

# 阶梯式护理方案在老年股骨颈骨折患者骨牵引期间便秘预防中的应用效果研究

叶苏莹

新疆医科大学第一附属医院 新疆乌鲁木齐 830000

**摘要:** **目的:** 探讨阶梯式护理方案在老年股骨颈骨折患者骨牵引期间便秘预防中的应用效果。**方法:** 本研究选取我科在2024年1月至2025年1月收治的80例老年股骨颈骨折患者作为本次研究的对象。研究应用随机数字法进行分组, 随机后两组均为40例, 对照组接受常规护理, 研究组接受阶梯式护理方案, 观察指标包括便秘发生率、并发症发生率、排便功能三项。**结果:** 经护理干预后, 研究组患者的便秘发生率明显更低, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。干预后, 两组患者在并发症发生率的对比上差异显著, 以研究组更低 ( $P < 0.05$ )。在排便功能方面, 干预后研究组的首次自主排便时间显著短于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 阶梯式护理通过风险分层-物理干预-药物管理-家庭延续四阶段实现了精准干预, 有效的降低了患者术后便秘的风险, 改善了患者生活质量, 值得临床推广。

**关键词:** 阶梯式护理方案; 老年; 股骨颈骨折; 骨牵引; 便秘; 预防

## 引言

老年股骨颈骨折患者在接受骨牵引治疗期间很容易发生便秘的情况, 且便秘的发生率高达50%-70%之多, 这种情况除了会严重延缓患者的康复进程以外, 还会增加患者发生压疮等并发症的风险<sup>[1]</sup>。大量调查研究显示, 长期卧床导致机体胃肠蠕动减弱, 患者所服用的镇痛药物会对患者的肠神经功能产生抑制, 同时, 患者的饮食结构失衡, 这三点都是引发便秘的主要因素, 若不及时对这三个因素进行干预, 那么将会导致患者的住院时间延长3-5天<sup>[2]</sup>。目前, 针对接受骨牵引治疗的老年股骨颈骨折患者, 常规护理中虽然也会采用缓泻剂来进行对症处理, 但大量研究显示, 仍有32%的患者由于对药物的耐受性较低或对药物治疗的依从性不足而导致疗效欠佳, 因此, 有必要采取系统性的干预策略来改善这一现状<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究采取了阶梯式的护理方案, 以目标管理理论为指导, 划分成四级来实施干预措施, 研究具体如下。

## 一、资料与方法

### (一) 一般资料

本研究选取我院骨科在2024年1月至2025年1月收治的80例老年股骨颈骨折且接受骨牵引治疗的患者作为本次研究的对象。研究应用随机数字法进行分组, 随机后两组均为40例, 经数据分析显示研究组年龄分布在65岁至87岁之间, 平均( $75.1 \pm 5.9$ )岁, 男女数量分别

为17人和23人, 骨折类型分别是24例闭合性股骨颈骨折股骨折Garden III型、16例闭合性股骨颈骨折股骨折Garden IV型; 对照组年龄分布在67岁-88岁之间, 平均( $74.3 \pm 6.5$ )岁, 男女数量分别为15人和25人, 骨折类型分别是22例闭合性股骨颈骨折股骨折Garden III型、18例闭合性股骨颈骨折股骨折Garden IV型, 两组基线资料均衡, 差别不大 ( $P > 0.05$ )。

**纳入标准:** ①患者均为闭合性股骨颈骨折(Garden III-IV型)且接受骨牵引治疗; ②患者年龄在65岁及以上, 签署知情同意书; ③无术前便秘史。

**排除标准:** ①患者需要长时间服用阿片类镇痛药物; ②患者除本研究的疾病以外, 同时还合并有严重心脑血管疾病或认知障碍的情况; ③中途退出或失访者。

## (二) 方法

### 1、对照组

对照组采取常规护理, 术后护理人员每天对患者的生命体征进行常规监测; 指导患者进行高纤维饮食; 根据患者需求协助患者使用开塞露, 注意每日次数不能大于1次; 在患者出院时护理人员为患者发放《防便秘手册》。

### 2、研究组

研究组患者实施阶梯式护理方案, 具体包括四个阶段。

#### (1) 第一阶段

阶段一是患者术后的24小时以内, 主要是风险评估与基础干预。首先是风险评估, 采用《老年便秘风险评

估量表》对患者进行便秘风险的分层，量表具体包括年龄、活动能力、用药史等6项内容，总分在0分-12分之间，注意评估需要控制在术后24h内完成。分层包括低风险、中风险和高风险，当分数在4分及以下的为低风险，针对低风险患者，其目标是维持正常的排便频率；分数在5分至8分的为中风险，该类患者的目标是预防粪便干结；分数在9分及以上的为高风险，该类患者的护理目标是动态调整药物干预。

其次是基础干预措施。具体包括两点，其一，饮食管理。患者每天早上起床时需空腹饮用300ml温水，注意温度需要控制在40-45℃之间；护理人员每日三餐指导家属为患者提供高纤维匀浆膳（每餐食物中芹菜、燕麦等纤维应当在10g以上），若患者吞咽困难，可以采用鼻胃管注入的方式。其二，体位优化。护理人员为患者提供可调节床单位，维持床头抬高30°的角度，从而减少腹腔压力对患者膈肌产生的压迫<sup>[4]</sup>。其三，在患者排便的时候，护理人员应当指导患者采用左侧卧位，并在患者的膝下垫软枕（屈髋60°），家属可在一旁协助固定患肢。

#### （2）第二阶段

阶段二为患者术后的第3至7天，该阶段的护理主要是物理干预与行为训练。具体包括三点，其一是腹部环形按摩，护理人员指导家属每日09:00, 15:00, 20:00, 对患者进行腹部按摩，每次按摩15分钟，具体操作是护理人员协助患者取仰卧位，然后护理人员或患者家属将自己的双手重叠，掌心对准患者的脐周，顺时针方向加压对其进行按摩（注意压力控制在3-5N），按摩范围为右下腹→右上腹→左上腹→左下腹；如果患者为肥胖患者，则应当增加按摩力度到5-7N，并在按摩以后对患者的肠鸣音次数进行记录，目标应当不低于每分钟4次<sup>[5]</sup>。

其二是床上运动方案，床上运动方案又包括踝泵运动和腹式呼吸训练，踝泵运动需每小时完成1组，1组为背伸-跖屈-环转各10次，注意只需在患者清醒时段执行即可；腹式呼吸训练每天需完成3次，每次5分钟，具体操作方法是吸气时鼓腹，呼气时缩腹，护理人员应当在患者做腹式呼吸训练时观察其腹部的起伏变化，确保有效腹式呼吸<sup>[6]</sup>。

其三是排便反射训练，护理人员指导家属每日早上07:00利用“胃-结肠反射”敏感期来引导患者排便。另外，也可以在使用便盆的时候用手机app为其播放流水声来建立条件反射。

#### （3）第三阶段

阶段三指的是术后第8至14天，该阶段强调药物阶梯管理。针对不同情况的患者进行分级用药，对于排便间隔在48小时以上的患者，采取一级干预策略，即口服乳果糖10ml bid；对于72小时未排便的患者，采取二级干预策略，在一级策略的基础上加量，为乳果糖20ml bid；对于5天未排便的患者，采取三级干预策略，给予开塞露40ml灌肠，同时停用乳果糖。

在药物管理的过程中还需要进行动态的监测与反馈。患者家属需要每日填写患者的《排便日志》，日志内容应当包括患者粪便的性状、排便耗时等内容，护理人员需要在每日18:00对日志内容进行审核。另外，对于高风险患者，护理人员应当每3天就对其进行一次血清电解质检测，重点监控低钾血症。

#### （4）第四阶段

阶段四指的是患者出院后1个月，此时主要是家庭延续护理。护理人员会为患者发放居家管理工具包，内容包括《阶梯式饮食计划表》（表中包括患者每天纤维摄入量达标提示等内容）和便携式腹部按摩教学的视频。其次还会建立一个远程随访的机制，护理人员每周都会对患者进行一次电话随访，重点询问患者的排便频率和粪便性状。在随访过程中，护理人员需要与家属核对评估量表，复核护理过程并进行指导，若发现患者的排便间隔在3天及以上者，应当指导患者立即采取药物或物理干预，必要时及时前往医院就诊。

#### （三）观察指标

对便秘发生率（术后14天内排便间隔超过72h）及并发症发生率（粪便嵌塞、肠梗阻、电解质紊乱）、排便功能（首次自主排便时间）进行观察。

#### （四）统计学方法

选取SPSS 26.0软件，数据以均值±标准差（Mean±SD）表示，组间比较采用t检验；计数资料采用卡方检验，P<0.05表示差异具有统计学意义。

### 二、结果

#### （一）便秘发生率对比

经护理干预后，研究组患者的便秘发生率明显更低，差异显著（P<0.05）。如表1所示。

表1 便秘发生率对比（n，%）

组别	例数	便秘发生例数	便秘发生率
研究组	40	4	10.00%
对照组	40	14	35.00%
$\chi^2$	-	-	13.586
P	-	-	<0.05

## (二) 并发症发生率对比

干预后, 两组患者在并发症发生率的对比上差异显著, 以研究组更低 ( $P < 0.05$ )。如表2所示。

表2 并发症发生率对比 (n, %)

组别	例数	粪便嵌塞	肠梗阻	电解质紊乱	并发症发生率
研究组	40	1	0	1	2 (5.0%)
对照组	40	5	2	3	10 (25.0%)
$\chi^2$	-				11.687
P	-				<0.05

## (三) 排便功能对比

在排便功能方面, 干预后研究组的首次自主排便时间显著短于对照组 ( $P < 0.05$ )。如表3所示。

表3 首次自主排便时间对比 ( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	例数	首次自主排便时间
研究组	40	38.5 ± 6.2
对照组	40	72.3 ± 10.1
t	-	14.693
P	-	<0.05

## 三、讨论

老年股骨颈骨折患者便秘发生率高达50%-70%之多。便秘不仅会导致患者的住院周期变长, 还会导致患者情况进一步恶化, 甚至发生压疮、肠梗阻等严重的并发症, 从而导致患者术后1年死亡率提升至20%-50%<sup>[8]</sup>。本研究提出的阶梯式护理方案主要是通过“对风险进行分层-物理干预-药物管理-家庭延续”四个阶段的路径, 实现了对患者便秘预防的精准干预。首先是动态风险评估, 基于CAS量表对患者进行高中低三层风险的分层管理, 使高风险患者能够在早期就获得强化干预(如乳果糖+开塞露导泄), 能够有效避免粪便干结恶化, 降低粪便嵌塞等并发症; 其次是多模态物理干预: 通过腹部环形按摩能有效刺激缓和的肠蠕动, 使其蠕动频率提升40%之多, 同时结合左侧卧位排便体位, 能极大程度的减少腹腔压力对肠道的机械性压迫; 接着是药物阶梯管理, 通过采取分级用药的策略可显著降低电解质紊乱风险(研究组1例, 而对照组有3例), 这种策略也符合“最低有效剂量”的原则; 最后是家庭延续护理, 通过为患者制定有效的饮食计划表与定期的远程随访, 解决了患者出院后医院对患者管理断层的问题, 使干预效果能够持续到术后1个月。

结果显示, 研究组便秘发生率仅为10.0%, 其核心机制包括三点: 第一点是肠动力双重激活, 通过腹部按摩能够直接对患者的肠壁机械感受器产生刺激, 而腹式呼吸训练能够通过膈肌运动来间接的增强患者结肠的推进力, 从而降低便秘发生的可能性; 第二点是神经反射的调控, 通过定时排便训练加上流水声的条件反射, 重建患者排便的规律, 有效缩短了患者首次的排便时间, 仅为38.5小时; 第三点, 安全性得到了优化, 数据显示, 并发症发生率研究组更低, 这得益于方案采取的动态电解质监测与渗透性泻药的合理应用。

综上所述, 阶梯式护理通过风险分层-物理干预-药物管理-家庭延续四阶段实现了精准干预, 有效的降低了患者术后便秘的风险, 改善了患者生活质量, 值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 颜春丽. 分析体位干预对高龄股骨颈骨折骨牵引患者肢体功能的影响[J]. 婚育与健康, 2024 (21): 55-57.
- [2] 董书航, 练继平, 董显晟. 老年股骨颈骨折患者并发术后感染的危险因素分析[J]. 抗感染药学, 2023, 20 (6): 630-633.
- [3] 王磊, 杜宇, 白雪松, 何爱民, 吕惠成. 下肢骨牵引的临床应用与进展[J]. 内蒙古医科大学学报, 2022, 44 (3): 325-329.
- [4] 杨艳艳, 孙彦敏, 刘丹, 等. 精益化管理对老年股骨颈骨折患者术后长期卧床致便秘的影响[J]. 老年医学与保健, 2023, 29 (6): 1343-1347.
- [5] 王培培, 赵云昌, 夏红涛. 润肠通便方联合穴位按摩在老年股骨颈骨折术后腹胀便秘患者中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2023, 20 (20): 3049-3052. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.20.024.
- [6] 王清华, 张凌燕, 于彩霞. 耳穴贴敷联合腹部按摩对改善股骨颈骨折术后老年患者便秘的效果评价[J]. 健康管理, 2022 (3): 150-152.
- [7] 杨芳, 黄露露. 基于加速康复外科理念的早期离床干预应用于老年股骨颈骨折术后患者的效果[J]. 中外医疗, 2023, 42 (3): 144-149.
- [8] 张杨, 李娜娜, 国建慧. 舒适型护理对改善骨质疏松股骨颈骨折卧床患者便秘的效果[J]. 养生大世界, 2022 (22): 382-383.