

老年脆性髌部骨折患者家庭延伸护理中多模式互动干预的作用

覃敏凤

南宁市第八人民医院 广西南宁 530000

【摘要】目的 分析在老年脆性髌部骨折患者家庭延伸护理中应用多模式互动干预的临床作用。**方法** 纳入南宁市第八人民医院 2022.1.1-2023.1.31 期间收治的老年脆性髌部骨折患者 30 例, 将其在随机数字表下以 1/1 的比例划分为两组, 15 例/组。对照组常规护理, 观察组多模式互动下家庭延伸护理; 比较护理方案差异下两组生活质量、髌关节功能、下肢肌力、并发症发生率、骨折再发率。**结果** 护理 3 个月后, 观察组生活质量 (SF-36) 评分明显高于对照组 ($P<0.05$)。护理 1/3 个月后, 观察组髌关节功能 (HHS) 评分均明显高于对照组, 下肢肌力 (患侧髌屈肌群、伸肌群 MAS) 评分均明显低于对照组 ($P<0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$); 观察组骨折再发率低于对照组 ($P>0.05$)。**结论** 在老年脆性髌部骨折患者家庭延伸护理中应用多模式互动干预可提升患者生活质量, 改善其关节功能与下肢肌力, 预防骨折再发, 减少并发症, 可推广。

【关键词】 老年脆性髌部骨折; 家庭延伸护理; 多模式互动; 生活质量; 髌关节功能; 并发症发生率

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2023) 08-126-02

骨质疏松性骨折为临床高发骨折类型之一, 系患者日常生活中受轻微外力损伤引发的骨折, 也被称为脆性骨折^[1]。老年髌部骨折即为高发脆性骨折类型之一, 其多发于 50 岁以上群体, 骨折后需长时间卧床休养, 对患者机体健康与生活质量均存在严重影响, 对医疗卫生事业带来了巨大挑战^[2]。老年脆性髌部骨折 1 年病死率可达 30% 左右, 3 年病死率在 40% 左右; 且相关临床研究发现, 既往有脆性骨折史者, 再发骨折风险可达正常人的 2 倍, 并以 1 年内再发骨折风险最高^[3]。再发骨折可进一步增加患者病残率与病死率, 对患者自身健康存在严重威胁, 同时也会大大增加患者家庭、社会的经济负担。就现阶段而言, 临床针对老年脆性髌部骨折的治疗以恢复骨折连续性, 促进骨折愈合为目标, 而针对患者术后骨折恢复、再次创伤预防的关注有所不足^[4]。鉴于此, 本次研究主要以南宁市第八人民医院老年脆性髌部骨折患者 30 例为例, 分析予以多模式互动下家庭延伸护理的临床价值。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入南宁市第八人民医院 2022.1.1-2023.1.31 期间收治的老年脆性髌部骨折患者 30 例, 将其在随机数字表下以 1/1 的比例划分为两组, 15 例/组。对照组男女比 8/7; 年龄 50-80 岁, 均值 (59.77 ± 4.23) 岁; 手术方式为内固定、髌关节置换分别 5 例、10 例。观察组男女比 7/8; 年龄 55-80 岁, 均值 (59.79 ± 4.51) 岁; 手术方式为内固定、髌关节置换分别 5 例、9 例。对 2 组患者上述资料统计未见差异 ($P>0.05$), 可比。本次研究项目已得到我院医学伦理核准。

纳入标准: ①经实验室检查、影像学检查、骨密度检测等确诊为老年脆性髌部骨折; ②年龄 50-80 岁; ③知情同意。

排除标准: ①同时接受放疗、激素治疗者; ②并偏瘫、截瘫者; ③中途转院者或失访者。

1.2 方法

对照组常规护理: 全面监护患者病情与体征变化, 离院前指导患者用药及康复锻炼措施, 并叮嘱患者注意防跌倒。分别于患者离院后 1/2/3/4/12/24 周电话随访 1 次, 了解患者恢复情况, 并结合实际予以针对性康复指导干预。

观察组基于对照组实施多模式互动下家庭延伸护理: (1) 离院时跌倒风险评估: 评估营养状态、视力、辅助器具使用、平衡能力及双下肢肌力。(2) 指导患者关注医院微信服务号,

定期通过微信平台推送健康相关消息, 或组织线上答疑会, 耐心听取患者及家属的疑问, 予以解答。(3) 发放抗骨质疏松用药提示卡, 详细标记用药名称、服用时间、用药剂量等, 并指导患者用药后打“√”或盖上小印章, 由患者家属或陪护人员进行监督, 以免漏服、忘服或重复用药。(4) 早期上门随访: 离院 1 周时上门随访, 结合老年人居家防跌评估量表全面评估患者居所灯光、地面、浴室、台阶、厨房、楼梯、周边设施等情况, 并及时与患者家属沟通, 及时排除风险隐患。同时对患者下床活动情况进行评估, 包含辅助器具使用、站立时间、饮食用药、行走距离、康复锻炼等。(5) 实时互动: 利用微信、QQ 等向患者点对点推动康复知识, 包含用药、饮食、运动、戒烟酒、使用助行器、防跌视频、康复锻炼、日常生活指导等, 并由小组成员结合患者个体问题予以针对性解答、鼓励与支持。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量

护理后 3 个月以健康调查简表 (The medical outcomes study 36-item short form health survey, SF-36) 评估, 量表内容如下: 生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康、精力、社会功能、情感职能、精神健康, 每项满分 100 分, 评分越高生活质量越好。

1.3.2 髌关节功能、下肢肌力

护理后 1 个月、3 个月以 Harris 髌关节功能量表 (harris hip score, HHS)、下肢改良 Ashworth 痉挛量表 (Modified Ashworth Spasticity Scale, MAS) 评估, 其中 HHS 包括功能 (47 分)、疼痛 (44 分)、关节活动度 (5 分)、畸形 (4 分) 等内容, 总计 100 分, 评分越高恢复越好。MAS 主要评估患者患侧髌屈肌群、伸肌群, 分为 0、1、1+、2、3、4 级, 对应评分 0-5 分, 评分越高则肌力状态越差。

1.3.3 并发症发生率、骨折再发率

统计跌倒、下肢深静脉血栓、压力性损伤、感染等并发症发生率, 以及 5 个月骨折再发率。

1.4 统计学方法

软件 SPSS 25.0。计量、计数数据内容分别表述为 ($\bar{x} \pm s$)、%, t 、 χ^2 检验; $P<0.05$ 时统计差异存在。

2 结果

2.1 生活质量

SF-36 评分, 观察组均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1:

2.2 髋关节功能、下肢肌力

护理后 1/3 个月, 观察组 HHS 评分高于对照组, 患侧髋屈肌群、伸肌群 MAS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2:

2.3 并发症发生率、骨折再发率

并发症发生率, 观察组低于对照组 ($P<0.05$); 骨折再发率, 观察组低于对照组 ($P>0.05$)。见表 3:

表 1: 生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康	精力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	15	72.26 $\pm$ 5.34	72.51 $\pm$ 5.42	71.51 $\pm$ 5.57	72.44 $\pm$ 5.31	73.22 $\pm$ 5.32	74.30 $\pm$ 5.45	73.55 $\pm$ 5.32	73.65 $\pm$ 5.41
观察组	15	82.62 $\pm$ 5.34	83.51 $\pm$ 5.42	84.11 $\pm$ 5.85	83.49 $\pm$ 5.33	83.81 $\pm$ 5.23	84.22 $\pm$ 5.45	84.77 $\pm$ 4.25	83.92 $\pm$ 5.12
t		5.313	5.508	5.990	4.788	5.005	4.985	5.701	4.855
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2: 髋关节功能、下肢肌力 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	HHS		患侧髋屈肌群 MAS		患侧髋伸肌群 MAS	
		护理 1 个月	护理 3 个月	护理 1 个月	护理 3 个月	护理 1 个月	护理 3 个月
对照组	15	74.11 $\pm$ 2.26	82.44 $\pm$ 3.55	2.87 $\pm$ 0.45	2.15 $\pm$ 0.55	2.26 $\pm$ 0.41	1.83 $\pm$ 0.33
观察组	15	82.25 $\pm$ 2.77	90.41 $\pm$ 3.25	2.26 $\pm$ 0.39	1.23 $\pm$ 0.31	1.85 $\pm$ 0.35	1.05 $\pm$ 0.20
t		8.819	6.395	3.967	5.644	2.946	7.829
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.005	<0.001

表 3: 并发症发生率、骨折再发率 (%)

组别	例数	跌倒	下肢深静脉血栓	压力性损伤	感染	并发症发生率	骨折再发率
对照组	15	2(13.33)	2(13.33)	1(6.67)	1(6.67)	5(40.00)	2(13.33)
观察组	15	0(0.00)	1(6.67)	0(0.00)	0(0.00)	1(6.67)	0(0.00)
χ^2		-	-	-	-	4.658	2.143
P		-	-	-	-	0.031	0.143

3 讨论

老年脆性髋部骨折多为轻微外伤所致, 骨折发生后多需接受外科手术治疗, 且预后恢复期较长, 患者通常需离院居家度过。跌倒则是导致老年脆性髋部骨折发生的主要诱因之一, 故针对居家康复患者积极预防跌倒发生十分关键^[9]。而老年人自身年龄大, 认知、记忆力均有所减退, 其在居家康复阶段用药及康复锻炼依从性往往较差, 且易发生跌倒事件, 甚至可引发二次骨折, 不利于患者预后恢复^[6]。故针对老年脆性髋部骨折患者制定行之有效的家庭延伸护理干预十分必要。

既往临床针对老年脆性髋部骨折患者多实施常规护理, 护理工作以院内干预为主, 患者离院后以定期电话随访为主要形式, 缺乏对患者康复情况的直观观察与指导, 故整体护理效果不佳。多模式互动下家庭延伸护理则为临床新型护理模式, 其可将院内护理系统性延伸至院外, 为患者提供专业、系统、连续的延伸护理服务, 联合患者家属共同监督患者居家用药与康复锻炼, 从而切实改善其关节功能与下肢肌力, 提升患者生活质量, 促进预后。同时, 多模式互动下家庭延伸护理可打破时间、空间限制, 能够综合运用门诊随访、电话远程指导、上门回访、网络平台推送/答疑会等形式, 减少信息误差, 及时掌握患者家庭康复情况, 并及时予以针对性指导, 减少患者家庭康复风险隐患, 预防再跌倒骨折发生^[7-8]。结合此次研究结果可见, 实施多模式互动下家庭延伸护理后, 观察组患者生活质量 (SF-36) 评分、髋关节功能 (HHS) 评分均高于对照组, 下肢肌力 (患侧髋屈肌群、伸肌群 MAS) 评分低于对照组 ($P<0.05$); 同时, 观察组并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 骨折再发率低于对照组 ($P>0.05$)。提示开展多模式互动下家庭延伸护理可提升患者康复效果, 减少并发症, 预防骨折再发, 促进预后。

综上, 予以老年脆性髋部骨折患者多模式互动下家庭延伸护理可提升患者生活质量, 改善其下肢肌力与关节功能, 防范骨折再发, 减少并发症, 可推广。

参考文献

[1] 高珞珞, 李文娟, 殷凯. 家庭参与式护理模式在老年髋部脆性骨折患者延续护理中的应用 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(29):158-161+181.

[2] 董晓燕, 陶贵彦, 赵娟. 预防老年髋部脆性骨折病人肺部感染的加速康复循证护理实践 [J]. 安徽医药, 2022, 26(1):99-102.

[3] 朱玉燕, 潘杏华, 赵丽君. 老年髋部脆性骨折患者实施骨折联络服务效果分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(16):100-103.

[4] 周红艳, 闫林平, 周颖, 等. 基于信息化的情景互动式健康教育在老年髋部脆性骨折患者中的应用效果 [J]. 河北医药, 2022, 44(3):423-426.

[5] 孟蓓毅, 许斌, 冯立, 等. 基于骨折联络服务的老年髋部脆性骨折患者综合干预作用分析 [J]. 浙江创伤外科, 2023, 28(3):605-607.

[6] 姜秋平, 李海霞, 刘巧兰. 骨折联络服务模式在髋部脆性骨折老年患者中的应用 [J]. 泰州职业技术学院学报, 2023, 23(2):83-86.

[7] 傅丽琴, 戚华丽, 范凯杰. 多模式互动延续护理在老年脆性髋部骨折术后居家期的应用与效果分析 [J]. 护士进修杂志, 2023, 38(1):77-80.

[8] 王萍. 微信平台式家庭延伸护理服务对慢性乙型肝炎患者主观幸福感的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(4):326-327.