

# 快速康复外科理念干预老年人髌部骨折术后认知功能障碍的疗效观察

郑丽娜 李金连 李赛福 陈小飞

(东莞市东部中心医院, 广东 东莞 523000)

**[摘要]** 目的: 探讨对髌部骨折术治疗的老年患者实施快速康复外科理念干预的效果。方法: 选取东莞市东部中心医院 2022 年 1 月至 2023 年 9 月期间收治的 56 例行髌部骨折术治疗的老年患者, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 各 28 例。对照组患者实施术后饮食指导和胃肠道护理的常规方案, 观察组患者在对照组基础上加以快速康复外科理念的指导方案。比较两组患者恢复情况、认知功能障碍情况、营养情况、髌关节功能、日常生活能力。结果: 观察组患者术后进食时间、下床时间以及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。术后各时段, 观察组患者简易智力状态检查量表 (MMSE) 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。干预后, 观察组患者转铁蛋白、白蛋白水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。干预后, 观察组患者 Harris 髌关节功能量表评分、日常生活能力评定量表 (ADL) 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 为老年髌部骨折术患者提供快速康复外科理念的干预措施, 可改善患者术后认知功能障碍, 改善机体营养状况, 提高髌关节的功能以及生活能力与质量, 促使患者尽快恢复。

**[关键词]** 快速康复外科理念; 髌部骨折术; 术后认知功能障碍; 老年人

**[中图分类号]** R 687.3; R 473.6 **[文献标识码]** B

术后认知功能障碍是老年手术患者的常见并发症, 具体在老年髌部骨折患者中, 患者由于年龄较大, 机体功能逐渐衰退, 以及睡眠、营养、手术、麻醉方法等多重因素的影响, 患者诱发术后认知功能障碍的概率也增加。基于此, 在患者术后除了要为其提供常规的营养支持和饮食干预外, 还要在快速康复外科理念的指导下, 全方位优化患者的各个护理细节, 增强护理措施的有效性, 最大程度避免患者发生认知功能障碍问题, 促使其尽快恢复<sup>[1]</sup>。本研究选取 56 例行髌部骨折术的老年患者, 探究快速康复外科理念对患者的疗效, 具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取东莞市东部中心医院 2022 年 1 月至 2023 年 9 月期间收治的 56 例行髌部骨折术治疗的老年患者, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 各 28 例。对照组患者实施术后饮食指导和胃肠道护理的常规方案, 观察组患者在对照组基础上加以快速康复外科理念的指导方案。观察组患者男性 13 例, 女性 15 例; 年龄 62 ~ 82 岁, 平均 ( $72.08 \pm 3.46$ ) 岁; 骨折部位: 左侧 15 例, 右侧 13 例; 分型: 粗隆间 15 例, 股骨颈 13 例。对照组患者男性

12 例, 女性 16 例; 年龄 61 ~ 82 岁, 平均 ( $71.92 \pm 3.50$ ) 岁; 骨折部位: 左侧和右侧各 14 例; 分型: 粗隆间 16 例, 股骨颈 12 例。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。本研究经医院伦理委员会批准 (202389001)。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 入院时经计算机断层扫描 (computer tomography, CT) 诊断均确诊为髌部骨折 (包括股骨颈骨折与股骨粗隆间骨折); (2) 患者年龄均  $> 60$  岁; (3) 患者均具备一定的沟通理解能力, 且合并症可控; (4) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 有精神病史、意识障碍、神志不清问题的患者; (2) 存在手术禁忌证; (3) 临床资料不完整。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 实施术后饮食指导和胃肠道护理的常规方案进行护理。术后短期要求患者以流食或半流食为主, 随后逐渐调整为普食, 但要坚持进食清淡、易消化食物, 注重膳食纤维和维生素的补充, 避免因康复期休养时间长而发生便秘的问题。密切关注患者胃肠蠕动和排气情况, 督促患者尽量每日排便。持续干预 1 个月。

[收稿日期] 2023 - 09 - 23

[基金项目] 东莞市社会发展科技面上项目 (20231800936502)

[作者简介] 郑丽娜, 女, 副主任护师, 主要研究方向是骨科临床护理及护理管理。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加以快速康复外科理念的指导方案, 详情如下: (1) 心理护理。由于很多患者骨折发生突然, 在产生剧烈疼痛感的同时给身体功能造成障碍, 因此会出现不同程度的心理问题, 老年患者的心理承受能力普遍也低于年轻人, 适应性差, 再加上日常社交较少, 缺乏化解消极情绪的方法。部分患者缺乏对疾病和手术的认知, 对后续的治疗和恢复充满恐惧, 失去信心, 这很容易促发认知功能障碍。为此, 护理人员要主动与患者接触和沟通, 了解患者的顾虑, 有针对性地进行健康知识的科普与抚慰, 同时叮嘱患者家属多陪伴和关心患者, 强化心理支持, 消除负性情绪, 减轻心理负担。(2) 间歇氧疗。在患者入院后可为其提供中低流量的吸氧准备, 控制为  $2 \sim 4 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1}$ , 每日氧疗 6 h, 确保患者机体的氧饱和度维持超过 95%。考虑到诸多研究均认为术后认知功能障碍是多种危险因素作用下的结果, 比如手术类型、麻醉药物、高龄以及低氧, 所以患者的大脑氧气消耗要占据整体机体的 1/4, 因此必须确保患者脑部氧气的充足, 使得脑部活性化, 对脑部老化还能达到抑制的效果。(3) 睡眠护理。骨折患者由于创伤影响常伴随疼痛问题, 而长时间卧床休养, 体位被动改变等都会导致其睡眠紊乱的后果, 而睡眠质量低可能引发术后认知功能障碍, 所以在保障患者良好睡眠质量的工作中, 首要工作是营造良好的病房环境, 保持安静整洁, 控制好适宜的温湿度。其次要预防各类噪音给患者睡眠造成的影响, 护理人员自身包括探视的亲属都要做到动作轻柔、轻声, 另外还可以遵医嘱为患者提供促进睡眠的药物。(4) 多模式超前镇痛。要最大程度缓解髌部骨折术后患者的疼痛症状, 提高患者舒适度, 就要为患者采用多模式超前镇痛的干预方法, 护理人员遵医嘱在患者入院后为其提供 0.2 g 塞来昔布胶囊口服治疗, 术后第 1 天采用丁丙诺啡透皮贴剂进行干预, 术前 2 h 叮嘱患者口服 120 mg 安康信依托考昔片, 术后早期也要采用 40 mg 帕瑞昔布钠或 100 mg 氟比洛芬酯止痛药物静脉注射镇痛, 特殊情况按医嘱处理。(5) 健康宣教。护理人员需主动告知患者及其家属, 术后护理工作的内容和患者需要配合的工作等。(6) 强化饮食指导。考虑到大多数的老年患者髌部骨折潜在的病因为骨质疏松, 因此合理科学的饮食指导非常重要, 护理人员要准确评估患者的营养情况, 叮嘱患者多补钙, 进食藻类和豆浆牛奶等高钙食物, 多补充黑木耳、鱼类等富含维生素 D 的食物, 此外还要多吃新鲜的蔬菜水果, 确保大便畅通, 日常生活中戒烟戒酒, 保持良好的生活习惯。(7) 增强胃肠道护理。胃肠道护理开展前要考虑患者骨折后的活动量大幅度减少, 这会对其胃肠蠕动造成影响, 因此要紧密联系患者的实际情况多予以一些富含粗纤维的饮食, 比如豆类、瘦肉、牛奶、蔬菜等, 确

保患者胃肠蠕动恢复, 通便正常。持续干预 1 个月。

患者出院后通过随访指导、微信沟通等延续在院护理模式。

#### 1.4 观察指标

观察两组患者恢复情况、认知功能障碍情况、营养情况、髌关节功能、日常生活能力。(1) 恢复情况。包括术后进食时间、下床时间以及住院时间等。(2) 认知功能障碍情况。于术前 1 d、术后 12 h、1 d、3 d、7 d 采用简易智力状态检查量表 (mini-mental state examination, MMSE) [2] 进行评估, 主要对患者的记忆力、定向力等能力作评估, 以 30 分为满分, 评分高低与患者认知功能障碍严重程度呈反比。(3) 营养情况。干预前和干预后 1 个月抽取晨起的 2 mL 空腹肘静脉血, 采用全自动生化分析仪 (迈瑞生物医疗企业, 型号: BS-120) 检测患者的转铁蛋白和白蛋白水平。(4) 髌关节功能。依据 Harris 髌关节功能量表 [3] 的相关标准评估患者在干预前和干预后 1 个月的情况, 相关内容有疼痛状况等指标, 总分为 100 分, 评分高则代表患者髌关节的功能恢复越好。(5) 日常生活能力。于干预前和干预后 1 个月采用日常生活能力评定量表 (activities of daily living, ADL) [4] 进行评估, 包括洗澡、穿衣、如厕等, 总分为 100 分, 评分越高代表患者日常生活能力越强。

#### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组的恢复情况比较

观察组患者术后进食时间、下床时间以及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者恢复情况比较 ( $n = 28, \bar{x} \pm s$ )

组别	术后进食时间/h	术后下床时间/h	住院时间/d
对照组	12.41 ± 3.01	40.32 ± 7.66	15.75 ± 3.56
观察组	5.63 ± 1.94 <sup>a</sup>	32.67 ± 7.53 <sup>a</sup>	13.79 ± 2.55 <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者手术前后认识功能比较

术后各时段, 观察组患者 MMSE 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者手术前后认识功能比较 ( $n = 28, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	术前 1 d	术后 12 h	术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d
对照组	24.80 ± 1.18	24.42 ± 1.76	23.14 ± 1.74	24.54 ± 1.78	25.16 ± 1.20
观察组	24.68 ± 1.17	25.60 ± 1.70 <sup>b</sup>	25.21 ± 1.40 <sup>b</sup>	25.98 ± 1.30 <sup>b</sup>	26.88 ± 1.86 <sup>b</sup>

注: 与对照组术后各时段比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者营养情况比较

干预后, 观察组患者转铁蛋白、白蛋白水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者营养情况比较 ( $n=28, \bar{x} \pm s, g \cdot L^{-1}$ )

组别	时间	转铁蛋白	白蛋白
对照组	干预前	1.82 ± 0.60	26.54 ± 8.84
	干预后	2.23 ± 0.72	30.98 ± 5.15
观察组	干预前	1.80 ± 0.60	26.48 ± 8.81
	干预后	4.20 ± 1.38 <sup>c</sup>	38.12 ± 12.70 <sup>c</sup>

注: 与对照组干预后比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者髋关节功能、日常生活能力比较

干预后, 观察组患者 Harris 髋关节功能量表评分、ADL 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者髋关节功能、日常生活能力比较 ( $n=28, \bar{x} \pm s, 分$ )

组别	时间	Harris 髋关节功能量表评分	ADL 评分
对照组	干预前	57.65 ± 5.10	59.42 ± 9.06
	干预后	79.46 ± 4.50	77.60 ± 9.61
观察组	干预前	57.54 ± 5.02	59.90 ± 9.10
	干预后	84.64 ± 6.12 <sup>d</sup>	86.63 ± 9.00 <sup>d</sup>

注: ADL 一日常生活能力评定量表。与对照组干预后比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

当前我国老龄化趋势加重, 随着老年人机体功能的退化和骨质脆性的加重, 发生髋部骨折的概率也增加。针对老年髋部骨折患者应予以及时有效的髋部骨折术治疗, 但在手术治疗后的常见并发症中, 患者较为常见的是认知功能障碍, 一旦发病患者将表现出较为严重的定向障碍、记忆损伤、精神错乱甚至人格改变, 对患者的认知、社交、生活产生严重影响, 给其家庭带来沉重负担。该并发症的发病机制至今尚未明确, 相关研究<sup>[6-7]</sup>认为与患者的年龄、手术麻醉方法、患者心理状态、疼痛情况等相关。要最大程度避免老年髋部骨折术患者发生术后认知功能障碍的问题, 就必须为其提供及时有效的护理干预措施。其中术后快速康复外科理念指的是基于循证医学证据和手术患者围手术期中的需求, 为其提供在原有干预措施优化基础上更具针对性的策略保障, 从而最大程度减轻患者在生理、心理上产生的应激, 最终确保手术顺利完成, 也改善患者预后。

本研究中, 采用快速康复外科理念干预的观察组患者, 在对照组饮食干预和胃肠道护理的基础上加强了对细节的优化, 如饮食方面考虑到患者病因中包含的骨质疏松问题, 因此在饮食方案制定中就要求患者多进食补钙、营养的食物, 同时多进食粗纤维食物来预防便秘。因此本研究中, 干预后, 观察组患者转铁蛋白、白蛋白水平等营养指标高于对照组, 差异具有统计学意义

( $P < 0.05$ )。快速康复外科理念强调要结合患者的病情和恢复情况, 尽早进入早期康复的进程, 因此在基于患者耐受的基础上缩短术后进食时间和下床时间, 与此同时要做好对患者的心理疏导和健康宣教工作, 确保患者理解与支持, 并主动配合早期的下床锻炼, 提高护理依从性, 最终缩短恢复的时间。而在引发老年手术患者术后认知功能障碍的危险因素中就包含有疼痛和睡眠, 因此基于快速康复外科理念的护理干预必须着重强化患者的疼痛管理和睡眠管理, 遵医嘱合理使用止痛药物, 营造良好的睡眠环境, 提高患者舒适度, 这对避免发生老年患者术后认知功能障碍有着重要作用。

本研究结果显示, 术后各时段, 观察组患者 MMSE 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 提示观察组患者认知功能障碍问题少。基于患者机体营养的支持, 早期的饮食和恢复, 保障患者良好的休养环境, 遵循科学的恢复流程, 因此本研究中, 观察组患者术后进食时间、下床时间以及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。干预后, 观察组患者 Harris 髋关节功能量表评分、ADL 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 该结论与张海亭等<sup>[8]</sup>的研究结果相似, 证实应用快速康复外科理念具有临床价值。

综上所述, 针对老年髋部骨折术患者实施快速康复外科理念进行干预, 有助于改善术后认知功能障碍, 提高患者髋关节功能和生活活动能力, 缩短恢复时间。

### 【参考文献】

- [1] 祝莹莹, 邓春花, 张馨, 等. 老年髋部骨折病人疾病认知及康复护理需求的质性研究 [J]. 实用老年医学, 2022, 36 (12): 1189-1192, 1199.
- [2] 杨碧花, 彭怡芳. 风险评估联合快速周转干预对老年髋部骨折患者术后康复及下肢深静脉血栓发生情况的影响 [J]. 基层医学论坛, 2023, 27 (21): 88-90.
- [3] 谷宇. ERAS 在老年股骨粗隆间骨折患者围术期的治疗应用研究 [D]. 百色: 右江民族医学院, 2023.
- [4] 李卉, 米博斌, 曹发奇. 快速康复外科在老年髋部骨折病人围手术期中的应用 [J]. 临床外科杂志, 2021, 29 (10): 964-966.
- [5] 丁留敏, 高菁, 徐培兰. 基于规范化疼痛管理的加速康复外科理念在老年髋部骨折患者早期离床干预中的应用效果 [J]. 中国医药导报, 2022, 19 (29): 148-152, 172.
- [6] 王珂曼, 王琼, 张金华. 老年髋部骨折术后快速康复外科理念护理方案的构建及应用研究 [J]. 河南外科学杂志, 2022, 28 (5): 75-77.
- [7] 王建红, 马凤华, 任丽琴. 快速康复外科护理在老年髋部骨折患者围术期的应用 [J]. 护理实践与研究, 2023, 20 (16): 2465-2469.
- [8] 张海亭, 朴海旺, 王荣升. 多学科协作联合快速康复外科在老年髋部骨折患者中的应用效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8 (22): 65-68.