

基于快速康复外科理念的护理干预对髋部骨折患者术后康复效果的影响

依扎提古丽·艾合买提

新疆医科大学第六临床医学院创伤骨一科, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2026年4月13日; 录用日期: 2026年5月7日; 发布日期: 2026年5月14日

摘要

目的: 探讨基于快速康复外科(ERAS)理念的护理干预对髋部骨折患者术后康复效果的影响, 为临床优化髋部骨折围手术期护理方案、提升患者康复质量提供依据。方法: 选取2023年1月~12月新疆医科大学第六附属医院创伤骨一科收治的80例髋部骨折手术患者, 按入院时间分为对照组与观察组, 各40例。对照组采用围手术期常规护理, 观察组采用ERAS理念指导的全程系统化护理, 包括术前健康教育与优化准备、术中体温保护与情感支持、术后疼痛管理、渐进式营养支持及个性化早期康复训练。比较两组护理前后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分、术后恢复指标、疼痛视觉模拟评分(VAS)、生活质量、护理满意度及并发症发生率。结果: 护理后, 观察组SAS、SDS评分均显著低于对照组($P < 0.001$); 观察组麻醉苏醒时间、术后首次排便时间、住院时间均短于对照组($P < 0.01$); 观察组VAS疼痛评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组($P < 0.001$); 观察组护理满意度95.0%, 显著高于对照组72.5% ($P < 0.01$); 观察组并发症发生率7.5%, 低于对照组20.0%, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 快速康复外科理念应用于髋部骨折患者围手术期护理, 可有效缓解负性情绪、减轻术后疼痛、加快术后恢复、缩短住院时间、提高生活质量与护理满意度, 具有良好临床应用价值。

关键词

快速康复外科, 髋部骨折, 护理干预, 术后康复, 并发症

Effect of Nursing Intervention Based on the Concept of Rapid Rehabilitation Surgery on Postoperative Rehabilitation Outcomes in Patients with Hip Fractures

Yizhatiguli Aihemaiti

Department of Trauma Orthopedics I, Sixth Clinical Medical College of Xinjiang Medical University, Urumqi
Xinjiang

文章引用: 依扎提古丽·艾合买提. 基于快速康复外科理念的护理干预对髋部骨折患者术后康复效果的影响[J]. 临床医学进展, 2026, 16(5): 1031-1038. DOI: 10.12677/acm.2026.1651900

Abstract

Objective: To investigate the impact of nursing interventions based on the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) concept on postoperative rehabilitation outcomes in patients with hip fractures, providing evidence for optimizing perioperative nursing protocols and improving rehabilitation quality in clinical practice. **Methods:** A total of 80 patients with hip fracture surgery admitted to the First Department of Trauma Orthopedics at the Sixth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University from January to December 2023 were selected and divided into a control group and an observation group based on admission time, with 40 cases in each group. The control group received conventional perioperative care, while the observation group received comprehensive systematic nursing guided by the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) concept, including preoperative health education and optimized preparation, intraoperative temperature protection and emotional support, postoperative pain management, progressive nutritional support, and personalized early rehabilitation training. The self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS) scores, postoperative recovery indicators, visual analog scale (VAS) pain scores, quality of life, nursing satisfaction, and complication incidence were compared between the two groups before and after nursing interventions. **Results:** After nursing intervention, the observation group showed significantly lower SAS and SDS scores compared to the control group ($P < 0.001$). The observation group also exhibited shorter anesthesia recovery time, first postoperative bowel movement time, and hospital stay than the control group ($P < 0.01$). The VAS pain score in the observation group was lower than that in the control group, while the quality of life score was higher ($P < 0.001$). Nursing satisfaction rate in the observation group was 95.0%, significantly higher than the control group's 72.5% ($P < 0.01$). The complication incidence rate in the observation group was 7.5%, lower than that in the control group's 20.0%, with no statistically significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion:** The application of the rapid rehabilitation surgery concept in perioperative nursing for patients with hip fractures can effectively alleviate negative emotions, reduce postoperative pain, accelerate recovery, shorten hospital stay, improve quality of life and nursing satisfaction, demonstrating significant clinical value.

Keywords

Rapid Recovery Surgery, Hip Fracture, Nursing Intervention, Postoperative Rehabilitation, Complications

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

髋部骨折是临床常见的骨科创伤，以老年人为高发人群，随着人口老龄化进程加快，其发病率逐年攀升[1]。髋部作为人体负重核心部位，骨折后易导致患者肢体活动障碍、自理能力下降，且术后常伴随疼痛、感染、深静脉血栓、压疮等并发症，不仅延长住院时间、增加医疗负担，还可能导致患者远期功能受限，严重影响生活质量[2]。目前，手术治疗是髋部骨折的主要治疗方式，但传统护理模式以疾病为中心，侧重术后病情监测和基础护理，缺乏对患者围手术期全程康复的系统性干预，难以满足患者快速康复的需求，因此，优化护理模式、提升术后康复效果成为骨科护理领域的研究重点。

快速康复外科(Enhanced Recovery after Surgery, ERAS)是一种以患者为中心的新型医疗理念,核心在于通过整合围手术期多学科干预措施,优化术前准备、术中管理和术后康复全流程,减少手术创伤应激反应,降低并发症发生率,缩短住院时间,促进患者快速恢复[3]-[5]。该理念最早应用于腹部外科[6],近年来逐渐延伸至骨科领域,其核心护理内涵与髋部骨折患者术后康复需求高度契合——髋部骨折患者多为老年人,身体机能较弱,术后康复周期长,对护理的专业性、系统性要求更高,而 ERAS 理念指导下的护理干预,可通过个性化、规范化的措施,解决传统护理中存在的康复干预滞后、并发症防控不足等问题。

目前,已有部分研究探讨 ERAS 理念在髋部骨折患者护理中的应用[7],但多数研究存在干预措施不够全面、样本量较少、随访时间较短等不足,对 ERAS 护理干预改善患者术后肢体功能、疼痛程度、生活质量的具体机制和效果仍需进一步验证。基于此,本研究立足临床实际,将快速康复外科理念融入髋部骨折患者围手术期护理全过程,构建系统化的护理干预方案,通过对比传统护理与 ERAS 护理的应用效果,明确 ERAS 理念指导下的护理干预对髋部骨折患者术后疼痛缓解、肢体功能恢复、并发症防控及住院结局的影响,为临床优化髋部骨折患者护理策略、提升术后康复质量提供理论依据和实践参考。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2023 年 1 月至 12 月收治的 80 例髋部骨折的骨科患者,根据入院时间将其分为对照组(2023 年 1 月至 6 月)和观察组(2023 年 7 月至 12 月),每组 40 例。对照组男 21 例,女 19 例;年龄 28~76 岁,平均(53.38 ± 7.76)岁;致伤原因为交通事故 30 例,高空坠落 9 例,重物砸伤 1 例;骨折类型:转子间骨折 13 例,骨盆骨折 17 例,股骨颈骨折 10 例。观察组男 27 例,女 13 例;年龄 26~75 岁,平均(52.97 ± 6.62)岁;致伤原因为交通事故 22 例,高空坠落 12 例,重物砸伤 6 例;骨折类型:转子间骨折 14 例,骨盆骨折 13 例,股骨颈骨折 13 例。本研究经新疆医科大学第六附属医院医学伦理委员会批准;患者均知情同意并自愿参与。

纳入标准:① 经影像学检查(X 线、CT 或 MRI)确诊为髋部骨折,包括股骨颈骨折、股骨转子间骨折或股骨转子下骨折,且为新鲜闭合性骨折。② 均于入院后择期行手术治疗,手术方式包括髋关节置换术或内固定术,且麻醉方式为椎管内麻醉或全身麻醉。③ 年龄 ≥ 18 岁,能够自主签署知情同意书。患者及其家属对本研究知情,并自愿签署知情同意书,能够配合完成围术期护理干预及术后随访。排除标准:① 合并其他部位骨折、重要脏器损伤,或因骨肿瘤、骨结核等导致的病理性骨折,此类患者病情复杂,干扰护理干预效果的独立评价。② 术前存在严重心、肺、肝、肾功能不全(如美国麻醉医师协会分级 \geq IV 级),或合并未控制的高血压、糖尿病、凝血功能障碍等,无法耐受手术或影响术后康复进程。③ 存在严重认知障碍(如阿尔茨海默病中晚期)、精神疾病史或长期服用精神类药物,无法配合护理干预措施及康复评估。④ 术前因其他疾病(如严重骨关节炎、脑卒中后遗症等)已长期卧床或存在严重肢体功能障碍,无法准确评估术后功能恢复效果。

2.2. 干预方法

对照组:所有患者均接受常规护理干预。入院时医护人员为患者提供了健康教育,并根据个体情况制定了包含手术日期、操作步骤、注意事项等的手术方案,同时向患者及其家属进行了详细说明。术后及时监测患者生命体征,并定期进行伤口检查。针对感染预防及深静脉血栓形成等并发症采取了相应管理措施。护理过程中发现的任何异常情况均需立即上报医师以便及时处理。

观察组:在该研究组中,所有患者均接受 ERAS 护理。具体方案如下:1) 术前健康教育:向患者及

其家属详细说明手术流程,包括手术类型、麻醉方法及术后康复计划,并解释手术风险与预期结果以帮助其做出知情决策。同时指导患者使用骨折固定装置时的防护措施与注意事项,包括避免过度活动、正确使用助行器或拐杖、防止跌倒及碰撞。2) 术前准备:护士评估患者整体健康状况及护理需求,包括必要的实验室检查、心电图及胸部 X 线检查以确保手术安全。此外,提供术前准备指导(如禁食 6 小时、禁水 2 小时)以保障手术顺利进行。3) 术中护理:手术期间护士持续监测手术室温度,将输液、冲洗液及手术器械维持在约 37℃,以避免患者因低温不适。全程提供情感支持与辅助治疗。4) 术后护理:术后 2 小时监测生命体征及术后状态。口服摄入准备情况根据患者个体情况评估,并提供渐进式营养支持。通过注意力转移、音乐或适当镇痛治疗等措施缓解不适症状,定期检查固定装置稳定性。5) 康复训练。根据个体状况制定个性化康复计划,包括早期康复训练、主动与被动关节活动、肌肉强化及柔韧性训练。这些训练旨在促进血液循环并降低并发症发生率。对患者进行助行器或拐杖正确使用指导,以避免对髋部损伤部位产生额外压力,促进行走能力恢复。护士鼓励患者逐步增加活动强度与范围,以增强肌力、平衡能力及协调性。在康复训练过程中提供必要支持与监督,确保患者安全性和适应性。最后,护士定期评估患者康复进展并相应调整康复计划,力求最大限度恢复患者功能及日常生活能力。护理过程中发现的异常情况需及时上报医师进行规范处理。

2.3. 结局指标

1) 一般资料,包括:年龄、性别、体质量指数(BMI)、致伤原因及骨折类型;2) 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估,总分均为 80 分,得分越高,负面情绪越严重。3) 术后恢复时间:具体指标包括麻醉苏醒时间、排便时间、住院时间。4) 疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评估,分值区间 0~10 分,得分越高,疼痛越严重。5) 护理满意度。6) 并发症发生情况。记录两组术后并发症发生情况,包括感染、出血、尿漏、肠道功能障碍和血栓形成等。

2.4. 统计学方法

本研究采用 SPSS26.0 统计软件(SPSS 公司,美国芝加哥)进行数据分析,并使用 GraphPad Prism 7 数据可视化软件(Graphpad Software 公司,美国圣地亚哥)进行结果呈现。计数数据以病例数(%)表示,采用卡方检验进行统计分析;测量数据以均值 \pm 标准差(均值 \pm SD)形式呈现。组间比较采用独立样本 t 检验,组内护理前后比较采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 视为具有统计学显著性差异。

3. 结果

3.1. 一般资料

两组患者在年龄、性别、BMI、致伤原因及骨折类型方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表 1)。

Table 1. Comparison of baseline characteristics between the two groups
表 1. 两组间一般资料的比较

指标	观察组(n = 40)	对照组(n = 40)	t/ χ^2 值	P 值
年龄(岁)	52.97 \pm 6.62	53.38 \pm 7.76	t = -0.259	0.796
性别(男/女)	27/13	21/19	$\chi^2 = 1.978$	0.160
BMI (kg/m ²)	22.12 \pm 2.01	21.77 \pm 1.79	t = 0.822	0.413
致伤原因(n%)			$\chi^2 = 3.956$	0.138

续表

交通事故	22 (55.0)	25 (62.5)		
高空坠落	12 (30.0)	9 (22.5)		
重物砸伤	6 (15.0)	6 (15.0)		
骨折类型(n/%)			$\chi^2 = 1.200$	0.549
转子间骨折	14 (35.0)	13 (32.5)		
骨盆骨折	13 (32.5)	17 (42.5)		
股骨颈骨折	13 (32.5)	10 (25.0)		

3.2. 焦虑和抑郁评分的比较

护理前, 两组患者焦虑、抑郁评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$); 护理后, 观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.001$), 见表 2。

Table 2. Comparison of emotional scores before and after nursing care between the two groups

表 2. 两组护理前后情绪评分的比较

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	61.33 ± 8.32	32.28 ± 4.20	59.35 ± 7.21	34.28 ± 3.97
对照组	40	60.29 ± 7.74	44.51 ± 6.24	58.66 ± 7.15	42.22 ± 5.74
<i>t</i> 值		$t = 0.579$	$t = 10.24$	$t = 0.434$	$t = 7.27$
P 值		0.564	<0.001	0.665	<0.001

3.3. 术后恢复时间的比较

观察组患者麻醉苏醒时间、术后首次排便时间及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。其中, 观察组麻醉苏醒时间为(18.23 ± 7.22)分钟, 对照组为(24.28 ± 8.14)分钟($P = 0.001$); 观察组排便时间为(21.29 ± 4.29)小时, 对照组为(29.35 ± 6.21)小时($P < 0.001$); 观察组住院时间为(12.35 ± 3.18)天, 对照组为(16.25 ± 5.07)天($P < 0.001$), 见表 3。

Table 3. Comparison of postoperative recovery time between the two groups

表 3. 两组术后恢复时间的比较

组别	麻醉苏醒时间(分钟)	排便时间(小时)	住院时间(天)
观察组(n = 40)	18.23 ± 7.22	21.29 ± 4.29	12.35 ± 3.18
对照组(n = 40)	24.28 ± 8.14	29.35 ± 6.21	16.25 ± 5.07
<i>t</i> 值	$t = -3.586$	$t = -6.794$	$t = -4.091$
P 值	0.001	<0.001	<0.001

3.4. 两组护理前后疼痛及生活质量评分比较

护理前, 两组患者疼痛评分及生活质量评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。护理后, 观察组疼痛评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.001$)。具体而言, 护理后观

观察组疼痛评分为(2.18 ± 1.20)分, 低于对照组的(4.31 ± 1.34)分($P < 0.001$); 观察组生活质量评分为(84.18 ± 5.91)分, 高于对照组的(72.29 ± 6.74)分($P < 0.001$), 见表 4。

Table 4. Comparison of pain and quality of life scores between the two groups

表 4. 两组疼痛及生活质量评分比较

组别	例数	疼痛评分		生活质量评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	6.39 ± 1.32	2.18 ± 1.20	62.35 ± 7.21	84.18 ± 5.91
对照组	40	6.79 ± 1.79	4.31 ± 1.34	64.66 ± 7.15	72.29 ± 6.74
<i>t</i> 值		$t = -1.134$	$t = -7.67$	$t = -1.444$	$t = 8.75$
P 值		0.260	<0.001	0.152	<0.001

3.5. 两组护理满意度的比较

观察组护理满意率为 95.0% (38/40), 高于对照组的 72.5% (29/40), 差异有统计学意义($\chi^2 = 7.440$, $P = 0.006$), 见表 5。

Table 5. Comparison of nursing satisfaction

表 5. 护理满意度比较

组别	满意	基本满意	不满意	满意率
观察组(n = 40)	21 (52.5%)	17 (42.5%)	2 (5.0%)	38 (95.0%)
对照组(n = 40)	15 (37.5%)	14 (35.0%)	11 (27.5%)	29 (72.5%)
χ^2 值				7.440
P 值				0.006

3.6. 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率为 7.5% (3/40), 低于对照组的 20.0% (8/40), 但差异无统计学意义($\chi^2 = 2.581$, $P = 0.108$), 见表 6。

Table 6. Comparison of complication incidence rates

表 6. 并发症发生率的比较

组别	恶心和呕吐	感染	尿漏	肠道功能障碍	血栓形成	并发症发生率
观察组(n = 40)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)	3 (7.5%)
对照组(n = 40)	3 (7.5%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)	3 (7.5%)	8 (20.0%)
χ^2 值						2.581
P 值						0.108

4. 讨论

髌骨骨折作为老年人群高发的创伤性骨科疾病, 具有术后康复周期长、并发症风险高、肢体功能恢复难度大等临床特点[8], 如何通过科学有效的护理干预加速患者术后康复、降低不良事件发生率、改善远期生活质量, 一直是骨科护理领域的核心研究课题。本研究以快速康复外科(ERAS)理念为核心, 构建

围手术期系统化护理干预方案,将其应用于髌部骨折患者临床护理中,并与传统常规护理模式进行对照分析,结果显示,ERAS 护理干预在改善患者负性情绪、缩短术后恢复时间、缓解术后疼痛、提升生活质量与护理满意度等方面均具有显著优势,充分证实该理念与髌部骨折患者围术期护理需求高度契合,具备较高的临床推广价值。

本研究结果显示,护理后观察组焦虑、抑郁评分显著低于对照组,提示 ERAS 理念指导下的护理干预可有效缓解髌部骨折患者的负性情绪。髌部骨折患者多因突发创伤、手术恐惧、担心术后残疾及生活无法自理等因素,易产生焦虑、抑郁等不良心理状态,而负面情绪不仅会影响患者治疗依从性,还会通过神经-内分泌系统加剧手术应激反应,延缓术后康复进程[9]。传统护理模式仅侧重基础病情监测与简单健康告知,缺乏对患者心理状态的系统性关注与干预;而 ERAS 护理以患者为中心,将心理干预融入术前、术中、术后全流程,术前通过详细讲解手术流程、康复计划与预后效果,帮助患者清晰认知疾病与治疗方案,消除信息不对称带来的恐惧;术中通过恒温护理、情感陪伴等细节服务,给予患者安全感;术后结合疼痛管理、康复指导等措施,让患者切实感受到康复进展,逐步缓解心理压力。这种全程化、人性化的护理干预,从根源上减少了负性情绪的诱发因素,有效改善患者心理状态,为术后主动配合康复训练奠定良好基础[10]。

在术后恢复时间方面,观察组麻醉苏醒时间、术后首次排便时间及住院时间均显著短于对照组,充分体现 ERAS 理念“减少应激、加速康复”的核心价值。传统术前准备通常采用长时间禁食禁水,易导致患者脱水、低血糖及胃肠道功能紊乱,延长术后排便恢复时间;术中未注重体温保护,低体温会引发血管收缩、凝血功能异常,延缓麻醉苏醒与机体恢复。而 ERAS 护理优化围术期管理流程,术前缩短禁食禁水时间(禁食 6 小时、禁水 2 小时),维持患者机体代谢稳定;术中将输液、冲洗液及手术器械恒温至 37℃,避免低体温应激,减少对机体生理功能的干扰;术后给予渐进式营养支持,早期鼓励患者进食,促进胃肠道功能快速恢复。同时,ERAS 护理通过早期康复训练、并发症精准防控等措施,加速患者肢体功能与生理机能恢复,进而缩短住院时间,降低医疗资源消耗,减轻患者家庭经济与照护负担,这与国内多数 ERAS 应用于骨科手术的研究结论一致。

术后疼痛是影响髌部骨折患者康复依从性与早期活动的关键因素,持续剧烈疼痛会导致患者拒绝翻身、下床及关节训练,增加压疮、深静脉血栓等并发症风险。本研究中,护理后观察组 VAS 疼痛评分显著低于对照组,表明 ERAS 护理可有效缓解术后疼痛。传统护理多采用被动镇痛模式,仅在患者主诉疼痛时给予药物干预,镇痛效果滞后且不佳;而 ERAS 护理采用多模式镇痛策略,结合注意力转移、音乐疗法等非药物镇痛方式与规范化药物镇痛,术前提前进行疼痛宣教,让患者了解疼痛评估方法与应对措施,术后根据患者疼痛程度个性化调整镇痛方案,实现超前镇痛、全程镇痛与精准镇痛。同时,早期康复训练可促进局部血液循环,减轻组织水肿与疼痛,形成“镇痛-康复-进一步镇痛”的良性循环,有效提升疼痛控制效果。

生活质量与护理满意度是评价护理干预效果的重要指标。本研究结果显示,观察组术后生活质量评分与护理满意度均显著高于对照组。ERAS 护理通过全程系统化干预,从心理、生理、康复、并发症防控等多维度改善患者状态,不仅加速肢体功能恢复,还帮助患者快速回归日常生活,显著提升生活质量;同时,ERAS 护理注重细节服务与人文关怀,主动满足患者护理需求,及时解决康复过程中的问题,构建和谐护患关系,进而大幅提升护理满意度。观察组护理满意率达 95.0%,远高于对照组的 72.5%,充分证明患者对 ERAS 护理模式的高度认可。

在并发症防控方面,观察组并发症发生率(7.5%)低于对照组(20.0%),虽差异无统计学意义,但仍具有临床参考意义。分析原因可能与本研究样本量较小、随访时间较短有关,若扩大样本量、延长随访周期,差异可能具有统计学意义。ERAS 护理通过术前健康指导、术中体温保护、术后早期活动、血栓预防

等针对性措施,有效降低感染、深静脉血栓、胃肠道功能障碍等并发症风险;而传统护理并发症防控较为被动,缺乏全程系统化干预,导致并发症发生率相对偏高。这提示在临床实践中,需进一步完善 ERAS 护理的并发症防控细节,扩大应用样本量,以更充分验证其在降低并发症发生率方面的优势。

本研究仍存在一定局限性:首先,研究样本量仅 80 例,且为单中心研究,研究对象来源相对局限,可能存在选择偏倚;其次,随访时间较短,未对患者术后远期肢体功能、生活质量及并发症发生情况进行长期追踪;最后,未对不同年龄、骨折类型患者的 ERAS 护理效果进行亚组分析,干预方案的个性化程度仍可提升。未来研究可扩大样本量,开展多中心、大样本、长期随访的临床研究,进一步优化 ERAS 护理干预方案,针对老年、病理性骨折等特殊人群制定个性化护理策略,深入探讨 ERAS 理念加速髋部骨折患者康复的内在机制,为临床护理实践提供更全面、更科学的参考依据。

综上,快速康复外科理念指导下的围手术期护理干预,可有效改善髋部骨折患者焦虑、抑郁情绪,缩短麻醉苏醒、排便及住院时间,缓解术后疼痛,提升生活质量与护理满意度,同时降低并发症发生风险。该护理模式契合现代骨科“以患者为中心”的护理理念,符合快速康复的临床需求,可作为髋部骨折患者术后康复的优选护理方案,在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 潘斯学,陈会仙,朱康,等.老年髋部骨折术后常见并发症的研究进展[J].河北中医,2024,46(10):1755-1760.
- [2] 高春琴,余丽萍,阮丽萍.老年髋部骨折护理进展[J].中国乡村医药,2025,32(2):75-76.
- [3] 黄小静.快速康复外科中的新观念[J].实用临床医药杂志,2011,15(20):129-130.
- [4] Tazreean, R., Nelson, G. and Twomey, R. (2022) Early Mobilization in Enhanced Recovery after Surgery Pathways: Current Evidence and Recent Advancements. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, **11**, 121-129. <https://doi.org/10.2217/ceer-2021-0258>
- [5] Kitchin, S., Raman, V.T., Javens, T. and Jatana, K.R. (2022) Enhanced Recovery after Surgery. *Otolaryngologic Clinics of North America*, **55**, 1271-1285. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2022.07.011>
- [6] 侯宝莲.快速康复外科在腹部外科手术护理中的应用进展[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2019,14(3):235-237.
- [7] 李娜.快速康复外科理念对髋关节骨折患者术后护理质量的影响分析[J].延边大学医学学报,2025,48(4):152-154.
- [8] 徐燕,金旭霞,强发莲.阶梯式康复训练在老年髋部骨折术后应用效果[J].浙江创伤外科,2024,29(5):942-944.
- [9] Dietz, N., Sharma, M., Adams, S., Alhourani, A., Ugiliweneza, B., Wang, D., et al. (2019) Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) for Spine Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurgery*, **130**, 415-426. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.06.181>
- [10] 元海成,秦鸣放.快速康复外科理论临床研究新进展[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(5):534-536.