

医护患共同决策护理对老年髋部骨折患者骨折愈合及术后并发症的影响

王琦¹, 周青秀², 廖丹平³, 刘柳², 娄玉香¹

(吉水县人民医院骨科¹, 泌尿外科², 普外科³, 江西 吉水 331600)

摘要:目的 探讨医护患共同决策护理对老年髋部骨折患者骨折愈合及术后并发症的影响。方法 选取吉水县人民医院2022年1月-2023年8月收治的60例老年髋部骨折患者作为研究对象,按照随机数字表法将所有患者分为对照组和研究组,每组30例。对照组应用常规护理,研究组应用医护患共同决策护理。比较两组临床恢复指标(骨折愈合时间、住院时间、正常行走时间)、依从性、并发症发生情况、康复情况(Harris评分、Barthel指数评分)。结果 研究组骨折愈合时间、住院时间、正常行走时间均短于对照组($P<0.05$)。研究组依从性高于对照组($P<0.05$)。研究组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。研究组Harris评分、Barthel指数评分高于对照组($P<0.05$)。结论 医护患共同决策护理能提高老年髋部骨折患者依从性和骨折愈合速度,改善患者日常生活自理能力、髋关节功能,并发症发生风险明显降低。

关键词:医护患共同决策护理;髋部骨折;围术期

中图分类号:R473.6

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2025.12.034

文章编号:1006-1959(2025)12-0158-05

Effect of Doctor-nurse-patient Shared Decision-making Nursing on Fracture Healing and Postoperative Complications in Elderly Patients with Hip Fracture

WANG Qi¹, ZHOU Qingxiu², LIAO Danping³, LIU Liu², LOU Yuxiang¹

(Department of Orthopaedics¹, Department of Urinary Surgery², Department of General Surgery³, Jishui County People's Hospital, Jishui 331600, Jiangxi, China)

Abstract: Objective To explore the effect of doctor-nurse-patient shared decision-making nursing on fracture healing and postoperative complications in elderly patients with hip fracture. Methods A total of 60 elderly patients with hip fracture admitted to Jishui County People's Hospital from January 2022 to August 2023 were selected as the research objects. According to the random number table method, all patients were divided into control group and study group, with 30 patients in each group. The control group was given routine nursing, and the study group was given doctor-nurse-patient shared decision-making nursing. The clinical recovery indexes (fracture healing time, hospitalization time, normal walking time), compliance, complications and rehabilitation (Harris score, Barthel index score) were compared between the two groups. Results The fracture healing time, hospitalization time and normal walking time in the study group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). The compliance of the study group was higher than that of the control group ($P<0.05$). The total incidence of complications in the study group was lower than that in the control group ($P<0.05$). The Harris score and Barthel index score of the study group were higher than those of the control group ($P<0.05$). Conclusion Doctor-nurse-patient shared decision-making nursing can improve the compliance and fracture healing speed of elderly patients with hip fracture, improve their daily living ability and hip joint function, and significantly reduce the risk of complications.

Key words: Doctor-nurse-patient shared decision-making nursing; Hip fracture; Perioperative period

髋部骨折(hip fracture)属于常见的骨折类型,本病可严重影响患者生活,尤其是髋部骨折好发群体为老年人,这部分患者骨质疏松发生风险较高,一旦髋部发生骨折,患者将有性命之忧,故髋部骨折又有“死亡骨折”之称^[1]。手术可有效医治髋骨骨折,通过手术可明显缓解症状,患者下床活动时间进一步缩短,且术后安全性高,并发症少^[2]。但部分患者在术后1年存在髋关节活动障碍、肢体功能障碍,生活往往无法自理,这对患者的身心健康造成了极大的危害。

临床建议髋部骨折患者需在围术期制定合理的护理干预方法,这不仅有助于确保手术的顺利实施,也有助于促进患者术后康复^[3,4]。医护患共同决策护理主要任务是将专业的医生和护士结合起来,为患者提供优质的护理服务,医护患共同决策护理能够提供最科学、最有效、针对性较强的干预手段,有助于促进患者快速康复^[5,6]。但目前医护患共同决策护理是否能提升髋部骨折手术的整体疗效,临床还需进一步探索。基于此,本研究选取吉水县人民医院2022年1月-2023年8月收治的60例老年髋部骨折患者作为研究对象,探讨医护患共同决策护理对老年髋部骨折患者骨折愈合及术后并发症的影响,报道如下。

作者简介:王琦(1994.12-),女,江西吉安人,本科,主管护师,主要从事骨科护理工作

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取吉水县人民医院 2022 年 1 月-2023 年 8 月收治的 60 例老年髌部骨折患者作为研究对象,按照随机数字表法将所有患者分为对照组和研究组,每组 30 例。其中,研究组男 20 例,女 10 例;年龄 60-85 岁,平均年龄为(73.15±2.48)岁;基础疾病:高血压 11 例,冠心病 11 例,糖尿病 8 例。对照组男 21 例,女 9 例;年龄 61-80 岁,平均年龄为(73.87±2.60)岁;基础疾病:高血压 12 例,冠心病 12 例,糖尿病 6 例。两组性别、年龄及基础疾病比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者对本研究了解且已签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:①与髌部骨折诊断标准相符;②无听力障碍;③理解能力良好;④语言表达完整;⑤临床资料完整。排除标准:①精神错乱;②骨折前无法自理;③语言障碍;④手术禁忌证;⑤其他骨科疾病;⑥肝肾功能障碍;⑦肿瘤转移所致的病理性骨折;⑧假体周围骨折;⑨免疫功能障碍;⑩心脑血管疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施常规护理,具体护理方案:术前,护士需掌握患者疾病进展情况,对患者的身体状况给予全面评估,告知患者、家属术前、术后注意事项;术中严密配合医生完成手术操作;术后,术者、护士需对并发症的预防、处理方案加以制定,护士配合医生实施方案,同时做好常规护理工作。

1.3.2 研究组 应用医护患共同决策护理,护理方案包括:①组队:由主治医师、护师、营养师、心理师组成护理小组,护士长负责协调医师、营养师、心理师与护理人员之间的沟通,协调对患者开展医护患共同决策护理。小组的职责是评估患者的病情,根据评估结果与个人需求,将护理方案进行针对性制定,定期对小组成员进行培训,培训内容主要包括专业技能知识与基础疾病知识等。同时,安排护士到手术室参与手术,以了解手术过程,能为患者更好地提供术后护理服务。②工作组管理:评估患者病情,评估人员由小组成员共同参与完成,加强并发症预防,并制定预防方案。单独为高危患者制定个体化护理措施。护士需为其制定合理的饮食计划、肢体锻炼计划,与医生充分协商后,对患者实施一对一健康宣教。科室主任与护士长完成考核制定方案,定期考核护士,并纳入考核。③术前护理:小组在术前要召开会议,

全体讨论围术期护理方案的制定,并告知患者、家属。术前,组成员要探访患者,需全体成员共同完成探访工作,在探访时,需要询问患者的相关病史、药物过敏史等,并告知手术的目的、方法及术前、术中、术后的注意事项。同时对情绪低落的患者需给予沟通和疏导,取得患者信任,提升手术成功率。④术中护理:患者在入手术室前,护士需准备好术中所需器械,并检查器械消毒情况。入手术室后,护士可播放轻松、舒缓的音乐,使患者得到充分放松。手术开始前,患者需在护士的帮助下保持正确的体位,术中,对患者的各项指标进行严密监测。⑤术后护理:①并发症护理:让患者合理摄入饮食,增加免疫力的同时降低切口感染风险。术后 1 h,在护士的帮助下,患者可进行早期被动活动训练,术后 6 h,麻醉过后,在护士的指导下,患者可进行主动活动训练,如股四头肌收缩运动及踝泵运动,促进血液循环,术后 1-2 d,在护士的指导下,患者可在床边坐过渡到下床活动,有助于减少泌尿系统感染,恢复肢体功能。另外,切口护理需做好定期更换被褥、敷料,将切口感染风险降至最低。加强患者的疼痛护理,可以放松训练、播放音乐等形式,可缓解患者的疼痛程度,如需要,可应用止痛药物,此外为患者多多翻身、多多按摩,有助于减少压疮发生风险。患者在饮食方面注意合理饮食,确保机体活动充足的营养物质,饮食合理能明显减少便秘发生风险。②健康宣教:对长期卧床者而言,下肢功能的锻炼尤为重要,护士需指导患者锻炼下肢的相关技巧,包括屈伸足踝部、踝关节旋转、下肢外展、直腿高举等锻炼,若患者耐受良好,即可进行髌关节功能修复锻炼。③落实一体化护理方案:医护患共同决策护理小组每周需开展 2 次讨论会,每周一开展晨会交接班时,需综合评估患者治疗及康复情况,寻找医疗和护理中存在的问题,分析其原因,并寻找解决方案,对医护患共同决策护理方案进行调整,对护理措施体系给予不断更新与完善,有助于促进髌关节骨折患者各项功能的修复,提升髌关节骨折手术的整体效率。

1.4 观察指标

1.4.1 临床恢复指标 包括骨折愈合时间、住院时间、正常行走时间。

1.4.2 依从性标准 采用自制量表评估患者护理依从性情况,量表内容共分为 5 个维度,每个维度有 2 个项目,总分为 0-50 分,分数越高代表满意度越好。

克朗巴赫(Cronbach's α)系数进行问卷信度分析,一般认为 Cronbach's $\alpha > 0.7$ 问卷的可信度高,依从性量表问卷计算 Cronbach's α 为 0.802,表明问卷内部条目一致性程度高,采取内容效度评价进行问卷效度分析^[7]。

1.4.3 并发症发生情况 统计压疮、坠积性肺炎、静脉血栓、感染等并发症发生率。

1.4.4 康复情况 对患者髋关节功能、日常生活自理能力进行评估。采用 Harris 髋关节功能评分量表进行评估,于护理前后评定,该量表共包括疼痛、功能、畸形、活动度 4 个维度,总分 100 分,患者髋关节功能与最终得分高低为正相关关系。采用 Barthel 指数对两组患者的日常生活能力进行评估,包括穿衣、如厕、进食、洗澡、转移(床-椅)、上下楼、髋关节运动功能(包括髋关节的主动及被动活动)等项目,总分 100 分,得分越高表明患者独立性越好^[8]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 25.0 处理数据,采取($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验;采用[n(%)]表示计数资料,行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床恢复指标比较 研究组骨折愈合时间、住院时间、正常行走时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者依从性比较 研究组依从性高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者并发症比较 研究组患者并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.589, P = 0.016$),见表 3。

2.4 两组患者康复情况比较 两组护理后 Harris 评分、Barthel 指数评分高于护理前,且研究组护理后 Harris 评分、Barthel 指数评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 1 两组临床恢复指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时间(月)	住院时间(d)	正常行走时间(d)
研究组	30	2.12±0.25	14.71±1.33	50.11±3.72
对照组	30	3.06±0.48	19.62±2.73	63.75±5.46
t		7.123	8.541	11.866
P		0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者依从性比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	护理前	护理后
研究组	30	34.66±1.28	47.15±1.39*
对照组	30	34.26±1.27	42.26±2.35*
t		1.415	11.206
P		0.162	0.000

注:与同组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者并发症比较[n(%)]

组别	n	压疮	坠积性肺炎	静脉血栓	泌尿系统感染	发生率
研究组	30	1(3.33)	0	0	0	1(3.33)
对照组	30	3(10.00)	2(6.67)	2(6.67)	2(6.67)	9(30.00)

表 4 两组患者康复情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	Harris 评分		Barthel 指数评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	30	62.63±5.22	84.68±3.22*	87.63±2.32	96.22±2.35*
对照组	30	63.35±5.13	78.92±3.88*	87.13±2.18	93.13±5.27*
t		0.962	11.182	0.959	3.365
P		0.339	0.000	0.342	0.002

注:与同组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

股骨转子间骨折、股骨颈骨折均属于髋部骨折常见类型,髋部骨折的好发群体为老年人。据专家指出,髋部骨折发生率与年龄有关,年龄越大,髋部骨折发生风险就越高,预计未来髋部骨折患者的例数会增加,女性上升比例为 240%,男性上升比例为 300%,国内的髋部骨折发病人数也在呈现逐年上升趋势^[9,10]。对于一些老年患者而言,其一旦髋部发生骨折,长期卧床的可能性较大,长期卧床还易造成一系列并发症,如肺部感染、血栓、压疮等,这些并发症将严重危害患者的身心健康,对晚年生活品质有着不少的负面影响,甚至为此丧命^[11]。手术治疗是髋部骨折的理想方式,尽早手术可促进患者恢复肢体功能。尽管髋部骨折手术有效,但对机体危害较大,术后护理的不完善可能提高并发症发生风险,故围术期进行有效的护理措施是尤为必要的^[12]。常规护理缺点较多,且无法提升护理品质,不良护理事件发生风险较高,需制定科学、合理的护理方案以提升手术的整体疗效。医护患共同决策护理作为新型的护理模式,近年来在临床上备受患者欢迎,医护患共同决策护理的中心是以患者为主,让患者参与疾病诊疗服务过程中,能够最大程度满足患者需求,护理质量逐步提升^[13]。医护患共同决策护理以循证医学为指导,充分应用加速康复理念,能切实优化围术期护理管理,让医务人员均参与到护理中来,能够为护士了解、掌握诊疗计划提供帮助,医护人员之间也能够加强沟通交流,从而更好地展开合作^[14]。在医护生三方的共同努力下,患者的治疗与护理效果比较理想,确保其享受的医疗服务是全面的、高品质的,患者对于治疗能报以积极的态度,极大程度提高其治疗配合度^[15]。

本研究显示,研究组骨折愈合时间、住院时间、正常行走时间均短于对照组($P<0.05$),提示医护患共同决策护理能够加快老年髋部骨折愈合速度。分析认为,医护患共同决策护理实施过程中,主治医师、护师、营养师、心理师共同查房,根据患者恢复进度对患者给予针对性指导,根据患者恢复速度进行适当调整^[16]。根据患者病情提出相关意见,做好患者预后恢复和并发症防治工作,改善患者预后恢复效果,加快患者骨折愈合、恢复速度^[17]。另外,两组依从

性比较存在差异,且研究组的依从性更高($P<0.05$),表明医护患共同决策护理能有效提高患者治疗的依从性。原因是医护患共同决策护理能够充分让医护人员密切配合,患者能享受到多元化的护理服务,有助于为手术抢救节约时间,专业的态度、紧密的配合,让患者充满治疗自信心,从而对治疗和护理更配合,依从性大大提高^[18]。同时,本研究显示,两组并发症发生风险存在差异,而研究组并发症发生例数更少($P<0.05$),提示医护患共同决策护理在降低患者术后并发症具有一定的作用。原因为医护患共同决策护理过程中成立了老年髋部骨折护理小组,护士遵医嘱进行老年髋部骨折患者风险评估,医生事先提醒护士注意事项,并且建立了医护常用的医护沟通工作版块、专用的老年髋部骨折患者疾病动态交接报告表,进一步提高了医护沟通的紧密性,尽量减少遗漏^[19]。医护患共同决策护理对于术后并发症有详细的预防措施,通过实施全面细致的护理干预后,手术疗效明显提高,安全性好。此外,本研究结果显示,两组护理后各项评分指标相比较有差异,研究组的 Harris 评分、Barthel 指数评分均优于对照组($P<0.05$),表明患者经医护患共同决策护理后,能够加速髋关节功能的恢复。原因为,医护患共同决策护理能够让医生、护士共同协作、密切配合,制定的护理计划更全面,针对性较强。患者入院后,医护人员与其积极沟通、评估病情,根据患者情况制定健康宣教计划和心理疏导,让患者对疾病与手术有个正确的认知,专业的心理疏导让患者缓解内心压力,克服不良情绪,配合治疗与护理,进一步提高生活品质,患者恢复效果更理想^[20]。

综上所述,医护患共同决策护理对髋部骨折围术期患者具有较好的干预价值,能提高老年髋部骨折患者依从性和骨折愈合速度,改善患者日常生活自理能力、髋关节功能,有着较高的安全性,值得临床应用。

参考文献:

- [1] 王妍,李含晖,哈丽米娜,等.基于医护患共同决策模式的护理对老年髋部骨折病人术后的影响[J].循证护理,2023,9(2):304-306.
- [2] 王妍,李含晖,哈丽米娜,等.基于微信平台的医护患共同决策模式在老年髋部骨折患者延续性护理中的应用[J].兵团医学,2022,20(2):68-70.

- [3]卢丛兰,陈静,靳晓柳,等.医护一体化模式在老年骨折患者术后护理中的应用[J].临床与病理杂志,2018,38(12):2660-2665.
- [4]张亚琳,李春燕.医护一体化护理模式预防老年髌部骨折术后深静脉血栓形成的效果观察[J].慢性病学杂志,2018,18(5):564-565.
- [5]廖淑梅,路星辰,熊雁,等.损害控制在90岁以上超高龄患者髌部骨折围术期护理中的应用[J].重庆医学,2017,46(13):1840-1842.
- [6]赵媛,彭贵凌.多学科协作下老年髌部骨折围手术期医护一体化信息化护理模式的研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(7):481-486.
- [7]张咪,周春兰,吴艳妮,等.老年髌部骨折术后患者家庭康复护理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2022,57(22):2777-2783.
- [8]张佳莉,苟莉.医护一体化护理在预防髌部骨折术后深静脉血栓中的应用[J].血栓与止血学,2019,25(6):1056-1058.
- [9]张玉萍,王瑜.医护一体化护理在预防老年髌部骨折术后深静脉血栓形成中的应用[J].血栓与止血学,2020,26(1):163-164.
- [10]曹虹,梅晓凤,王云云,等.老年髌部骨折患者围手术期谵妄预防及护理的最佳证据总结[J].护士进修杂志,2019,34(11):1032-1039.
- [11]陈少敏,吕畅,陈珍珍,等.老年髌部骨折独立骨科单元及绿色通道建立与护理模式研究[J].中华现代护理杂志,2018,24(35):4309-4312.
- [12]李玉佳,李昊儒,张莉,等.结构-过程-结果三维质量评价模式在老年髌部骨折患者围术期血糖管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2018,24(31):3773-3777.
- [13]林有伟,林勤,俞木林,等.PDCA循环法在手术室接送老年髌部骨折患者中的应用效果[J].福建医药杂志,2021,43(1):153-155.
- [14]肖多多,严洁敏,曾惠玲,等.早期护理干预联合五心穴位按摩对降低高龄髌部骨折患者围术期谵妄发生率的效果[J].国际护理学杂志,2023,42(3):440-443.
- [15]王琼,于玲玲,韩书环,等.基于医联体的住院-家庭-社区延续护理模式在老年髌部骨折术后患者中的应用[J].护理实践与研究,2023,20(3):400-403.
- [16]刘微微.多元合作ERAS围术期护理干预对老年髌部骨折患者康复效果的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(11):2076-2080.
- [17]刘巧兰,杨燕凤,谢秀娟,等.奥马哈系统在老年髌部骨折患者出院后延续性护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(12):90-92.
- [18]贾英琪,张莹莹.基于Caprini风险评估模型的个性化预防护理对老年髌部骨折术后患者下肢深静脉血栓形成的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(5):1033-1040.
- [19]姜秋平,卢魁.预防老年髌部骨折患者术后谵妄的多学科协作护理模式探讨[J].实用临床医药杂志,2020,24(2):121-124.
- [20]何淑珍,李淑萍,谭雪芳,等.多举措护理在髌部骨折牵引患者使用足跟垫预防足跟部压疮中的应用效果[J].齐鲁护理杂志,2022,28(24):143-144.

收稿日期:2024-01-02;修回日期:2024-01-10

编辑/成森