠内营养制剂补充(如整蛋白型肠内营养剂)。

2.4.6 静脉血栓栓塞症预防护理

物理预防措施:①间歇充气加压治疗(IPC):每日为患者穿戴下肢间歇充气加压装置,设置压力为 40~60 mm Hg,每次治疗 30 min,2 次/d,促进下肢静脉回流;②分级加压弹力袜(GCS):指导患者穿戴二级梯度压力弹力袜(压力 18~24 mm Hg),从足趾至大腿根部均匀加压,每日穿戴时间≥12 h,避免卷边、移位,睡前取下;③肢体活动:指导患者每日进行踝泵运动,包括跖屈、背伸、内翻、外翻,每个动作重复 10 次,3 次/d,促进下肢血液循环。

药物预防措施:遵医嘱皮下注射低分子肝素钙 5000IU,1 次/d,注射部位选择腹部脐周 2 cm 外,轮换注射点(每次间距≥2 cm),避免同一部位反复注射;观察有无出血倾向,如皮肤瘀斑、牙龈出血、黑便等,及时通知医生。

2.4.7 中医证候失衡护理

辨证施护:针对心肝血虚兼气血瘀滞证,采用“益气养血、宁心安神、活血化瘀”的护理原则。特色干预:①中药外敷:遵医嘱使用活血化瘀中药膏剂(如红花膏),均匀涂抹于纱布上(厚度 0.2~0.3 cm),敷于骨折部位,每次敷贴 4 h,1 次/d,促进瘀血消散;②艾灸干预:选取足三里、血海、三阴交等穴位,用艾灸盒温和灸,15 min/次,1 次/d,起

到益气活血的作用;注意艾灸时距离皮肤 3~5 cm,避免烫伤,观察局部皮肤反应;③情志调摄:采用中医“移情易性”法,指导患者听轻音乐、阅读养生书籍,避免焦虑、烦躁等不良情绪,保持心情舒畅,促进气血调和。

2.5 护理评价

结合入院时各项量表评估基线数据及护理诊断,经针对性综合护理干预后,患者核心症状及各项指标均明显改善,护理目标基本达成,具体效果如下。

2.5.1 静脉血栓栓塞症预防护理效果评价

干预前 Caprini 血栓风险评估量表评分 12 分,提示血栓发生极高风险;经间歇充气加压治疗(IPC)、踝泵运动等物理预防联合低分子肝素钙皮下注射药物预防后,住院期间动态监测双下肢周径(髌骨下缘 10 cm 处)对称,双侧差值 < 0.5 cm, D-二聚体水平维持在正常参考值范围内,未发生下肢深静脉血栓、肺栓塞等血栓栓塞事件,血栓预防目标完全达成。

2.5.2 压力性损伤预防护理效果评价

干预前 Braden 压力性损伤风险评估量表评分 14 分,提示中度压力性损伤风险;干预期间严格落实压力性损伤预防措施,包括 30°侧卧翻身法、气垫床减压、皮肤清洁保湿等,住院全程患者皮肤完整性良好,骨隆突处无红肿、破溃,未发生 I~IV 期压力性损伤,皮肤保护目标完全达成。

2.5.3 导管相关性感染风险防控护理效果评价

干预前导管相关性感染风险评估量表评分 11 分,提示导管相关性感染、血栓高风险;干预期间严格落实导管维护规范,每日用 0.5% 碘伏消毒穿刺点,生理盐水脉冲式冲管,置管期间每日监测穿刺点皮肤及肢体情况,全程未发生导管堵塞、穿刺点感染、导管相关性血栓等并发症,导管通畅率 100%,顺利完成拔管,导管安全目标完全达成。

2.5.4 急性疼痛护理效果评价

干预前疼痛数字评分法(NRS)评分 3 分,存在轻度术区及骨折部位疼痛,体位变换及康复训练时不适感加重;干预后 NRS 评分降至 0 分,疼痛症状完全消失,躯体舒适度显著提升,可自主配合肢体活动及康复训练,无疼痛相关躯体不适及情绪影响,疼痛管理目标完全达成。

2.5.5 睡眠型态紊乱护理效果评价

干预前匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 16 分,提示严重睡眠障碍,表现为夜间入睡困难(入睡时长 40 min)、睡眠维持差、夜间觉醒次数 ≥ 3

次、日间精神萎靡;干预后 PSQI 评分降至 8 分,入睡时长缩短至 20 min,夜间觉醒次数 ≤ 1 次,睡眠连续性及质量大幅提升,日间精力充沛,睡眠障碍核心症状有效改善,睡眠管理目标基本达成。

2.5.6 自理缺陷护理效果评价

干预前基础日常生活能力量表评分 40 分,呈重度依赖状态,无法独立完成进食、洗漱、翻身、如厕等基础日常活动;干预后 BI 评分提升至 55 分,达到中度依赖水平,患者可自主完成进食、洗漱、翻身等操作,如厕可在辅助下完成,自理能力较前明显提升,自理能力提升目标基本达成。

2.5.7 中医证候失衡护理效果评价

干预前中医证候积分量表评分 62 分,证候表现突出,辨证为心肝血虚兼气血瘀滞证,伴伤口瘀肿疼痛、肢体乏力、面色暗沉、情志烦躁;经穴位埋针、耳穴压豆、中药外敷、艾灸等中医特色干预后,中医证候积分降至 45 分,患者伤口瘀肿消退,肢体乏力症状缓解,面色改善,情绪平稳,整体身心状态向好,进一步助力术后康复进程,中医证候改善目标基本达成。

3 结果和随访

3.1 治疗结果

患者经手术治疗、常规对症干预及中医特色护理后,术后切口甲级愈合,睡眠障碍核心症状显著改善,PSQI 评分接近正常范围;疼痛症状完全缓解,NRS 评分维持 0~1 分;自理能力提升至中度依赖水平;无导管相关性并发症、压力性损伤及血栓事件发生,生命体征平稳,实验室指标正常,各项指标趋于稳定,于 2025 年 07 月 20 日顺利结束治疗出院。

3.2 随访

随访时间:出院后 1 个月(2025 年 08 月 20 日)、3 个月(2025 年 10 月 20 日);随访方式:电话随访结合门诊复诊;随访内容:评估睡眠状态、疼痛情况、自理能力恢复、术区愈合及并发症发生情况,指导患者进行居家康复训练及中医护理延续性措施(如耳穴压豆、踝泵运动);随访结果:患者无睡眠障碍复发,疼痛症状未再出现,生活基本可自理,术区愈合良好,无不良并发症,身心状态佳,康复效果理想。

4 讨论

腰椎骨折多由高能量创伤引发,术后创伤应

激、伤口疼痛、卧床制动等因素叠加,易导致患者自主神经功能紊乱,诱发睡眠障碍,临床发生率可达40%~70%^[14]。睡眠障碍不仅降低患者身心舒适度,还会抑制机体修复功能,延缓伤口愈合与术后康复进程,增加压疮、深静脉血栓等并发症风险,已成为围手术期护理的重点问题。当前临床针对术后睡眠障碍,多以镇静催眠药物、常规镇痛及睡眠卫生指导为主,部分患者存在药物依赖、疗效局限等问题,亟需安全高效的干预方案进行优化。

中医理论中,术后不寐核心病机为创伤耗伤气血、脏腑功能失调、心神失养,临床辨证多以心肝血虚、气滞血瘀型为主或二者兼夹,干预核心为调畅气血、宁心安神^[15]。近年中医护理技术在术后睡眠管理中应用愈发广泛,穴位埋针可通过腧穴的持续刺激调节经络气血运行,耳穴贴压基于“耳为宗脉之海”的理论,通过刺激耳郭穴位调节脏腑气机,二者联合兼具长效性与便捷性。多项Meta分析显示,穴位埋针联合耳穴贴压对术后睡眠障碍的总有效率可达85%以上,能显著改善睡眠质量,且无明显不良反应,契合术后患者安全干预需求^[16]。同时,循证护理理念与多学科协作模式的融合应用,为中医护理技术临床应用提供科学支撑,进一步提升干预针对性与有效性;《中医护理实践指南·不寐》(2021版)亦推荐将中医特色护理作为术后睡眠障碍的辅助干预手段,为临床实践提供循证依据^[17]。

本研究为个案报告,紧扣腰椎骨折术后不寐核心问题,以中医辨证论治为核心,结合西医量表评估精准定位病因,制定穴位埋针联合耳穴贴压的个性化方案,同步配合多模式镇痛(即采用药物与非药物联合的镇痛方案)、情志调摄、睡眠环境优化等辅助措施,形成全方位干预体系,有效改善患者睡眠障碍,同时缓解疼痛、提升身心状态,实现睡眠质量改善、疼痛缓解、自理能力提升等多维度康复目标。干预过程严格遵循循证原则,结合临床指南与研究证据筛选护理措施,兼顾安全性与科学性,患者依从性良好,无不良事件发生,充分体现中医护理技术在术后睡眠管理中的实践价值。但本研究样本量单一,未设置对照组,且患者个体体质、病情严重程度存在特异性,研究结果的外推性有限,难以直接推广至所有腰椎骨折术后不寐患者,结论普适性需进一步验证;同时,未对干预后3~6个月的睡眠质量进行随访评估,对于

预效果的稳定性评估不够全面,后续需扩大样本量、完善研究设计补充相关数据。

本病例通过实践验证穴位埋针联合耳穴贴压干预腰椎骨折术后不寐的可行性与有效性,为临床同类病例护理提供具体实操参考,丰富中医护理技术在脊柱外科围手术期睡眠管理中的临床应用案例。同时,明确“辨证施护+循证支撑+多措施协同”的护理思路,强调以中医辨证为核心,结合西医量表评估精准制定个性化方案,为临床优化术后护理流程、提升个性化护理质量提供借鉴,助力推动中医护理技术规范临床应用,为术后患者提供更优质的康复护理服务。

本病例实践表明,针对腰椎骨折术后不寐患者,以中医理论为指导,采用穴位埋针联合耳穴贴压的中医特色护理方案,同步配合镇痛、情志调节等辅助干预,能有效改善睡眠质量,促进患者身心康复。临床护理中,需依托循证护理理念与中医辨证思维,结合患者个体病情与评估结果制定个性化方案,同时客观认识单一病例局限性,后续需加强多中心、大样本对照研究,进一步夯实中医护理技术临床应用证据,优化围手术期护理管理,保障患者康复效果。

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] EDINGER J D, ARNETT J T, BERTISCH S M, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment [J]. J Clin Sleep Med, 2021, 17(2): 263-298.
- [2] MORIN C M, JARRIN D C. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden [J]. Sleep Med Clin, 2022, 17(2): 173-191.
- [3] 张盼, 仁小强, 龚德慧, 等. 外科手术后睡眠障碍的研究进展[J]. 临床医学进展, 2024, 14(10): 236-241.
ZHANG P, REN X Q, GONG D H, et al. Advances in the study of sleep disorders after surgery [J]. Adv Clin Med, 2024, 14(10): 236-241. (in Chinese)
- [4] 于凤跃, 梁桂兴, 范琦淇, 等. 基于数据挖掘分析国内皮内针治疗失眠选穴规律[J]. 新中医, 2025,

- 57(11): 105–110.
- YU F Y, LIANG G X, FAN Q Q, et al. Analysis of acupoint selection rules for treating insomnia with intradermal needle in China based on data mining[J]. *New Chin Med*, 2025, 57(11): 105–110. (in Chinese)
- [5] 张六凤, 李耀文, 朱超林, 等. 二位一体皮内针指压法治疗肝郁脾虚型乳腺癌失眠的临床研究[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2022, 43(24): 2394–2398.
- ZHANG L F, LI Y W, ZHU C L, et al. Clinical study of two-in-one intradermal needle and acupressure in treating insomnia of patients suffered from breast cancer of liver depression and spleen deficiency[J]. *J Qiqihar Med Univ*, 2022, 43(24): 2394–2398. (in Chinese)
- [6] 金静芬. 日常护理评估工具[M]. 2版. 杭州: 浙江大学出版社, 2016.
- [7] 陈晓春, 潘晓东. 神经科查体及常用量表速查手册[M]. 北京: 化学工业出版社, 2013.
- [8] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996, 29(2): 103–107.
- LIU X C, TANG M Q, HU L, et al. Reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index[J]. *Chin J Psychiatry*, 1996, 29(2): 103–107. (in Chinese)
- [9] GEERTS W H, PINEO G F, HEIT J A, et al. Prevention of venous thromboembolism: the seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy[J]. *Chest*, 2004, 126(3 Suppl): 338S–400S.
- [10] 国家疼痛专业质控中心神经病理性疼痛专家组, 吴大胜, 陶蔚, 等. 神经病理性疼痛评估与管理中国指南(2024版)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2024, 30(1): 5–14.
- Neuropathic Pain Expert Group of the National Pain Professional Quality Control Center, WU D S, TAO W, et al. China guidelines for evaluation and management of neuropathic pain (2024 edition) [J]. *Chin J Pain Med*, 2024, 30(1): 5–14. (in Chinese)
- [11] 井睿智, 刘文瑜, 陈利江, 等. 皮内埋针联合吴茱萸贴敷治疗失眠临床研究[J]. *新中医*, 2021, 53(22): 167–170.
- JING R Z, LIU W Y, CHEN L J, et al. Clinical study on intradermal needle-embedding combined with point application with fructus evodiae for insomnia[J]. *J New Chin Med*, 2021, 53(22): 167–170. (in Chinese)
- [12] 于跃, 金奕, 杨芑, 等. 芳香疗法及耳穴贴压在脑卒中失眠患者中应用效果的研究[J]. *天津护理*, 2024, 32(5): 510–515.
- YU Y, JIN Y, YANG P, et al. Effect of aromatherapy and auricular plaster therapy on inpatients with post-stroke insomnia[J]. *Tianjin J Nurs*, 2024, 32(5): 510–515. (in Chinese)
- [13] 吕凤娟, 龙琰, 杨秀木, 等. 耳穴贴压联合加味建中汤治疗失眠心脾两虚证的临床疗效[J]. *中华全科医学*, 2024, 22(8): 1412–1415.
- LYU F J, LONG Y, YANG X M, et al. Clinical efficacy of ear acupoint pressing combined with Modified Jianzhong Decoction in the treatment of insomnia with heart and spleen deficiency syndrome[J]. *Chin J Gen Pract*, 2024, 22(8): 1412–1415. (in Chinese)
- [14] 苏逸宁, 王欣贤, 董立, 等. 耳灸联合耳穴贴压治疗重症肌无力患者失眠疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2025, 34(4): 551–555.
- SU Y N, WANG X X, DONG L, et al. Observation on therapeutic effect of auricular moxibustion combined with auricular point sticking on insomnia in myasthenia gravis patients[J]. *Mod J Integr Tradit Chin West Med*, 2025, 34(4): 551–555. (in Chinese)
- [15] 俞欢欢. 五音疗法联合耳穴贴压治疗心脾两虚型失眠患者临床研究[J]. *内蒙古中医药*, 2025, 44(3): 110–112.
- YU H H. Clinical study on five-tone therapy combined with auricular point sticking therapy for insomnia patients with deficiency of both heart and spleen [J]. *Inn Mong J Tradit Chin Med*, 2025, 44(3): 110–112. (in Chinese)
- [16] 谭畅, 何花. 耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧对卒中后失眠患者睡眠质量的影响研究[J]. *世界中西医结合杂志*, 2025, 20(3): 580–585.
- TAN C, HE H. Effect of auricular point sticking combined with auricular copper scraping on sleep quality of post-stroke insomnia patients[J]. *World J Integr Tradit West Med*, 2025, 20(3): 580–585. (in Chinese)
- [17] 黄晓凤, 骆献阳, 陈素玲. 放松训练联合疼痛护理干预在腔镜甲状腺癌术后患者中的应用[J]. *中国卫生标准管理*, 2025, 16(2): 187–190.
- HUANG X F, LUO X Y, CHEN S L. Application of relaxation training combined with pain nursing intervention in patients with endoscopic thyroid cancer after surgery[J]. *China Health Stand Manag*, 2025, 16(2): 187–190. (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。