医院-家庭过渡期护理模式对骨质疏松椎体压缩性骨折 PKP 术后疼痛及自理能力的影响

吴宗芹　杨懿蓉
宜都市人民医院 湖北 宜都 443300

【摘　要】：目的：探讨医院-家庭过渡期护理模式对骨质疏松椎体压缩性骨折 PKP 术后疼痛及自理能力的影响效果。方法：采用前瞻性随机对照试验设计，选取 2026 年 1 月～2026 年 8 月在我院就诊的骨质疏松椎体压缩性骨折行 PKP 术的患者 85 例为对象，按随机数字表法分为对照组（n=42，常规护理）与观察组（n=43，医院-家庭过渡期护理），待患者出院时完成两组患者疼痛状况、自理能力以及护理满意度的评估与对比。结果：护理前两组患者疼痛状况与自理能力评分比较结果均无差异（P＞0.05）；护理后两组患者疼痛评分与自理能力评分存在明显差别（P＜0.05）。观察组护理满意度为 95.35%（41/43）与对照组的 80.95%（34/42）相比，差异明显（x^2=4.242，P=0.039）。结论：对实施 PKP 术的骨质疏松椎体压缩性骨折患者进行术后医院-家庭过渡期护理模式，可大幅降低患者术后疼痛程度，改善其自理能力，并以此提升患者对护理服务的整体满意度，值得临床推广应用。

【关键词】：骨质疏松椎体压缩性骨折；PKP 术；医院-家庭过渡期护理模式

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.044

骨质疏松椎体压缩性骨折（OVCF）是骨质疏松症中较为常见且影响严重的并发症之一。流行病学数据显示，我国 50 岁以上人群骨质疏松症患病率约为 19.2%，其中绝经后女性椎体骨折的影像学检出率高达 26.7%[1]。PKP 作为 OVCF 的重要微创治疗手段，能快速缓解疼痛并恢复椎体高度，但术后疼痛的持续存在与功能恢复不良仍然是临床面临的突出问题。约 30%的患者在 PKP 术后 3 个月仍存在中度以上腰背痛，日常生活能力受到显著限制。杜姝姝[2]研究结果表明，现有 PKP 术后护理多集中于住院期间的伤口管理和早期活动指导，出院后的康复支持往往流于形式化，仅靠一张出院指导单、一次电话随访，很难覆盖术后 6 个月这一骨愈合与功能重建的关键窗口期，致使部分患者因缺乏专业护理而出现不同程度的功能恢复延迟甚至并发症加重。因此，探索一种能够贯穿住院与居家阶段的连续性护理方案，成为提升 OVCF 患者术后康复效果的重要方向。医院-家庭过渡期护理模式强调从出院前评估到居家康复的连续性照护，通过结构化随访和多学科协作可弥补出院后的护理断层，让患者术后护理缺口得以有效填补，从而为骨愈合与功能重建提供持续保障[3]。但该模式的探究主要集中在髋部骨折和腰椎术后，缺乏对 OVCF 患者术后疼痛及自理能力影响的系统评价，故本文以部分患者为对象，分析医院-家庭过渡期护理模式在临床应用中的价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经院内伦理委员会审批通过，采用前瞻性随机对照试验设计，选取 2026 年 1 月～2026 年 8 月在我院就诊的骨质疏松椎体压缩性骨折行 PKP 术的患者 85 例为对象，按随机数字表法分为对照组 42 例与观察组 43 例。纳入标准：（1）年龄 61～91 岁，性别不限；（2）经双能量 X 射线骨密度仪检查，T 值≤-2.5；（3）MRI 及 X 线证实为单节段新鲜 OVCF；（4）成功完成 PKP 手术，术后生命体征平稳；（5）意识清楚，具备基本读写和微信使用能力，能配合随访；（6）自愿参与并签署知情同意书。排除标准：（1）椎体骨折非骨质疏松原因所致；（2）多节段骨折；（3）既往有脊柱手术史或 PKP 手术史；（4）存在认知功能障碍或精神疾病；（5）近 3 个月内使用过骨代谢干扰药物。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性，见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

分组	n	性别		年龄（岁）	住院时长（d）	职业分布			
		男	女			农民	自由职业	退休	其他
对照组	42	6	36	72.52±7.28	6.95±1.40	27	11	3	1
观察组	43	12	31	74.07±7.01	6.37±1.32	20	17	4	2
t/x^2	-	2.362		1.000	1.966	2.715			
P	-	0.124		0.320	0.053	0.099			

1.2 研究方法

对照组术后实施常规护理，患者返回病房后，责任护士先行生命体征监测，观察穿刺点有无渗血，嘱咐去枕平卧 6h。术后第 1d 起，指导患者在床上做踝泵运动和直腿抬高，协助翻身，避免长期卧床。同时按医嘱给予镇痛药物，减少术后疼痛及不适，并指导其进行腰背肌功能锻炼，以促进早期康复。出院当天发放纸质出院指导手册，口头交代钙剂和维生素 D 的服用方法、饮食搭配、可做的动作和禁忌动作，提醒定期复查，必要时可半年接受一次地舒单抗。出院后 1 个月内，由责任护士进行一次电话随访，询问疼痛和活动情况，叮嘱防跌倒，并

强调按时服药与坚持功能锻炼的重要性，同时解答患者居家康复中的疑问。观察组则在常规护理基础上实施医院-家庭过渡期护理模式，由骨科医师1名、专科护士2名、康复治疗师1名及临床药师1名组成过渡期护理小组。出院前1d，采用出院准备度量表评估患者疼痛程度、腰椎功能、用药依从性、居家环境及照护者能力，并据此制定个体化过渡期护理方案。出院后第1、2、4、8、12周各进行1次电话随访，每次15～20min；第2、4、8周各实施1次微信视频访视，每次20～30min。随访内容包括VAS评分、镇痛药物使用情况、康复锻炼依从性、跌倒风险及骨健康知识掌握程度。通过微信平台每周推送2次康复训练视频，内容涵盖腰背肌等长收缩训练、直腿抬高训练及渐进性下地行走指导；患者上传锻炼视频后，由康复治疗师于48h内给予动作纠正和强度调整。临床药师于第4、12周进行电话用药指导，强调碳酸钙D3片600mg/d、骨化三醇软胶囊0.25μg/d规律服用，并提醒唑来膦酸5mg静脉滴注每年1次，地舒单抗60mg皮下注射每半年1次，确保用药规范与安全性。药物指导主要由主管医生完善辅检，由临床药师指导主管医生用药，护士电话随访指导或者患者在微信群里直接咨询，群里的副主任医师回复。

1.3 观察指标

①疼痛状况：分别于护理前及护理后4、8、12周采用NRS量表评估患者疼痛程度。该方法以0～10分标尺表示疼痛强度，0-10分疼痛逐渐增加，该量表Cronbach's α=0.88[4]。

②自理能力：分别于护理前及护理后4、8、12周采用Barthel指数（MBI）量表评估患者总体自理能力，得分经标准化转换为0～100分，分值越高表示自理能力越好。该量表Cronbach's α=0.89[5]。

③护理满意度:采用本院自行设计的护理满意度调查问卷，于护理后对两组患者进行调查。问卷共20个条目，采用Likert5级评分法，总分100分。≥90分为非常满意，80～89分为满意，60～79分为一般，＜60分为不满意。满意度=（非常满意+满意）例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS 28.0统计软件进行数据分析，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，使用独立样本t检验，计数资料以例（%）表示，使用x^2检验，以P＜0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者组间疼痛情况比较

患者组间疼痛情况比较结果存在明显差异（P＜0.05）。见表2

表2 患者组间疼痛情况比较[（$\bar{x}\pm s$），分]

组别	n	护理前	护理后4周	护理后8周	护理后12周
对照组	42	6.52±1.18	4.21±1.05	3.02±0.86	2.15±0.72
观察组	43	6.48±1.15	3.12±0.94	2.05±0.71	1.24±0.53
t	-	0.158	5.045	5.676	6.647
P	-	0.875	＜0.001	＜0.001	＜0.001

2.2 患者组间自理能力比较

两组患者组间自理能力比较结果存在明显差别（P＜0.05）。见表3

表3 患者组间自理能力比较[（$\bar{x}\pm s$），分]

组别	n	护理前	护理后4周	护理后8周	护理后12周
对照组	42	50.25±8.52	58.34±9.12	65.23±9.85	72.51±10.34
观察组	43	49.86±8.24	65.42±9.53	74.15±10.22	82.63±10.87
t	-	0.215	3.498	4.096	4.396
P	-	0.831	0.001	＜0.001	＜0.001

2.3 患者组间护理满意度比较

观察组护理满意度为95.35%（41/43）与对照组的80.95%（34/42）相比，差异明显（x^2=4.242，P=0.039）。见表4

表4 患者组间护理满意度比较（%）

组别	n	非常满意	满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	42	20	4	10	8	34（80.95%）
观察组	43	39	1	1	2	41（95.35%）
χ^2	-	-	-	-	-	4.242
P	-	-	-	-	-	0.039

3 讨论

OVCF作为一种影响老年人自理能力的常见疾病，多因骨质疏松、骨量丢失及轻微外力作用所致，发病后会出现不同程度的腰背部疼痛与活动受限，严重时甚至影响患者日常起居与心理状态。PKP是一种临床上用来解决OVCF的微创术式，可

借助微创优势，在较短时间内恢复椎体高度、缓解疼痛并改善脊柱稳定性[6]。但无法否认，手术仅能解除局部椎体病变，术后康复与长期管理仍需依托系统化的护理干预，以此巩固手术疗效并降低复发风险。从本次研究结果来看，观察组患者在接受医院-家庭过渡期护理模式干预后，疼痛评分和自理能力改善均显著优于对照组，且护理满意度更高，提示该模式在 OVCF 患者术后康复管理中具有良好应用价值。究其原因：①在常规护理模式下，患者出院后缺乏系统的疼痛评估与用药指导，常因担心药物不良反应而自行减量或停药，导致疼痛管理出现断档。过渡期护理小组在出院后第 1、2、4、8、12 周进行结构化电话随访，动态评估 VAS 评分及镇痛药物使用情况，及时调整镇痛方案，使疼痛管理从住院期间延伸至居家康复全程，避免了疼痛控制的中断与反复，从而显著降低患者疼痛水平，改善其自理能力。②过渡期护理强调多学科协作与个体化健康宣教，护理人员通过视频随访直观观察患者居家康复环境与功能锻炼执行情况，及时纠正不当姿势与活动方式，强化用药依从性，确保碳酸钙 D3 片与骨化三醇规范服用，并督促患者按时接受唑来膦酸静脉滴注治疗，从药物、运动、营养及心理等多维度实施干预，帮助患者建立科学康复行为，进而提升整体康复效果与自理能力[7]。

综上所述，对实施 PKP 术的骨质疏松椎体压缩性骨折患者进行术后医院-家庭过渡期护理模式，可大幅降低患者术后疼痛程度，改善其自理能力，并以此提升患者对护理服务的整体满意度，值得临床推广应用。

参考文献：

[1] 宋纯理.中国老年髋部及椎体骨折大数据分析报告[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2024,17(4):303-307.

[2] 杜姝姝,曹亚琴,闵继康,等.骨质疏松椎体压缩性骨折患者术后自我管理方案的构建及应用研究[J].中华护理杂志,2026,61(4):442-452.

[3] 马红娜,秦乡音,张卫红,等."互联网+"联合多学科院外管理模式在腰椎内固定术后患者医院-家庭过渡期管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2024,30(09):1212-1217.

[4] 栾新,孔琳姝,谢欣,等.住院老年慢性疼痛患者运动认知风险综合征患病率及影响因素研究[J].实用老年医学,2026,40(9):913-917+972.

[5] 徐灵洁,何静之,陶虹.老年女性骨质疏松性椎体压缩骨折患者术后生存现状调查[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(11):842-845.

[6] 韦振飞,曾繁悦,劳贵昌,等.不同入路 PVP 在老年骨质疏松性椎体压缩性骨折治疗中的有效性及安全性[J].中国医学创新,2026,23(7):24-28.

[7] 李红,薛晓波.基于健康赋权理论的过渡期护理对老年下肢骨折术后的影响分析[J].中华养生保健,2024,42(7):102-105.