ERAS 一体化护理在老年股骨颈骨折髋关节置换围术期的研究进展

董潇影　贾燕丽（通讯作者）
上海市第一人民医院嘉定医院（上海市嘉定区江桥医院）骨科 上海 201812

【摘　要】：股骨颈骨折属于骨科发生率较高的一类疾病，常见于老年群体，主要与骨质疏松存在关系，近年来我国人口老龄化形势较为严峻，此类疾病发生率呈递增形势。针对老年股骨颈骨折的治疗，现阶段临床将髋关节置换术作为金标准术式，具有理想的安全性和效果，但是围术期管理仍面临并发症发生率高、术后疼痛控制不佳、康复周期长等挑战。加速康复外科（ERAS）理念首次提出时间为 1997 年，现阶段已经得到了临床较为广泛的应用，所取效果较为显著。本文针对 ERAS 一体化护理在老年股骨颈骨折髋关节置换围术期的运用进行了综述，通过术前、术中及术后三个环节梳理了 ERAS 一体化护理在老年股骨颈骨折髋关节置换围术期的核心措施，全面分析了 ERAS 一体化护理的运用价值，同时总结了当前研究的局限性及未来发展方向，期望为老年股骨颈骨折髋关节置换围术期护理提供指导。

【关键词】：ERAS 一体化护理；老年；股骨颈骨折；髋关节置换围术期；研究进展

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.018

股骨颈骨折具有较高的发生率，属于老年群体中常见的髋部骨折类型，在全身骨折中的占比为 3.58%，髋部骨折中的占比为 5%[1]。近年来全球人口老龄化形势不断加剧，较大程度上增加了骨折风险，尤其以股骨颈骨折较为常见，属于老年群体常见疾病，对老年人生活质量存在影响，已经成为了一项较为严重的公共卫生问题。老年患者生理机能显著衰退，存在不同程度骨质疏松、平衡能力减退、肌力降低等情况，因此存在较高的骨折风险，且此类患者合并存在高血压、糖尿病、冠心病等多种基础疾病，显著增加了骨折复杂性。全髋关节置换术（THA）属于临床治疗股骨颈骨折的金标准术式，可有效恢复解剖结构，能够恢复负重行走功能，有效避免了股骨头缺血性坏死情况，因此在老年股骨颈骨折治疗中具有重要意义。但是由于老年患者存在诸多特殊性，如老年患者生理储备功能及器官功能均退化，对于手术、麻醉的耐受力较差，且此类患者术后卧床时间较久，进一步增加了术后深静脉血栓、肺部感染、压疮等并发症风险，康复进程较为缓慢。传统围手术期护理存在术前禁食时间长、术后镇痛滞后、康复干预碎片化等弊端，难以实现快速康复需求。ERAS 一体化护理属于新型护理模式，通过一系列循证医学证据开展围术期优化措施，可有效减轻应激反应，降低并发症风险，有助于术后快速康复。近年来 ERAS 理念得到了临床广泛的应用，强调多学科协作，涉及术前宣教、营养支持、麻醉优化、微创操作、早期活动、疼痛管理等全流程干预，为老年股骨颈骨折髋关节置换围术期护理工作提供了新思路[2]。本文系统分析了 ERAS 一体化护理在老年股骨颈骨折髋关节置换围术期的研究进展，对核心护理措施、循证依据进行了梳理，期望为相似病例提供指导。

1 ERAS 一体化护理的理论基础与发展脉络

1.1 ERAS 理念起源及演进

ERAS 理念首次由 Kehlet 在 1997 年提出，该理念的诞生标志着围术期管理范式的根本性转变。传统围术期护理重点强调了术前禁食、术后卧床休息、适度活动等，具有一定的康复效果，但是在预防并发症、缩短康复进程方面的效果并不理想。ERAS 理念倡导通过多学科、多模式以干预措施促进患者康复，其理论基础为：手术属于应激源，其创伤所致的应激反应是造成术后器官功能障碍及相关并发症的核心机制，通过对围术期各环节进行优化管理，可减轻应激反应并维持内环境稳定性，进而促进康复。关节外科领域中 ERAS 理念经历了引入至指南制定的过程，国际 ERAS 学会自 2020 年发布了髋膝关节置换围术期护理的共识声明，为临床实践提供了标准化的框架，该共识涉及术前患者教育、营养筛查与干预、液体管理、麻醉方案选择、术后早期活动及进食等核心建议，重点强调了循证医学证据围术期路径的优化措施[3]。

1.2 一体化护理内涵及特征

一体化护理是在 ERAS 理念倡导下形成的系统性护理措施，核心特征为连续性、多学科性、个体化。其中连续性有效打破了传统护理中术前、术中及术后各阶段相对割裂的状态，从而形成覆盖围术期全过程的连续照护链条。多学科主要指的是由骨科医师、护理人员、麻醉医师、营养师、康复治疗师等组成协作团队，明确相关成员职责后系统决策，可为患者提供更加系统、科学的干预。以标准化路径为基础，依据患者基础疾病、年龄、认知功能、营养状态等实施动态调整，充分体现了精准护理的理念，因此具有较为显著的个体化特征[4]。针对老年股骨颈骨折患者而言，一体化护理的上述特征具有重要意义，主要原因是老年患者存在较大的异质性，统一、常规的 ERAS 理念难以满足其多样化需求，而个性化护理体征恰好弥补了这一缺陷。

1.3 ERAS 在老年骨科患者中的适用性

目前临床已经证实了 ERAS 在多学科领域中的应用效果，但是老年群体中适用性需要谨慎评估，老年患者存在不同程度的认知功能衰退、营养不良、多重用药等情况，对于 ERAS 措

施的实施效果及安全性均有影响。相关研究发现，针对老年股骨颈骨折髋关节置换围术期开展ERAS理念后，可明显减轻术后疼痛并降低并发症率，且研究群体主要为60岁以上老年人，充分证实了ERAS的可行性与有效性。但是部分学者表示，老年衰弱患者对于ERAS路径中某些措施的耐受性较低，例如老年患者存在不同程度认知功能衰退情况，因此早期下床活动的开展存在局限性，且多模式镇痛中阿片类药物的节俭使用，需要平衡疼痛控制以及不良反应情况，故老年患者开展ERAS时更加需要重视风险分层与个体化的调整[5]。

2 ERAS一体化护理的核心措施以及循证依据

2.1 术前护理优化

（1）综合评估和风险分层：在ERAS一体化护理开展过程中，术前评估属于重要基础，也是护理工作开展的起点。针对老年股骨颈骨折患者，术前评估内容涉及功能状态、认知功能、心理状态、营养状况、并发症等多个维度，常用工具涉及美国麻醉医师协会（ASA）分级、营养风险筛查2002（NRS 2002）、微型营养评估（MNA）等，通过对上述内容进行综合评估，可精准识别高危患者，为个体化方案的制定提供了有效的依据[6]。值得关注的是，老年股骨颈患者因制动、疼痛等处于应激状态，若术前禁食时间较长，可加剧分解代谢与营养耗竭，因此ERAS指南推荐术前口服碳水化合物负荷，从而减轻胰岛素抵抗并维持血糖的稳定性。

（2）术前教育及心理支持：术前教育同样作为ERAS一体化护理的重要组成部分，通过详细、科学的宣教，可帮助患者全面了解手术过程、疼痛管理方案、术后康复路径等，对改善患者不良情绪，提升康复依从性具有重要意义。针对老年患者的健康宣教，相关材料需要做到通俗易懂，同时需要充分考虑认知功能差异，必要时邀请家属参与宣教工作，可让家属掌握手术及康复知识，可为患者提供更好的照护。

（3）营养筛查及预康复：老年股骨颈骨折患者存在较高风险的营养不良情况，而营养状况对术后感染、功能恢复、伤口愈合存在较为密切的影响。ERAS一体化护理开展过程中，通过进行术前系统性的营养筛查，可明确患者营养不良风险程度，从而提供口服营养补充或肠内营养支持，可促进营养状态改善，对降低术后并发症、促进康复具有重要价值[7]。预康复属于近年来兴起的新理念，指的是术前阶段通过运动训练、心理干预、营养优化等逐步提升患者储备功能，虽然在择期手术中的应用较多，但是对需要尽早手术的患者，术前等待有限，面临时间窗口短等问题，因此这一领域值得深入研究[8]。

2.2 术中护理管理

（1）麻醉优化及液体管理：麻醉方案的选择对于术后恢复速度存在直接影响，ERAS推荐采取区域阻滞麻醉或联合麻醉，较大程度上减少了全身麻醉的相关并发症，还可提供理想的术后镇痛基础[9]。针对老年患者采取区域麻醉后，显著降低了认知功能障碍、肺部并发症等风险，且目标导向液体管理能够维持稳定的循环，避免了液体过负荷或不足，属于ERAS术中管理的关键。

（2）手术入路的协同效应：手术入路选择对于ERAS的实施效果同样具有重要影响，近年来老年THA手术中直接前入路（DAA）因其经肌肉间隙进入、不切断肌肉的优势，获得了高度关注。某倾向性评分匹配研究显示，DAA与后外侧入路在ERAS路径对比结果显示DAA组住院时间更短，早期疼痛评分更低，髋关节功能恢复更快，结果说明微创入路与ERAS理念具有协同效应，二者相结合后有效加速了康复进程[10]。

2.3 术后康复

（1）多模式镇痛干预：老年THA患者术后存在较为显著的疼痛，是影响早期活动的重要因素，同时也是ERAS护理的核心管理目标。多模式镇痛下，通过联合不同作用机制的镇痛技术或者药物，具有“节俭阿片”的镇痛目标，可有效减少阿片类药物相关不良反应，常用的镇痛措施涉及非甾体抗炎药、区域阻滞、局部浸润镇痛等。研究表明，针对老年THA术后患者实施基于ERAS理念的多模式镇痛后，可有效控制不同阶段的疼痛情况，对减少阿片类药物的使用、促进术后早期下床活动具有重要意义[11]。

（2）早期下床及功能训练：在ERAS术后护理工作中，早期下床属于核心环节，对预防肺部感染、深静脉血栓、肌肉萎缩等相关并发症具有重要作用，ERAS指南推荐术后24h内即可开始下床活动。制定活动方案中，需对患者实际情况实施评估，确保训练方案循序渐进开展，首先进行床上踝泵训练、股四头肌等长收缩，逐步过渡至坐位训练、站立训练、助行器辅助行走等。

（3）营养支持及预防并发症：术后早期恢复经口进食是ERAS的基础要求，对维持肠道功能、改善营养状态具有重要意义，针对术前评估发现营养不良的患者，术后需继续遵医嘱采取个体化的营养支持，逐步由肠内营养过渡至经口饮食。此外，ERAS还强调术后深静脉血栓的精准防控，如机械预防（弹力袜、间歇充气加压装置）、药物预防等，联合措施可有效降低静脉血栓风险[12]。

3 当前研究的局限和未来方向

虽然现有研究普遍支持ERAS一体化护理对于老年THA围术期患者的积极效果，但是研究标准存在参差不齐的情况，且大部分研究的样本量较少，同时有单中心的设计情况，可能影响证据的可靠性和外推性。未来需设计更为严谨、大样本、多中心的随机对照组实验，从而充分验证ERAS一体化护理的远期效果。

4 结论

ERAS 一体化护理为老年股骨颈骨折髋关节置换围术期患者提供了系统性的解决方案，通过术前、术中及术后全程干预，可全面减轻术后疼痛、缩短康复进程，有助于髋关节功能的恢复。

参考文献：

[1] 陈安娜.加速康复外科护理理念联合康复护理对股骨颈骨折行髋关节置换术后患者疼痛关节功能的影响[J].基层医学论坛,2025,29(15)145-148.

[2] 王素娟,申楠楠,付霜霜.整合式医护团队实施加速康复外科对股骨颈骨折全髋关节置换术患者康复效果的影响[J].实用临床医药杂志,2025,29(9)112-115.

[3] 孙慧娟.基于 FTS 的医护一体化护理模式在老年股骨颈骨折患者人工髋关节置换围手术期中的应用[J].河南医学研究,2024,33(14)2657-2661.

[4] 汪维芳,张雯雯,罗晶晶,等.ERAS 理念联合骨科康复护理对股骨颈骨折患者髋关节置换术后疼痛及恢复情况的影响[J].中国医药导报,2024,21(2)166-169+174.

[5] 季红霞.股骨颈骨折行人工全髋关节置换术的快速康复护理效果分析[J].基层医学论坛,2023,27(30)87-89.

[6] 宋鹏.加速康复外科在髋关节置换患者中的应用研究[J].系统医学,2022,7(17)122-125.

[7] 彭晓梅.医护一体化护理对老年股骨颈骨折全髋关节置换术后患者健康知识掌握程度及 DVT 发生率的影响[J].透析与人工器官,2022,33(2)130-132.

[8] 李玉玺.加速康复外科(ERAS)理念在全髋关节置换患者围手术期护理中的临床应用效果[J].现代诊断与治疗,2021,32(21)3511-3512.

[9] 张明月,刘涛杰,温金亚,等.康复路径联合加速康复外科在行全髋关节置换术老年股骨颈骨折患者中的应用效果[J].中国校医,2021,35(10)773-775.

[10] 吴惠芳,郑雪玲,陆变,等.快速康复外科理念下的围术期护理对老年股骨颈骨折全髋关节置换术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(14)40-43.

[11] 严春花,徐洲发,李红英,等.中西医结合加速康复护理在微创全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者围手术期的应用效果[J].医疗装备,2021,34(11)144-145.

[12] 包浩月,马跃瑞,席梅荣.快速康复护理结合中医护理在预防老年股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓形成中的应用[J].实用中医内科杂志,2023,37(5):108-110.