

疼痛护理方案对老年女性骨质疏松性腰背痛患者的影响

付望 任晓丽

成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072

摘要: 目的: 研究老年女性骨质疏松性腰背痛患者, 探讨系统化的疼痛护理方案对他们的疼痛程度、日常生活活动能力和生活质量所产生的影响。方法: 我们研究了我院在 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 100 位老年女性患者, 她们患有骨质疏松性腰背痛。我们采用随机数字表的方法将这些患者分为对照组和实验组, 每组 50 位患者。两组均给予骨质疏松基础治疗和常规护理, 实验组在此基础上实施个性化疼痛护理, 包括疼痛评估、心理护理、药物指导、物理疗法、体位护理、功能锻炼、健康教育等。分别于干预前后采用疼痛视觉模拟评分 (VAS)、日常生活活动能力 Barthel 指数和健康状况调查简表 (SF-36) 对患者进行评估。结果: 干预 4 周后, 实验组 VAS 评分低于对照组 [(3.2±1.1) 分 vs (4.5±1.3) 分, $P<0.05$]; Barthel 指数高于对照组 [(82.4±15.5) 分 vs (69.8±16.2) 分, $P<0.05$]; SF-36 量表中除一般健康状况外, 其余 7 个维度评分均高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 在常规治疗的基础上实施系统化疼痛护理方案, 能有效减轻老年女性骨质疏松性腰背痛患者的疼痛程度, 提高其日常生活活动能力, 改善生理、心理和社会功能等多个维度的生活质量, 值得在临床推广应用。

关键词: 老年; 骨质疏松; 腰背痛; 疼痛护理

骨质疏松已经成为老年人, 尤其是女性健康的重要公共卫生挑战。因为绝经后妇女体内的雌激素水平下降, 导致骨吸收超过骨形成, 从而加速了骨量流失, 使她们更容易患上骨质疏松症。骨质疏松会使骨头变得脆弱, 稍微的外力就可能造成骨折, 而腰椎和髋部是最容易受到影响的地方。骨质疏松常导致腰背痛, 特别是因为椎体压缩性骨折造成的。这种情况严重影响了老年人的生活质量^[1]。目前, 骨质疏松性疼痛的治疗主要包括药物、手术及物理治疗等, 但单纯医疗干预往往疗效欠佳, 需结合心理、护理等综合措施。疼痛护理作为慢性疼痛管理的重要组成部分, 对改善骨质疏松性疼痛患者的生活质量有积极作用。采用生物-心理-社会医学模式指导疼痛护理, 从药物使用、功能恢复、心理辅导、健康教育等多维度进行系统化、个性化的护理干预, 可显著缓解骨质

疏松性腰背痛, 提高患者生存质量。而国内在老年骨质疏松性疼痛护理领域的研究较为匮乏, 尚缺乏系统的临床实践指南。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月我院骨科收治的 100 例骨质疏松性腰背痛老年女性患者为研究对象。患者的年龄介于 60 岁至 82 岁之间, 平均年龄为 71.9 岁, 标准差为 5.6 岁。疾病持续时间为 6 个月至 5 年不等, 平均约为 2.8 至 3.2 年。患者入院时报告腰背部疼痛, 经过视觉模拟评分, 评分为 5-9 分, 平均得分为 (6.7±1.4) 分。将患者随机分为对照组和实验组, 每组包含 50 例患者。对比两组患者的一般资料显示, 它们在统计学上没有显著差异 ($P>0.05$), 因此具有可比性。

组别	例数	年龄（岁）	病程(月)	BMI (kg/m ²)	腰椎骨密度 T 值	VAS 评分 (分)
实验组	50	71.5±5.2	15.8±4.3	23.1±2.6	-3.2±0.5	6.7±1.4
对照组	50	72.3±5.7	16.3±4.8	22.8±2.4	-3.3±0.6	6.8±1.5
t 值		0.75	0.56	0.62	0.91	0.35
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 1 两组患者一般资料比较

1.2 入选标准和排除标准

入选标准：
(1) 年龄≥60 岁的女性患者；(2) 经骨密度检查和影像学检查确诊为骨质疏松的患者；(3) 主要表现为腰背部疼痛，VAS 评分≥5 分；(4) 疾病已持续 6 个月以上；(5) 患者的认知能力和语言表达能力均正常，可以积极配合完成各项评估任务。

排除标准：
(1) 患有继发性骨质疏松的患者；(2) 患有严重心脑血管等器质性疾病的患者；(3) 患有精神疾病或严重认知障碍的患者^[2]；(4) 恶性肿瘤患者；(5) 入院前 1 个月内使用过镇痛药物治疗者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

给予常规的骨质疏松基础治疗和护理，具体措施包括：

(1) 药物治疗：包括口服碳酸钙 D3 片 600mg/d，维生素 D 800IU/d 以及骨化三醇 0.5 μg/d。这些药物有助于改善患者的骨骼健康状况。

(2) 运动锻炼：根据患者年龄、身体状况制定个性化运动处方。以低强度、低冲击力为宜，如散步、太极拳、广场舞等。每次 20-40 分钟，每周 3-5 次。注意运动时避免腰背部扭曲和剧烈活动，防止运动损伤^[3]。

(3) 心理护理：向患者解释疾病相关知识，纠正对骨质疏松的错误认识，增强战胜疾病的信心。通过倾听、交流等缓解患者焦虑、

抑郁等不良情绪。
(4) 健康教育：向患者讲解骨质疏松的发病机制、临床表现、药物治疗、饮食起居等知识。告知腰背痛的常见诱因，叮嘱避免弯腰、搬重物等不当动作。如厕时避免长时间蹲坐，便后要及时起立。睡眠要保证充足，但卧床时间不宜过长，以免肌肉萎缩。

(6) 发放健康宣教手册，内容包括骨质疏松的防治措施、日常生活注意事项、腰背部保健操作指导等，便于患者及家属学习掌握。

1.3.2 实验组

在对照组基础上给予针对性的疼痛护理干预：

(1) 疼痛评估：入院时使用 VAS 对患者疼痛程度进行评估，并结合患者主诉了解疼痛性质、部位、频率、持续时间、加重及缓解因素等，以便制定个性化的疼痛护理方案。

(2) 心理护理：需要向患者清楚地解释疼痛的根源、治疗方式以及预后情况，以减轻他们对疾病的恐惧和焦虑。通过倾听、支持和鼓励患者，可以提升他们战胜疾病的信心，并给予他们情感上的关怀。在需要的情况下，可以考虑寻求心理医生的帮助，并接受专业的心理辅导。

(3) 药物指导：向患者讲解镇痛药物的作用机制、正确使用方法、不良反应及注意事项。叮嘱按医嘱规律服药，切勿自行增减剂量或停药。发现药物不良反应及时报告医护人员，并予以对症处理。

(4) 物理疗法：根据患者疼痛部位、性

质选择热敷、中频电疗、超声等物理治疗方法。向患者讲解各种疗法的作用原理、操作方法，叮嘱治疗时保持舒适体位，避免疲劳。做好治疗区皮肤的观察与护理，防止烫伤等并发症。

(5) 体位护理：指导患者选择合适的体位，保持脊柱的正常解剖曲度。站坐位时保持脊柱伸直，避免弯腰驼背。卧位时可垫软枕于腰部，减轻腰背部肌肉的紧张。每 2 小时变换一次体位，防止局部受压。

(6) 功能锻炼：结合患者年龄、腰背痛程度制定渐进式的功能锻炼计划。早期以卧位为主，做股四头肌、臀肌、背肌等的等长收缩运动。疼痛减轻后逐步过渡到坐位、站位训练及步行。每次 10-20 分钟，每日 2-3 次。训练过程中密切观察患者疼痛情况，避免疼痛加剧。

(7) 健康教育：向患者及家属普及骨质疏松和腰背痛的防治知识。讲解合理膳食、适

度日光照射、戒烟限酒等养生要点。指导选择合适的腰背部保护用具如腰围等。出院时发放健康教育手册，叮嘱定期复查，坚持长期治疗和功能锻炼。

1.4 观察指标

- (1) 疼痛程度。(2) 日常生活活动能力。
- (3) 生活质量。

1.5 统计分析

利用 SPSS 25.0 数据统计处理。(x±s)表示计量数据，t 进行组间比较。(%)表示计数数据，x2 进行组间比较。P 值小于 0.05 代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后疼痛程度比较

两组 VAS 评分实验组低于对照组 (P<0.05)。见表 2。

表 2 干预前后 VAS 评分比较 (x±s, 分)			
组别	例数	干预前	干预后
实验组	50	6.8±1.5	3.2±1.1
对照组	50	6.7±1.4	4.5±1.3
t		0.34	-5.42
p		>0.05	<0.01

2.2 两组患者干预前后日常生活活动能力比较

两组 Barthel 评分实验组高于对照组 (P<0.05)。见表 3。

表 3 干预前后 Barthel 评分比较 (x±s, 分)			
组别	例数	干预前	干预后
实验组	50	56.2±14.3	82.4±15.5
对照组	50	57.4±15.1	69.8±16.2
t		-0.41	3.97
p		>0.05	<0.01

2.3 两组患者干预前后生活质量比较

干预 4 周后，两组 SF-36 各项评分均较干预前明显提高 (P<0.05)，且除一般健康状

况外，实验组其余 7 个维度评分均高于对照组 (P<0.05)。见表 4

表 4 干预前后 SF-36 评分比较 (x±s, 分)

维度	实验组 (n=50)		对照组 (n=50)	
	干预前	干预后	干预前	干预后

生理功能	53.2±14.9	79.6±12.3*#	54.1±15.7	64.5±13.6*
生理职能	42.5±16.1	71.2±15.4*#	43.8±15.4	58.3±16.2*
躯体疼痛	38.1±11.4	72.6±14.5*#	39.4±12.2	51.9±13.7*
一般健康	62.7±18.5	76.3±16.9*	61.5±17.2	72.8±15.4*
精力	51.6±12.7	75.8±13.1*#	52.4±13.8	62.3±12.5*
社会功能	59.3±13.6	82.1±14.7*#	58.7±12.9	69.4±15.3*
情感职能	43.9±16.5	74.6±15.2*#	45.2±15.8	57.8±16.4*
精神健康	55.8±14.3	80.4±15.6*#	54.5±13.9	65.1±14.7*

*与本组干预前比较，P<0.05;#与对照组干预后比较，P<0.05

3 讨论

疼痛是骨质疏松患者的主要临床表现和生活质量的重要影响因素。本研究中，实验组采用包括疼痛评估、心理护理、药物指导、物理疗法、体位护理、功能锻炼和健康教育等在内的个性化疼痛护理方案，从生物、心理、社会等多维度进行系统干预，能够更全面地控制患者的疼痛症状。干预 4 周后，实验组 VAS 评分显著低于对照组，提示疼痛护理方案能够有效缓解骨质疏松性腰背痛。分析原因，一方面，通过及时的疼痛评估和药物指导，可以更准确把握患者疼痛特点，优化镇痛方案，避免药物不良反应^[4]；另一方面，采用热敷、电疗、超声等物理因子治疗，可以促进局部血液循环，减轻肌肉痉挛，从而达到物理镇痛的效果。此外，正确的体位护理和功能锻炼也有助于缓解腰背部肌肉的紧张与疲劳，预防疼痛加重。

日常生活活动能力是衡量骨质疏松患者预后和生存质量的客观指标。本研究结果显示，干预 4 周后，实验组 Barthel 评分明显高于对照组，表明个性化疼痛护理方案能够更好地改善患者的日常生活自理能力。这可能与以下因素有关：首先，有效控制疼痛能够降低患者的活动恐惧感，增加活动信心，从而提高其下床活动的主动性；其次，针对性的体位指导和功能训练有助于患者掌握正确的运动方法，逐步恢复腰背部功能，减少疼痛对日常活动的影响；此外，出院时提供的健康教育手册可以指导患者在家中规律的功能锻炼，强化干预效果。

生活质量是评价骨质疏松综合治疗效果的金标准。SF-36 量表涵盖了生理、心理和社会关系等多个维度，能够较全面地反映患者的主观感受。本研究结果表明，干预 4 周后，除一般健康状况外，实验组在生理功能、生理职能、躯体疼痛、精力、社会功能、情感职能和精神健康 7 个维度的评分均优于对照组。分析原因，个性化的疼痛管理计划不仅可以帮助减轻疼痛和提高日常活动能力，还直接提高患者在生理方面的生活质量。心理护理有助于纠正患者对疾病的错误认知，减轻焦虑和抑郁等负面情绪，增强战胜疾病的信心，从而改善情感和精神状态。出院指导能帮助患者掌握防治疾病的知识，养成健康的生活习惯，重建社会角色功能，促进全面康复。

结语

综上所述，骨质疏松已成为威胁老年女性健康的重大公共卫生问题，而腰背痛又是骨质疏松患者生活质量降低的重要原因。本研究通过对骨质疏松性腰背痛患者实施个性化、多维度的疼痛护理干预，在常规药物治疗的基础上，从疼痛评估、心理疏导、指导用药、物理治疗、体位护理、功能锻炼和健康教育等方面给予系统的护理措施，取得了良好的临床效果。结果表明，疼痛护理方案能够有效控制患者腰背部疼痛，改善其日常生活活动能力，提高生理、心理和社会功能等多个维度的生活质量，对于提高骨质疏松患者的整体康复水平具有积极意义。

参考文献

- [1]熊艳群.老年女性骨质疏松性腰背痛患者护理效果分析[J].中国继续医学教育,2020,12(18):191-193.
- [2]刘莉.疼痛护理方案对老年女性骨质疏松腰背痛患者的影响[J].中国社区医师,2020,36(12):144-145.
- [3]赵艳.骨质疏松疼痛护理方案对老年女性骨质疏松性腰背痛患者的影响分析[J].心理月刊,2020,15(05):26+28.
- [4]薛付玲.疼痛护理方案对老年女性骨质疏松腰背痛患者的影响分析[J].首都食品与医药,2019,26(21):186.
- [5]连丽丽,李玲玲.骨质疏松疼痛护理方案对老年女性骨质疏松性腰背痛患者的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(17):76+82.