

老年髋部骨折患者 118 例术后康复期护理

福建医科大学附属宁德市医院门诊部（宁德 352100） 余蓉生 黄雪平 周金花 陈莹 黄瑜芳

髋部骨折患者出院时尚未完全康复，多属临床愈合，患者的恢复在很大程度上依赖于良好的护理。出院后若护理不当，有可能导致骨折成角畸形，关节僵直，甚至发生移位、二次骨折等^[1]。因此，做好术后康复期的护理指导，对骨折完全愈合尤为重要。本文对我院髋部骨折患者术后护理进行回顾性分析，以预防或降低髋部骨折患者术后发生肢体残疾和残障，探讨康复护理干预对髋部骨折患者术后恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料：选择我院 2015 年 1 月至 2016 年 10 月髋部骨折患者 118 例，分为两组，每组各 59 例。对照组男 32 例，女 27 例，年龄 52~82 岁，平均（67±15）岁；观察组

男 30 例，女 29 例，年龄 54~82 岁，平均（68±14）岁。入选标准：髋部骨折患者自愿加入并积极配合患者。排除标准：高血压、糖尿病、中风史，精神、智商不正常者。骨折种类：股骨颈骨折 42 例，股骨粗隆间骨折 36 例，股骨粗隆下骨折 40 例。致伤原因：滑倒 74 例、车祸 44 例。治疗方式：手术闭合复位内固定术 36 例，全髋关节置换术 44 例，股骨头置换术 38 例。两组年龄、性别等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法：对照组采用常规护理，观察组在常规护理基础上，从心理、饮食、功能锻炼 3 个方面采用护理干预，分别在术后 3、6 个月各随访 1 次。采用 Harris 髋关节评分表，对患者髋关节康复情况进行评价，包括 10 个维度，共 100

分:疼痛程度 44 分、畸形 4 分、活动度 5 分、行走性辅助 11 分、系鞋带穿袜子 4 分、坐椅子 5 分、上下车 1 分、跛行 11 分、行走距离 11 分、爬楼梯 4 分。其中 90~100 分为优, 80~89 分为良, 70~79 分为中, <70 分为差。

1.3 统计学分析:采用 SPSS 23.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示, 组间的比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后 6 个月患者基本可独立行走, 日常生活无明显障碍, 预后良好。术后 3、6 个月随访比较, 观察组骨折愈合良好, 患肢及关节活动恢复正常, Harris 髌关节评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 两组 Harris 髌关节评分比较 (n=59, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	术前	术后 3 个月	术后 6 个月
观察组	33.4±5.7	67.2±5.8	85.7±1.3
对照组	32.1±6.3	59.4±7.1	74.6±7.8
<i>t</i> 值	1.121	6.252	9.158
<i>P</i> 值	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

髌部骨折患者术后从心理、饮食、功能锻炼等方面有针对性地采取了护理干预, 通过干预让患者掌握自我护理的方式, 补充患者对健康知识了解, 增强战胜疾病的能力和信心。同时加强患者对疾病的重视程度, 规避不良行为对骨折部位造成再次伤害。心理干预配合康复教育可显著提高人工关节置换术后的功能锻炼效率, 减少并发症^[2]。心理护理帮助患者稳定情绪, 了解治疗方案, 遵守医嘱, 提高治疗依从性, 增强治疗效果。合理的功能锻炼有效预防了髌关节松动和脱位现象等后遗症的发生, 防止髌部外旋、内收现象, 对患肢的改善作用十分理想^[3], 患肢功能恢复程度大大提高。同时饮食的合理化、细节化护理可提高患者免疫力和抵抗力^[4], 对并发症和后遗症的预防起到了显著作用。

3.1 心理护理:髌部骨折患者大多由意外事故受伤, 常出现紧张、焦虑、恐惧多疑、担忧和绝望等心理改变, 缺乏自信心。护士应帮助患者掌握正确的应对机制, 提高患者面对疾病挑战的适应性和采取行为的自觉性, 让患者以自信的姿态应对疾病^[5], 并且充分发挥自身的自动性, 对疾病、手术问题进行探究, 努力解决帮助患者建立有效的支持系统, 包括家属、朋友、医务人员等^[6]。做好心理护理, 调适情绪, 解释心理状态与疾病康复的关系, 帮助患者树立战胜疾病的信心, 对疾病的康复起着非常重要的作用。由于骨折部位的修复需要一定的过程, 这就需要护士对患者进行耐心的骨折康复相关知识的宣教, 有效地宣传、教育、安慰, 为患者提供而且使患者及其家属参与一个以患者为中心的医疗计划, 达到更好的治疗效果。

3.2 饮食护理:首先保证足够的营养素摄入, 以均衡营养, 提高机体的抵抗力。从中医角度看, 肾主骨, 肝主筋, 骨折后多有肝肾不足, 根据以脏养脏的原则, 应多吃一些动物肝肾脏和胡萝卜、禽蛋、瘦肉、大枣、木耳等, 以滋养肝肾,

补益气血, 多吃山药和核桃以补中益气, 强筋壮骨。日常饮食中注意补肾, 多吃黑豆、黑米、山药、枸杞子熬粥。清肝, 多喝绿豆汤, 晚餐以蔬菜为主。补钙需每天 800~1 200 mg。多吃山药、芝麻, 山药有促进钙质吸收的作用, 芝麻不仅提供丰富的维生素 E、B6, 且每 100 克白、黑芝麻含钙量约 620 mg、780 mg, 相当于等量牛奶的 6~7 倍。经常晒太阳, 以促进体内合成维生素 D, 促进钙质吸收。鼓励患者多食粗纤维食物, 多喝水, 保持大便通畅。同时, 嘱咐患者按时作息, 起居有常, 饮食有节, 以增进机体正气, 起到扶正固本作用。

3.3 功能锻炼:术后尽早开展康复锻炼尤为重要, 术后开始康复锻炼的时间越早, 髌关节功能越好^[7]。骨折早期, 伤后 1~2 周之内, 为血肿炎症机化期, 除医嘱要求制动者外, 术后 6 h 应开始指导患者练习患肢股四头肌的等长舒缩, 以促进血液循环, 预防肌萎缩。可采用 tens 法则, 即收缩股四头肌 10 s, 休息 10 s, 收缩 10 次为一组, 重复 10 次, 每天 3~4 次。每 3 h 用吊架锻炼一次。同时练习小腿、距小腿关节伸屈及足部活动。每天多次, 每次 5~20 min, 以促进静脉回流, 减轻水肿, 防止肌萎缩和关节僵硬。骨折部位的上下关节暂不活动。骨折中期, 受伤 2 周后, 局部疼痛逐步消失, 骨痂逐渐形成; 除继续进行患肢的等长舒缩活动外, 活动骨折部位上、下关节, 活动范围由小到大, 活动幅度和力量逐渐加大。在第 4 周后, 可双手撑床做抬臀, 伸屈髌关节等动作。到第 4~6 周后可起床扶拐活动, 但不能负重。骨折后期, 骨折接近临床愈合, 功能锻炼的目的是增强肌力, 克服挛缩与恢复关节活动度。此期可在抗阻力下进行锻炼, 逐渐加强患肢关节的主动运动, 使各关节迅速恢复正常活动。可从上下坡、上下楼活动, 上肢提重物, 下肢踢沙袋等开始, 到各种机械性或物理治疗, 如划船、蹬车等。关节活动练习包括主动锻炼、被动活动或用关节练习器锻炼等。功能锻炼应掌握由轻到重, 从小到大, 从少到多, 循序渐进的原则, 以促进骨骼愈合及功能的恢复。锻炼前后注意评估患肢的感觉、温度、色泽、及有无疼痛和水肿。

总之, 对老年髌部骨折患者采取术后康复期护理干预, 有利于提升患肢功能, 改进肢体和关节功能的恢复, 改善患者的日常生活能力。

参考文献

- [1] 陈璐, 陈湘玉. 国内外居家护理概况及对我国居家护理发展方向的思考 [J]. 中国护理管理, 2012, 12 (7): 94-96.
- [2] 凌敏, 孙月吉, 杜媚, 等. 骨折患者的心理应激与干预 [J]. 中国行为医学科学, 2005, 14 (4): 374.
- [3] 周红艳. 从总结人工髌关节置换治疗老年人髌部骨折的护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 6 (6): 249.
- [4] 刘燕. 分析健康教育用于老年骨质疏松性髌部骨折护理中的临床效果 [J]. 中国保健营养, 2015, 39 (12): 128-129.
- [5] 徐林, 向炳彦, 柏小金, 等. 人工半髌关节置换术治疗 15 例高龄不稳定股骨转小间骨折的疗效 [J]. 重庆医学, 2014, 43 (7): 868.
- [6] 吴歌. 短程焦点解决辅助团体对青少年焦虑抑郁情绪的改善作用 [J]. 重庆医学, 2016, 45 (6): 787-789.
- [7] 徐诗雄, 洪顺红, 孙文栋. 老年股骨粗隆间骨折术后髌关节功