

中医护理在老年骨折患者标准化应用中的应用

徐涵

江苏南京市浦口区中医院，江苏南京，210000；

摘要：目的：探讨在老年骨折患者标准化管理中使用中医护理干预的应用效果。方法：纳入我院2022年9月~2023年9月内收治的老年骨折患者70例，采用随机数字表法分为对照组（标准化管理护理干预）和观察组（加用中医护理）各35例，对比两组护理效果。结果：干预前两组骨折疼痛评分和日常生活能力评分差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），干预2周和6周后，观察组患者疼痛评分均显著低于对照组，日常生活能力评分高于对照组，差异均存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。且干预后观察组患者生存质量评分均高于对照组，并发症总发生率低于对照组，差异均存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床中对老年骨折患者型标准化管理时使用中医护理能够显著减轻患者骨折疼痛，提高其日常生活能力和生存质量，减少并发症，具有较好应用效果。

关键字：中医护理；老年骨折；标准化管理；应用效果

DOI:10.69979/3029-2808.24.5.018

在人口老龄化日益加剧的今天，老年骨折已成为一个不容忽视的社会健康问题。老年人由于骨密度下降、肌肉力量减弱及平衡能力减退，更易发生跌倒导致骨折，这不仅严重影响老年人的生活质量，也给家庭和社会带来了沉重的负担^[1]。因此，实施老年骨折患者的标准化管理与中医护理，成为了促进患者快速康复、提高生活质量的关键路径^[2]。但由于老年骨折患者常伴有多种基础疾病，如高血压、糖尿病等，长期卧床易导致肺部感染、压疮、便秘、尿潴留、深静脉血栓等并发症。这些并发症不仅延长了康复时间，还增加了护理难度和医疗成本^[3]。现有的标准化管理也主要侧重于技术操作和流程规范，缺乏对老年骨折患者个性化需求的关注。这种“一刀切”的管理方式难以满足患者的实际需求，影响康复效果。因此，临床中将中医护理投入临床应用中。中医护理凭借其独特的整体观念和个体化原则，在促进患者康复、预防并发症等方面具有显著优势^[4]。本研究中，即分析了在老年骨折患者标准化管理中使用中医护理干预的应用效果，具体报道如下：

1 对象和方法

1.1 对象

纳入我院2022年9月~2023年9月内收治的老年骨折患者70例。纳入标准：（1）临床诊断为骨折；（2）年龄 ≥ 60 岁；（3）患者无精神障碍、认知障碍者。排除标准：（1）合并心、肝、肾等重要器官功能障碍者；（2）存在精神疾病、认知功能障碍等无法配合护理者；（3）临床资料不完整或不愿参与研究者。采用随机数字表法分为对照组和观察组各35例。对照组内男性、女性患者占比为16:14；年龄区间61~79岁；平均(73.61

± 2.25)岁。观察组内男性、女性患者占比为17:13；年龄区间60~79岁；平均(73.27 ± 2.55)岁。患者基本情况经统计学分析显示差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。患者均签署《知情同意书》。研究获本院医学伦理委员会审核。

1.2 方法

1.2.1 对照组使用常规标准化管理干预

（1）骨折固定：根据骨折类型和程度，采用适当的固定方法，如石膏、外固定装置或手术内固定。固定有助于减轻疼痛，促进骨折断面的愈合和稳定。定期检查固定装置的松紧度，确保不影响血液循环，避免因固定过紧导致组织损伤。

（2）疼痛管理：老年人常伴随严重疼痛，需及时、适量地给予镇痛药物，并关注药物副作用，避免药物过量或不当使用。采用多模式镇痛方案，包括口服、注射、外用药物及物理治疗等，以达到最佳镇痛效果。

（3）营养支持：骨折后，老年人对营养的需求增加，尤其是蛋白质、维生素D和钙。制定个性化饮食计划，确保摄入足够营养。鼓励患者多吃富含蛋白质的食物（如鸡肉、鱼肉、牛奶、豆制品）、新鲜蔬菜和水果，以及富含钙的食物（如虾皮、海带、绿叶蔬菜）。

（4）康复锻炼：在医生指导下，进行骨折部位周围的肌肉锻炼与功能性运动，以促进受伤区域的力量和灵活性恢复。制定分阶段康复计划，从被动运动到主动运动，再到日常生活能力训练，确保康复过程循序渐进。

（5）并发症预防：定期检查患者身体状况，预防肺部感染、深静脉血栓形成等并发症。鼓励患者多做深呼吸、咳嗽等呼吸运动，促进痰液排出；保持室内空气

流通,减少感染风险。

(6) 环境安全:改善患者的居住环境,减少跌倒风险,如清理地面障碍物、加装扶手、保持地面干燥等。定期进行环境安全检查,确保患者居住环境的舒适与安全。

(7) 定期评估与调整:定期进行康复评估,了解康复进展,并根据评估结果调整治疗方案。与患者及其家属保持沟通,共同制定和调整康复计划。

1.2.2 观察组在上述基础上使用中医护理干预

(1) 情志护理:老年骨折患者常伴有焦虑、恐惧、抑郁等情绪,需进行情志护理。家属与医护人员应耐心倾听患者的担忧和痛苦,给予积极的心理支持和安慰,帮助患者树立康复信心。提供安静、舒适、温馨的康复环境,减少外界干扰。

(2) 饮食调养:遵循中医“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充”的饮食原则,制定个性化饮食计划。多摄入高蛋白、高钙食物,如鸡肉、鱼肉、牛奶、豆制品及富含钙的蔬菜。适量补充维生素D和抗氧化物质(如维生素C、维生素E),增强体质与免疫力。

(3) 中药内服与外治:内服药物以活血化瘀、接骨续筋、消肿止痛为主,如三七、红花、续断等中药。外用药物以舒筋活血、通络止痛为主,如艾叶、生姜、红花等,可制成药膏、药酒等剂型敷于患处。根据骨折的不同阶段(早期、中期、后期),选择相应的中药方剂进行治疗。

(4) 针灸推拿:针灸可以疏通经络、调和气血、缓解疼痛;推拿则通过按摩、揉捏等手法,促进骨折部位的血液循环。根据患者的具体情况和骨折部位,选择合适的针灸穴位和推拿手法进行治疗。

(5) 功能锻炼:在中医指导下进行科学合理的功能锻炼,如关节屈伸、肌肉收缩等。强调循序渐进的原则,避免过度锻炼导致二次损伤。结合中医的阴阳平衡、气血调和理论,制定个性化的功能锻炼方案。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者干预不同时段骨折疼痛情况。采用VAS视觉模拟评分法评估患者干预前、干预2周和干预6周后的疼痛情况,分数范围0~10分,分数与患者骨折疼痛感为正相关。

(2) 对比两组患者干预不同时段日常生活能力情况。采用Barthel日常生活能力评估量表评估患者干预前、干预2周和干预6周后的日常生活能力情况,分数范围0~100分,分数与患者日常生活能力为正相关。

(3) 对比两组患者干预后生命质量。采用QLQ-C30生命质量测定量表评估患者生理功能、社会功能、生命

活力、躯体疼痛和总体健康情况,分数范围0~100分,分数与患者生命质量为正相关。

(4) 对两组患者护理期间出现的压疮、关节僵硬、下肢水肿和下肢深静脉血栓的并发症总发生率。

1.4 统计学分析

采用统计学SPSS23.0软件处理研究数据,计量数据采用 t 和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,均符合正态分布;计数数据采用 χ^2 和%表示, $P < 0.05$ 时组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 骨折疼痛情况对比

观察组和对照组干预前VAS评分分别为(3.86±0.71)、(3.71±0.55)分,组间 $t=0.988$, $P=0.327$;干预2周后两组评分分别为(1.59±0.42)、(1.86±0.50)分,组间 $t=2.446$, $P=0.017$;干预6周后两组评分分别为(0.98±0.29)、(1.15±0.36)分,组间 $t=2.176$, $P=0.033$ 。经分析,干预前两组VAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$),干预2周和6周后,观察组患者评分显著低于对照组,差异均存在统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 日常生活能力对比

观察组和对照组干预前Barthel评分分别为(56.23±5.11)、(55.97±5.42)分,组间 $t=0.207$, $P=0.837$;干预2周后两组评分分别为(65.31±5.32)、(62.16±5.75)分,组间 $t=2.379$, $P=0.020$;干预6周后两组评分分别为(77.14±4.23)、(74.03±5.75)分,组间 $t=2.578$, $P=0.012$ 。经分析,干预前两组Barthel评分差异无统计学意义($P > 0.05$),干预2周和6周后,观察组患者评分显著高于对照组,差异均存在统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 生存质量对比

观察组和对照组生理功能评分分别为(80.66±10.24)、(71.35±10.94)分,组间 $t=3.676$, $P=0.001$;社会功能评分分别为(81.55±11.23)、(73.23±10.32)分,组间 $t=3.227$, $P=0.002$;生命活力评分分别为(80.13±9.97)、(71.50±10.53)分,组间 $t=3.521$, $P=0.001$;躯体疼痛评分分别为(82.64±11.01)、(70.35±12.36)分,组间 $t=4.393$, $P=0.001$;总体健康评分分别为(83.24±12.01)、(74.53±11.32)分,组间 $t=3.122$, $P=0.003$ 。经分析,观察组患者评分均显著高于对照组,差异均存在统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 并发症对比

数据显示,观察组患者关节僵硬1例(2.86%)、

下肢水肿1例(2.86%),无压疮与下肢深静脉血栓发生,并发症总发生率5.71%。对照组患者压疮1例(2.86%)、关节僵硬4例(11.43%)、下肢水肿3例(8.57%)和下肢深静脉血栓2例(5.71%),并发症总发生率28.57%。经分析,观察组并发症总发生率显著低于对照组,两组对比 $\chi^2=6.437$, $P=0.011$,差异存在统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

在老年骨折患者的护理中,标准化管理虽然能够提供一定程度的指导和规范,但面对老年患者的复杂情况,标准化管理往往侧重于统一流程和标准操作,难以充分考虑到老年患者的个体差异,如基础疾病、心理状态、康复需求等。这导致在实际护理过程中,难以做到“因人而异”的个性化护理^[5]。

针对标准化管理存在的不足,联合中医护理在老年骨折患者的护理中展现出显著优势。中医护理强调辨证施治,根据患者的具体病情、体质和心理状态制定个性化的护理方案。这种护理方式能够更精准地满足老年患者的需求,提高护理效果^[6]。中医护理注重患者的心理健康,通过心理疏导、情志调护等方法帮助患者缓解焦虑、抑郁等负面情绪,增强康复信心。这对于提高患者的生存质量和康复进程具有重要意义^[7]。中医护理通过中药疗法、针灸、推拿等多种手段,能够有效预防压疮、深静脉血栓等并发症的发生。例如,通过中药调理气血、活血化瘀,改善患者的局部血液循环;通过针灸刺激穴位,增强机体的免疫功能。中医护理通过中药内服、外敷等方法,能够加速骨折部位的愈合^[8]。中药中的有效成分能够促进骨细胞增殖、分化,加速骨折愈合过程^[9]。中医护理注重患者的功能锻炼和康复训练,通过教授患者一些简单的锻炼方法,帮助他们尽快恢复身体功能,提高日常生活能力。这对于提高患者的生存质量和减少家庭负担具有重要意义^[10]。

综上所述,老年骨折患者标准化管理中中医护理能够提高患者的骨折疼痛缓解、日常生活能力、生存质量

和并发症预防效果。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] 顾柳华,沈贤,邵军,等.中医护理技术在老年髋部骨折病人术后快速康复期的应用与效果评价[J].循证护理,2021,7(7):945-949.
- [4] 王志红.老年骨折患者标准化管理中开展中医护理临床路径的应用效果[J].中国伤残医学,2021,29(16):20-21.
- [5] 顾柳华,沈贤,吴丹,等.中医护理对老年髋部骨折患者术后快速康复期疼痛和睡眠障碍的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,2(1):37-40.
- [6] 王云琪,吴晓晗.中医护理在老年股骨粗隆间骨折术后疼痛与髋关节活动度的应用[J].实用中医内科杂志,2020,34(9):99-102.
- [7] 侯艳梅.中医护理干预预防老年股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓的效果[J].首都食品与医药,2020,27(2):108.
- [8] 陈林英.中医护理在老年骨质疏松性股骨颈骨折患者中的应用价值[J].当代护士(下旬刊),2020,27(3):121-123.
- [9] 许金.中医护理途径对于老年髋部骨折临床疗效与并发症的影响研究[J].中国保健营养,2020,30(28):203.
- [10] 叶婷婷.中医护理技术应用于下肢骨折患者术后疼痛干预中的效果[J].中国药物经济学,2024,19(z1):148-150.