

# 加速康复外科在老年股骨转子间骨折患者中的应用效果

田裕祥 周晓红

宁夏海原县人民医院 宁夏 中卫 755299

**摘要:**目的:分析ERAS在老年IFF患者中的应用效果。方法:选取2023年5月-2024年5月本院74例老年IFF患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组37例,行常规护理,观察组37例,行ERAS护理,比较两组护理效果。结果:观察组的SF-36和Harris评分均明显高于对照组,VAS评分、输血率、并发症发生率、术中出血量、首次下地时间、术后引流量和住院时间均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予老年IFF患者ERAS护理能加快康复进程,改善髋关节功能,缓解疼痛,调节预后,具有推广价值。

**关键词:**加速康复外科;老年人;股骨转子间骨折;生活质量

IFF是骨科多发病,其致病原因多为低强度创伤、骨质疏松等,老年人最常见,女性患者多于男性,受跌倒等影响,身体突然旋转,大转子受到影响,引发骨折<sup>[1]</sup>。对于股骨转子部,多属于松质骨,具有丰富血运,一旦出现骨折,不管采取保守疗法,还是手术疗法,愈合时间均较长。对于老年IFF,其身体素质差,一般存在心脑血管病、内分泌病等,进行手术时,可能带来创伤,导致疾病加重,并发症多,例如褥疮、肺炎等,阻碍后续康复。常规护理常忽略早期康复,多进行基础干预,效果有限<sup>[2]</sup>。基于循证医学,衍生出ERAS,将其渗透围术期,对临床护理进行优化,能取得显著效果。实施ERAS护理,可维护身心健康,减轻创伤应激,预防并发症,减少再入院率。本研究以老年IFF患者为对象,分析ERAS护理应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年5月-2024年5月本院74例老年IFF患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组37例,男19例,女18例,年龄为60-85岁,平均年龄(71.46±4.15)岁;观察组37例,男20例,女17例,年龄为61-86岁,平均年龄(71.52±4.10)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准:**具有显著髋部外伤史;观察体征、分析病史、进行影像检查,正视为IFF;无手术禁忌证;年龄不低于60岁;知情同意本次研究。

**排除标准:**多发骨折;存在其他外伤;局部感染;病理性骨折;精神疾病;痴呆;关节炎。

### 1.2 方法

对照组行常规护理:①术前:对于入院患者,介绍基础IFF、护理知识,提醒戒酒、戒烟,教会便盆使用方法、尿袋应用方法;手术前日晚上,于20:00,采取肥皂

水,进行清洁灌肠处理,完成灌肠后,不能进食,于晚上22:00不可饮水。②术中:采取被单将非必要部位盖住,在常温状态下,为患者补液。③术后:对于疼痛明显者,采用阿片类药物;患者排气后,提供留置;提供导尿管,留置1-2d,其恢复自主排尿后,将尿管拔除;开展自主功能锻炼。观察组以对照组为基础,行ERAS护理:

#### 1.2.1 术前护理

①心理护理:了解患者心理需求,提供指导,积极和患者沟通,当其提出问题,马上解答,减轻恐慌、不安等心理,降低精神压力,如有需要,可提供安定剂。给予心理疏导,采取1VS1模式,良好休息。对于老年患者,其心理压力较大,存在较深阅历,害怕加大负担,特别是文化程度低、年龄高者,容易出现易怒、恐惧、孤独无助等情绪。面对护理工作,常常抵触、不配合,了解患者心理障碍,提供专业指导。②手术准备:手术前日晚上,提供开塞露,起到纳肛作用,告知其禁食、禁饮时间,分别为术前6h、2h,由专业护士负责,于术前2h,选择10%葡萄糖,用量为500ml,令患者口服。③健康教育:讲解IFF知识,介绍手术程序,着重介绍康复护理作用。告诉其常见并发症,令其做好准备,纠正不良认知。

#### 1.2.2 术中护理

保暖干预,采取加热毯,对于手术非必要区域,认真包裹好。调节手术室温度,建议约为25℃,确保环境温暖,进行补液时,先将其加温,令其达到约40℃,帮助患者维护体温,保证始终 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 。

#### 1.2.3 术后护理:

①疼痛护理:采用PCIA,按照医嘱采取非甾体类抗炎药,有效缓解疼痛。②饮食干预:术后6h,可令患者饮水,等待24h,提供流食,结合其摄入情况,酌情降低输液量。患者卧床时间较长,初始时不建议补充过

多能量, 应注意容易消化、清淡, 有丰富粗纤维, 注意评估胃肠功能, 可结合评估结果, 适当调整饮食。不采取导尿管, 尽快恢复自主排尿。③康复训练: 采取牵引体位, 选择硬板床, 鼓励其外展患肢, 处于中立位, 进行牵引时, 既要开展常规护理, 又要加强注意, 对于老年患者, 其感觉反应通常不够灵敏, 可采取厚棉垫, 将其放在足跟、足背处, 减少褥疮, 多观察患者, 予以提醒, 切忌做内旋、盘腿等动作。床上排便锻炼, 术后若体位不适宜, 可能引发便秘, 产生尿潴留, 为其提供便盆, 适当抬起臀部, 令其达到适当高度, 然后维持该体位, 避免皮肤被划伤。锻炼患肢功能, 对于股四头肌, 进行舒缩训练, 对于踝关节, 进行伸屈训练, 15-20min/次。针对患者肌肉, 实施被动按摩, 避免肌肉萎缩, 加快骨折愈合速度, 既能提升关节活动度, 又可减少肌肉萎缩。术后2周, 如果股骨不内收、不旋转, 可针对膝、髋关节, 开展主动伸屈训练, 将枕头放在双腿间, 避免股骨内收、内屈, 采取仰卧位, 处于直腿位, 将患肢抬高。第3周, 开展主动训练, 令患者于床边采取坐位, 自然下垂小腿, 将双脚蹬地或踩地, 借助上臂力量, 将上身撑起, 进行抬臀锻炼。处于骨折恢复期, 锻炼踝、髋、膝部肌力, 对于稳定性较高者, 可利用双拐, 进行离床锻炼, 保证循序渐进。

### 1.3 观察项目和指标

评价髋关节功能和疼痛程度: 前者用Harris量表<sup>[3]</sup>, 包含疼痛程度、关节功能和关节活动度, 0-100分; 后者用VAS量表, 0-10分。评价生活质量: 选择SF-36量表<sup>[4]</sup>, 纳入4个维度, 均为百分制。评价手术效果<sup>[5]</sup>: 观察输血情况、并发症(包括感染、深静脉血栓、压疮等)、术中出血量、首次下地时间、术后引流量和住院时间。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x}\pm s$ )与(%)表示计量与计数资料, 分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验,  $P<0.05$ , 差异有统计学意义。

## 2 结果

表3 两组手术效果比较 $[n(\bar{x}\pm s)/(\%)]$

组别	例数	输血率(%)	并发症发生率(%)	术中出血量(mL)	首次下地时间(d)	术后引流量(mL)	住院时间(d)
观察组	37	1(2.70)	2(5.41)	104.14±10.41	3.45±1.01	78.45±7.62	8.15±1.30
对照组	37	8(21.62)	10(27.03)	137.67±12.63	6.72±1.16	135.37±8.63	15.37±1.15
$t/\chi^2$	/	6.198	6.366	12.461	12.932	30.074	25.303
$P$	/	0.013	0.012	0.000	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

IFF发生率日益增加, 随着年龄增长, 机体素质减弱, 常伴有骨质疏松, 同时受外力影响, 股骨骨折概率

### 2.1 两组髋关节功能和疼痛程度比较

观察组的Harris评分明显高于对照组, VAS评分明显低于对照组( $P<0.05$ )( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 两组髋关节功能和疼痛程度比较 $[n(\bar{x}\pm s)]$

组别	例数	Harris(分)		VAS(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	37	61.25±4.14	83.46±4.85 <sup>a</sup>	5.15±1.14	2.03±0.32 <sup>a</sup>
对照组	37	61.32±4.25	79.45±4.91 <sup>a</sup>	5.17±1.11	3.25±0.41 <sup>a</sup>
$t$	/	0.072	3.534	0.076	14.268
$P$	/	0.943	0.001	0.939	0.000

注: 与本组干预前比较, <sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.2 两组生活质量比较

对比SF-36评分, 观察组均更高( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 两组生活质量比较 $[n(\bar{x}\pm s)]$

组别	例数	心理健康(分)		社会功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	37	65.25±4.17	84.71±4.36 <sup>a</sup>	62.45±4.41	82.28±4.46 <sup>a</sup>
对照组	37	65.31±4.10	78.41±5.32 <sup>a</sup>	62.53±4.39	76.64±4.28 <sup>a</sup>
$t$	/	0.062	5.571	0.078	5.550
$P$	/	0.950	0.000	0.938	0.000

续表2 两组生活质量比较 $[n(\bar{x}\pm s)]$

组别	例数	生命力(分)		躯体功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	37	64.51±4.36	84.44±4.36 <sup>a</sup>	60.08±4.43	85.62±4.41 <sup>a</sup>
对照组	37	64.62±4.28	75.65±4.28 <sup>a</sup>	60.12±4.38	77.71±4.46 <sup>a</sup>
$t$	/	0.110	8.751	0.039	7.671
$P$	/	0.913	0.000	0.969	0.000

注: 与本组干预前比较, <sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.3 两组手术效果比较

观察组的输血率、并发症发生率、术中出血量、首次下地时间、术后引流量和住院时间均明显低于对照组( $P<0.05$ )。详见表3。

高<sup>[6]</sup>。采取手术治疗, 能改善关节结构, 加强结构, 促进功能恢复。

人们对于IFF、手术治疗有了更深刻认知, ERAS

属于新型理念,初始时被用于临床外科,后续发展到各个领域,无论是治疗,还是康复,均取得明确效果。ERAS涉及多项内容,涵盖最新麻醉技术、EN、术后镇痛法和早期下床活动等,以减轻身心应激,减轻应激反应,缩短康复时间。ERAS重视术前准备,尽量缩短禁食水时间,术中注意保温,术后缓解疼痛,尽早恢复饮食,进行功能锻炼,从被动运动开始,随着各功能恢复,转换为主动训练,加强关节功能,防范肌肉萎缩、关节粘连等<sup>[7]</sup>。研究结果显示和对照组比,观察组的Harris评分更高,VAS评分更低( $P < 0.05$ ),表明实施ERAS护理,可改善髋关节功能,减轻疼痛。观察组的SF-36评分更高( $P < 0.05$ ),代表ERAS护理能提升生活质量。观察组的输血率、并发症发生率、术中出血量、首次下地时间、术后引流量和住院时间均更低( $P < 0.05$ ),表示采取ERAS护理,能提高手术效果,减少并发症。利用该模式,尽快开展康复训练,能改善预后,术前做好准备,提供营养支持,相关研究提出,术前2h提供葡萄糖,一般不会导致误吸。术中注意保温,减少手术刺激,术后进行早期锻炼,能改善各项功能,加强肌力,防范并发症。说明应用ERAS护理可以改善老年IFF预后,能加强各项功能,减少并发症。

综上所述,给予老年IFF患者ERAS护理能加快康复进程,改善髋关节功能,缓解疼痛,调节预后,具有推广价值。

#### 参考文献

- [1]徐杨俊,李剑,姜定君,路晓,花萍,周铭剑,何洲,侯刚.基于加速康复外科理念的骨水泥强化型防旋股骨近端髓内钉治疗在老年骨质疏松性股骨转子间骨折中的应用效果[J].中国当代医药,2024,31(2):57-60+79.
- [2]刘新.加速康复外科理念护理干预对老年股骨转子间骨折PFNA内固定术后并发症及BI指数的影响[J].中国医药指南,2023,21(28):154-156+160.
- [3]李丹丹,党晓,贾楠.加速康复外科在老年股骨转子间骨折患者中的应用效果[J].新疆医学,2023,53(6):739-741+753.
- [4]魏代好,杨海波,晁莉丽,寇涛,冯育.快速康复外科在PFNA治疗老年股骨转子间骨折中的应用研究[J].宁夏医学杂志,2023,45(4):334-337.
- [5]赵航,崔梦婉.加速康复外科理念下的康复训练在老年股骨转子间骨折患者中的应用[J].疾病监测与控制,2023,17(1):34-37.
- [6]谢艳红,赵艳敏,陈璐璐.加速康复外科理念在老年股骨粗隆间骨折围术期中的临床效果[J].罕少疾病杂志,2023,30(1):87-88.
- [7]任伟峰,季烈峰,曹浙标.快速康复外科理念在基层医院老年股骨转子间骨折围手术期治疗中的应用效果[J].中华创伤骨科杂志,2022,24(9):819-823.