

基于临床护理路径在骨折患者护理中的应用研究

温宏丽

宁城县必斯营子镇中心卫生院 内蒙古 赤峰 024212

【摘要】目的：探讨基于临床护理路径模式在骨折患者护理中的实际应用价值。方法：整理2024年10月-2025年9月我院接收的骨折患者病历资料，按照随机数字表法将42例患者分为观察组和参照组，每组各纳入21例患者，观察组实施临床护理路径护理，参照组开展常规护理，比较术后临床指标、疼痛评分及并发症率。结果：观察组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、住院时间均短于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组术后3d、术后7d疼痛评分均低于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症率为4.76%，显著低于参照组的19.04%（ $P<0.05$ ）。结论：将临床护理路径应用于骨折患者诊疗期间，有助于缩短住院时间，降低关节僵硬、深静脉血栓等并发症风险，并有效减轻术后疼痛感，值得推广。

【关键词】：临床护理路径；骨折；疼痛；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.099

骨折是由跌倒、交通事故、重物砸伤等因素引发的外源性创伤疾病，患者可因剧烈疼痛、肢体功能障碍而限制日常生活、工作的开展，且术后护理不当易引发压力性损伤、关节僵硬、深静脉血栓等病症，不利于肢体功能恢复^[1]。考虑乡镇卫生院存在医疗资源有限、护理流程不够规范等问题，常规护理已无法满足骨折患者的护理需求，整体护理效果有限。临床护理路径是以患者为中心的标准化护理模式，可通过落实护理时间节点、护理内容，缩短患者住院时间。基于此背景，我院特选取42例骨折患者开展分组试验，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究经医学伦理委员会批准，其研究对象为2024年10月-2025年9月收治的42例骨折患者，具体资料如下：

观察组男13例，女8例，平均（ 58.63 ± 4.95 ）岁，尺桡骨骨折者6例（占比28.57%），踝关节单踝骨折者9例（占比42.86%），胫腓骨骨折者6例（占比28.57%）；参照组男12例，女9例，平均（ 58.29 ± 4.76 ）岁，尺桡骨骨折者5例（占比23.81%），踝关节单踝骨折者10例（47.62%），胫腓骨骨折者6例（占比28.57%）。两组骨折患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）经X线或CT检查确诊为骨折者；（2）无手术禁忌证；（3）成年且配合护理干预；（4）已签署知情同意书。

排除标准：（1）开放性骨折、多发性骨折或合并神经血管损伤；（2）既往存在肢体功能障碍史；（3）病历资料缺损。

1.2 方法

1.2.1 参照组

实施常规护理：入院时协助患者测量生命体征，辅助患者开展术前检查，利用宣教手册讲解疾病治疗流程、护理配合要点，使其知晓注意事项。同时，遵医嘱给予患者止痛、消肿、抗感

染等药物，实时观察患者骨折部位血运及肿胀情况。在患者生命体征稳定基础上，协助患者开展康复训练，并叮嘱患者定期复查。

1.2.1 观察组

实施临床护理路径护理，选取外科医生、护士长、责任护士组建护理小组，并以护理时间为横轴，护理措施为纵轴，个性化制定临床护理路径表，具体内容如下：

（1）入院第1天：由责任护士利用NRS疼痛量表、Branden压疮风险评估量表，实时评估骨折患者疼痛程度、压力性损伤风险，并详细记录患肢肿胀、血运情况。积极协助患者开展相关检查，通过抬高患肢减轻肿胀，并通过口服布洛芬胶囊或肌肉注射盐酸哌替啶缓解疼痛^[2]。同时，结合宣教图文手册、科普视频，耐心讲解骨折治疗方案、护理流程，并通过分享成功案例，引导患者树立积极治疗观念。

（2）入院第2-7天：术后1d协助患者落实皮肤准备、禁食禁饮指导，辅助患者开展床上排便训练，并要求术后密切监测生命体征，实时观察患者的切口渗血情况，确保其引流管实时处于通畅状态。术后6h便可协助患者开展翻身训练，并在生命体征稳定情况下进行患肢肌肉等长收缩训练，其训练时长通常在10-15min，训练频率为3次/日。若患者术后疼痛难忍，责任护士可利用音乐疗法、转移注意力等非药物镇痛方式辅助减轻患者疼痛感，并依据NRS疼痛变化情况，动态调整镇痛方案。

（3）入院第8天至出院前：责任护士依据骨折患者恢复情况，动态化调整训练强度，并积极指导患者开展腕关节屈伸、踝关节背伸跖屈等主动活动训练，其训练时长控制在15-20min，每日训练频率为3-4次，全程需由责任护士陪同，避免患者因训练流程不合理而造成二次损伤^[3]。每日协助患者定时开展翻身拍背，确保患者皮肤处于清洁干燥状态，并正确指导患者开展深呼吸训练。每日饮食食谱设计需结合患者的营

养状态、饮食爱好，鼓励患者日常增加优质蛋白，远离辛辣、刺激性食物。

(4) 出院当天及随访：当骨折患者达到出院标准，由责任护士发放出院康复手册，耐心讲解居家康复训练计划的重要性，并通过集中宣教强调患肢肿胀加重、皮肤温度异常等异常情况处理技巧。同时，整理患者资料并建立随访档案，在住院后1周、2周、4周开展电话随访工作，实时掌握患者居家康复信息，并耐心解答患者、家属疑问。

1.3 观察指标

(1) 术后临床指标：整理肠鸣音恢复时间、肛门排气时间及住院时间。

(2) 疼痛评分：在治疗前、术后3d/7d，利用NRS量表(0-10分)评估骨折患者疼痛程度，0分为无痛，10分为剧痛，分值越高疼痛越剧烈^[4]。

(3) 并发症率：统计压力性损伤、关节僵硬、深静脉血栓发生情况。

1.4 统计学方法

采用SPSS28.0统计学软件处理数据，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行t检验，计数资料以[n(%)]表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后临床指标对比

观察组术后指标恢复时长均短于参照组($P < 0.05$)，详见表1。

表1 两组术后临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	参照组	t 值	P 值
例数	21	21		
肠鸣音恢复时间(h)	9.51 ± 2.73	13.94 ± 2.17	5.982	<0.001
肛门排气时间(h)	14.42 ± 3.29	19.26 ± 3.47	5.043	<0.001
住院时间(d)	10.61 ± 2.19	17.94 ± 3.26	6.725	<0.001

2.2 两组NRS评分对比

观察组术后3d/7d的NRS评分均显著低于参照组同期评分($P < 0.05$)，详见表2。

表2 两组NRS评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	参照组	t 值	P 值
例数	21	21		
治疗前的NRS评分	6.21 ± 0.51	6.35 ± 0.59	0.973	0.862

术后3d的NRS评分	3.02 ± 0.81	4.86 ± 1.07	8.763	<0.001
术后7d的NRS评分	1.51 ± 0.62	2.97 ± 0.71	7.083	<0.001

2.3 两组并发症发生率对比

观察组并发症发生率为4.76%，显著低于参照组的19.04% ($P < 0.05$)，详情见表3：

表3 两组并发症发生率对比[n(%)]

组别	观察组	参照组	χ^2 值	P 值
例数	21	21		
压力性损伤	0(0.00)	1(4.76)		
关节僵硬	1(4.76)	2(9.52)		
深静脉血栓	0(0.00)	1(4.76)		
总发生率	1(4.76)	4(19.04)	9.763	<0.001

3 讨论

骨折患者可因剧烈疼痛、肢体功能障碍而限制活动功能，并在心理应激因素作用下滋生焦虑、抑郁情绪，不利于患者的功能恢复。同时，由于乡镇卫生院医疗资源与护理水平有限，部分患者可因治疗或护理不当而遗留各种后遗症。传统护理模式多为责任护士遵从医嘱开展常规照护，部分患者可因生理、心理需求未得到系统满足，而延长住院时间，增加医疗费用，更有甚者直接影响患者预后^[5]。临床护理路径是将时间框架作为护理指导，通过查阅文献寻找循证依据制定的标准化护理流程，可有效解决传统护理缺乏精准化护理服务的局限性，确保患者康复进程加快。

在本次研究中，观察组术后临床恢复时长、术后3d/7d的NRS评分均低于参照组($P < 0.05$)，说明临床护理路径应用价值显著。该护理模式要求明确骨折患者的术后康复训练内容，即术后6h开展患肢肌肉等长收缩训练，术后2-7天开展关节被动或主动活动训练，其训练模式可加快骨折患者的患肢血液循环，通过减轻局部组织的水肿症状，加速骨折端血供恢复。同时，临床护理路径护理模式要求医护人员结合患者的并发症风险，制定翻身、深呼吸训练、抬高患肢等预防性措施，可有效避免患者因并发症而延长住院时间。该临床护理路径表明要求患者将护理服务延长至院外随访环节，集中宣教、电话随访可帮助责任护士实时了解患者的康复情况，避免患者因未掌握康复训练技巧而造成二次损伤，以此缩短术后恢复时长。临床护理路径要求小组成员实时评估患者的疼痛程度，并通过镇痛药物、音乐疗法、转移注意力等途径，动态监测并调整镇痛方案，可有效避免传统护理的滞后性。由于骨折患者疼痛因素与患肢肿胀、炎症反应有关，临床护理路径特要求患者在入院时抬高患肢，旨在减轻组织水肿，并通过早期康复训练加速炎症

因子代谢，以此达到降低术后疼痛的目标。

研究还发现，观察组发生关节僵硬者1例，而参照组出现压力性损伤1例、关节僵硬2例，深静脉血栓1例，共计4例，两组并发症率对比差异显著（ $P < 0.05$ ），说明临床护理路径护理有助于降低骨折患者并发症风险。骨折患者压力性损伤风险多与局部组织长期受压、血液循环障碍等因素有关，且此类人群存在肢体制动、活动能力下降等问题，临床护理路径要求责任护士在患者入院时利用专业评估工具评估病情，通过积极引导患者开展健侧肢体自主活动、患肢抬动训练，减少骨折患者的局部组织持续受压时长。同时，该护理模式要求责任护士实时清洁患者的受压部位皮肤，并通过调整饮食结构，改善患者

的皮肤营养状态。关节僵硬则与关节周围软组织粘连、肌肉萎缩等因素有关，临床护理路径要求患者术后6h开展患肢肌肉等长收缩训练，通过肌肉的被动收缩与舒张训练，加快关节液循环，以此降低早期粘连风险。深静脉血栓则与骨折患者长期制动导致血液高凝或静脉回流不畅等因素有关，临床护理路径要求患者早期实施体位干预，通过抬高患肢，降低血液瘀滞风险，而早期康复训练可加速血液流动，降低并发症风险。

综上所述，根据骨折患者的实际情况，在临床诊疗中应用临床护理路径护理模式，可有效控制关节僵硬、深静脉血栓等并发症风险，减轻术后疼痛感，并进一步缩短住院时长，值得推广。

参考文献：

- [1] 丁永福.女性踝关节骨折手术围术期患者运用临床护理路径的效果研究[J].婚育与健康,2025,31(12):160-162.
- [2] 朱会,李秀娟,李茜.基于人文关怀的临床护理路径在踝关节骨折患者围术期的应用研究[J].中华养生保健,2025,43(09):137-140.
- [3] 吴文琴.临床护理路径对四肢骨折患者睡眠质量及功能恢复的影响[J].黑龙江中医药,2024,53(01):347-349.
- [4] 游淑英.疼痛管理临床护理路径干预对骨折术后患者疼痛程度、睡眠质量及心理应激的影响[J].中国医药指南,2023,21(36):15-19.
- [5] 张榕芳.中医护理临床路径在老年骨折患者标准化管理中的应用[J].中国标准化,2022,(14):266-268.