

老年髋部骨折衰弱患者应用协同护理模式的效果研究

吕亚娟

新疆医科大学第六附属医院 新疆 乌鲁木齐 830092

【摘要】目的：探讨协同护理模式在老年髋部骨折衰弱患者中的实际应用效果。方法：整理2024年10月-2025年9月我院接收的老年髋部骨折衰弱患者的病例资料，根据基线资料均衡可比原则，将符合纳入及排除标准的78例老年髋部骨折衰弱患者，按照随机数字表法分为参照组（39例）和观察组（39例）。其中，参照组采取常规护理模式，而观察组则应用协同护理模式，对比Harris髋关节评分、衰弱指数、生活质量评分和并发症。结果：护理前，两组老年患者Harris髋关节评分、衰弱指数和生活质量评分对比，数据无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，观察组衰弱指数低于参照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组Harris评分高于参照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组精力状态、情感功能、社会功能、健康状态、心理机能维度评分均高于参照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组有1例患者出现肺部感染，占比为2.56%，而参照组肺部感染3例，占比为7.69%，压力性损伤者2例，占比为5.13%，深静脉血栓1例，占比为2.56%，总并发症占比为15.38%，两组总并发症发生率对比，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：根据老年髋部骨折衰弱患者的实际身心需求，在临床护理中应用协同护理模式，有利于全面提高日常生活质量，改善髋关节功能和衰弱指数，降低肺部感染、压力性损伤等并发症风险，值得推广。

【关键词】：老年髋部骨折；衰弱；协同护理；生活质量；并发症

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.044

髋部骨折是多发于老年群体的创伤性疾病，此类人群多存在慢性基础性疾病，并伴有骨质疏松，且生理储备能力、反应灵敏度下降，常因机体衰弱而增加围手术期风险^[1]。由于机体衰弱会增加术后康复难度系数，延长患者住院时间，加强老年髋部骨折衰弱患者临床护理尤为必要。常规护理模式多为遵医嘱开展骨科专科护理，常因无法满足现代医学理念，而忽略老年衰弱患者的身心需求，致使照护效果达不到患者预期。协同护理模式是以患者为中心的新型护理模式，通过整合骨科、康复科等多学科资源，为特殊患病群体提供系统性护理服务，有助于提高护理质量，确保患者获得理想治疗预期^[2]。基于此背景，本文就协同护理模式在老年髋部骨折衰弱患者治疗中发挥的优势进行系统分析，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究经伦理委员会审核批准，研究对象为2024年10月-2025年9月收治的78例老年髋部骨折衰弱患者，纳入标准：①符合股骨颈骨折或股骨粗隆间骨折诊断标准；②年龄 ≥ 60 岁；③具备手术指征；④能够正常沟通。排除标准：①合并影响下肢活动能力疾病；②病理性骨折；③严重肝肾功能不全；④年龄 < 60 岁；⑤同期参与类似护理试验。将78例老年患者分成参照组和观察组，前者男性14例（占比35.90%），女性25例（占比64.10%），年龄（ 69.04 ± 3.84 ）岁，股骨颈骨折18例（占比46.15%），股骨粗隆间骨折21例（占比53.85%），而后者男性13例（占比33.33%），女性26例（占比66.67%），年龄（ 69.21 ± 3.76 ）岁，股骨颈骨折19例（占比48.72%），股骨粗隆间骨折20例（占比51.28%）。两组老年髋部骨折衰弱患者一般资料对比，无显著差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 参照组

行常规护理模式，包括协助患者开展术前检查，口头讲解手术流程、护理配合要点，耐心安抚患者情绪，术后加强病情观察，落实基础疼痛护理、饮食指导和切口护理，保持病室环境干净整洁，积极指导患者开展康复锻炼等。

1.2.2 观察组

行协同护理模式，措施如下：

（1）组建护理小组：成立由主治医师、骨科专科护士、康复治疗师、心理咨询师、营养师共同组建的协同护理小组，定期参与老年髋部骨折衰弱专题讲座，明确协同护理理念，并通过小组会议、查询文献、咨询专家等方式，确定协同护理流程。

（2）开展协同护理：①术前协同评估，小组成员共同开展老年患者综合评估工作，包括衰弱程度、有无基础疾病、营养状况、心理状态等，根据老年患者实际身心需求，制定符合患者个体差异的护理方案^[3]。②健康教育，根据患者对于自身疾病的实际认知情况，利用发放图文手册、口头讲解、视频播放等方式，细心讲解骨折病因、治疗现状。同时，于术前纠正患者的贫血、低蛋白血症等问题，并耐心指导患者掌握呼吸功能、肌力训练技巧。③心理护理，在护患面对面沟通时，细心观察面部表情、肢体动作，结合专业量表评估患者的心理状态，引导其讲述内心担忧情况，并通过换位思考，给予患者安慰和鼓励。同时，鼓励家属积极参与至患者的日常护理中，并通过眼神、抚触等方式增强家庭情感支持。④疼痛护理，利用科普视频讲解疼痛原因、缓解方法，合理调节舒适体位，必要时遵

医嘱应用止痛药物。同时，在患者实施换药、被动活动时保持动作轻柔，并通过语言安慰、播放舒缓音乐，提高患者疼痛阈值。⑤功能锻炼，术后24h内启动物理预防治疗，包括气压治疗、踝泵运动等。待患者生命体征稳定后，在康复治疗医师的协助下制定踝泵运动、股四头肌训练和关节活动度训练方案，运动频率为3次/日，每次运动时长控制在5-10min，具体训练频率依据老年患者实际耐受能力决定^[4]。⑥饮食护理，在营养医师的协助下制定符合老年骨折患者营养状况的饮食方案，术后1-7d注重行气活血、消肿止痛，术后2-4周注重续筋接骨，术后4周注重益气养血、壮筋骨。同时，强调营养支持促进身体康复的重要性。⑦延续护理，建立随访方案，并通过电话、微信等途径，了解老年患者居家状况，耐心解答疑问，并引导患者按时复查。

1.3 观察指标

①衰弱指数：评估老年患者躯体、功能、心理、社会维度健缺陷，分值越高，衰弱越严重^[5]。②髌关节功能：采用Harris髌关节评分量表，评估老年患者髌关节功能，总分100分，分值越高功能越好^[6]。③生活质量：采用SF-36量表，评估老年患者日常生活质量，每个维度总分100分，分值越高生活越好^[7]。④并发症：统计并比较肺部感染、压力性损伤和深静脉血栓发生情况。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组衰弱指数、Harris评分对比

两组衰弱指数、Harris评分均呈现明显变化，且观察组衰弱指数低于参照组，Harris评分高于参照组($P < 0.05$)，详见表1。

表1 两组衰弱指数、Harris评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	观察组	参照组	t值	P值	
例数	39	39			
衰弱指数	护理前	0.38±0.05	0.37±0.06	0.783	0.275
	护理后	0.12±0.04	0.29±0.05	4.282	0.016
Harris评分 (分)	护理前	42.19±6.24	41.83±5.96	0.361	0.678
	护理后	78.68±6.81	65.89±7.18	9.038	<0.001

2.2 两组生活质量评分对比

两组生活质量评分均呈现明显变化，且观察组评分高于参照组($P < 0.05$)，详见表2。

表2 两组生活质量评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

指标	时间点	观察组 (n=39)	参照组 (n=39)	t值	P值
精力状 态(分)	护理前	62.28±4.93	62.19±4.26	0.631	0.136
	护理后	81.12±3.72	75.24±3.16	12.302	<0.001
情感功 能(分)	护理前	63.34±4.28	63.53±4.04	0.486	0.562
	护理后	82.25±3.71	75.62±3.47	10.263	<0.001
社会功 能(分)	护理前	61.26±4.48	61.98±4.41	0.351	0.224
	护理后	81.63±3.53	74.38±3.67	12.684	<0.001
健康状 态(分)	护理前	62.34±4.64	62.57±4.23	0.853	0.351
	护理后	80.56±3.92	73.28±3.69	13.124	<0.001
心理机 能(分)	护理前	63.54±4.75	63.19±4.36	0.325	0.342
	护理后	82.72±3.28	74.38±3.53	12.672	<0.001

2.3 两组总并发症率对比

观察组总并发症率为2.56%，显著低于参照组的15.38% ($P < 0.05$)，详见表3：

表3 两组总并发症率对比 $[n(\%)]$

组别	观察组	参照组	X^2	P
例数	39	39		
肺部感染	1 (2.56)	3 (7.69)		
压力性损伤	0 (0.00)	2 (5.13)		
深静脉血栓	0 (0.00)	1 (2.56)		
总发生率	1 (2.56)	6 (15.38)	7.374	<0.001

3 讨论

老年髌部骨折常见于股骨颈骨折、股骨粗隆间骨折，保守治疗易增加深静脉血栓、压力性损伤等并发症，且患肢长期制动易引发关节僵硬、肌肉严重萎缩，导致日常生活质量直线下降。因此，临床多建议无明显手术禁忌证的老年患者开展手术治疗。然而，此类患病群体机体功能随年龄的增长而逐渐衰退，围术期间普遍存在肌力下降、营养失衡等问题，术后易增加肺部感染等并发症风险。由于常规护理模式过于单一，在临床实践中常难以全面改善老年骨折患者衰弱状态，而延长住院时间。作为以患者为中心的协同护理，可根据老年髌部骨折衰弱患者的实际照护需求，系统制定围术期护理服务，以此提升护理工作专业性、有效性。

本次研究数据指出，观察组衰弱指数低于参照组，Harris

评分、日常生活质量评分高于参照组 ($P<0.05$)，由此说明协同护理模式可降低老年患者衰弱指数，并进一步改善髋关节功能和生活质量。由于老年衰弱状态多表现为机体生理储备降低、应激耐受能力减弱，协同护理模式要求专科护士、康复医师等医疗工作者组建协同护理小组，通过术前纠正贫血、电解质紊乱状态，大力开展健康宣教活动，耐心安抚患者紧张、焦虑情绪，全面改善患者术前状态，并通过术后程序化疼痛管理减轻术后疼痛，在患者生命体征稳定后开展早期康复训练，可促进骨折有效预后，为髋关节功能改善奠定良好基础。与此同时，营养师根据老年患者围术期间的实际营养状况制定饮食方案，确保维生素、矿物质等营养元素摄入量满足患者机体需求，可避免患者因营养不良问题而减缓骨折愈合速度。协同护理模式要求各个临床经验丰富的医护人员，在围术期间全程贯彻以患者为中心的人文关怀理念，通过加强患者的家庭和社会情感支持，由此提升日常生活质量。研究还发现，观察组总并

发症率为 2.56%，显著低于参照组的 15.38% ($P<0.05$)，与杨慧敏^[8]等人的研究结果一致，说明根据老年患者实际情况制定护理方案可显著控制并发症风险。实际上，老年患者术后并发症病因多与自身生理储备不足有关。协同护理模式特要求专科医师、康复治疗医师等医疗工作者通过小组会议共同开展老年患者的综合评估工作，即通过识别高风险因素制定护理方案，全面提升护理服务的有效性、针对性，由此控制住院期间并发症风险。由于部分老年患者可因居家缺乏科学照护而增加并发症风险，协同护理模式特要求医疗工作者加强延续性护理，通过电话、微信随访的方式，了解老年患者居家情况，并全面提升老年患者居家照护能力，以实现降低并发症风险目的。

综上所述，将协同护理模式应用于老年髋部骨折衰弱患者的围术期间，有助于降低衰弱指数，改善髋关节功能，提高日常生活质量，并控制围术期并发症风险，值得推广。

参考文献:

- [1] 刘莹,杜业呈,张志丽.老年综合评估理念下的围手术期综合护理在髋部骨折合并衰弱患者中的应用[J].中外医疗,2025,44(10):133-136+144.
- [2] 白梅,薛莉,窦丽.链式亲情护理模式对老年衰弱住院患者情绪及生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2025,52(04):1300-1303.
- [3] 李祖芳,黄雪英.老年住院衰弱患者人性化理念的护理干预[J].家庭生活指南,2025,41(08):109-110.
- [4] 贾云洋,梁小芹,霍妍,等.老年髋部骨折围手术期衰弱护理管理专家共识(2024)[J].骨科临床与研究杂志,2025,10(02):65-71.
- [5] 许建.针对性护理干预对老年衰弱患者影响观察[J].中国城乡企业卫生,2024,39(10):198-200.
- [6] 董艳.健康赋权理论对老年脆性骨折患者术后自我效能及衰弱状况的影响及临床意义[J].铜陵职业技术学院学报,2024,23(03):80-83+95.
- [7] 蒲传娟,陈娜丽,蒋晓红,等.标准化老年衰弱评估在老年患者护理中的应用[J].中国标准化,2024,(18):281-284.
- [8] 杨慧敏,潘卫宇,谢煜,等.Edmonton 衰弱量表指导下围术期分级管理在老年髋部骨折伴衰弱病人中的应用[J].护理研究,2024,38(05):902-906.