

快通道外科护理对老年髋部骨折患者围手术期护理的影响

史文杰

新疆医科大学第六附属医院创伤骨科, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2026年6月21日; 录用日期: 2026年7月15日; 发布日期: 2026年7月22日

摘要

目的: 探讨快通道外科护理模式在老年髋部骨折患者围手术期护理中的应用效果。方法: 选取2024年10月至2025年10月新疆医科大学第六附属医院创伤骨科收治的70例老年髋部骨折手术患者, 采用随机数字表法分为观察组(快通道外科护理)和对照组(常规护理), 每组各35例。比较两组患者护理前后的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、视觉模拟评分法(VAS)及Harris髋关节功能评分(HHS), 并统计围手术期并发症发生情况。结果: 护理前, 两组SAS、SDS、VAS及HHS评分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。护理后, 观察组SAS (43.2 ± 3.7)、SDS (43.8 ± 3.1)、VAS (2.5 ± 1.2)评分均低于对照组(51.9 ± 4.9 、 51.3 ± 4.2 、 4.8 ± 1.7), 差异有统计学意义($P < 0.001$); 观察组HHS评分(76.4 ± 6.8)高于对照组(60.2 ± 5.8), 差异有统计学意义($P < 0.001$); 观察组并发症总发生率为2.9%, 低于对照组的17.1%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 快通道外科护理模式可有效缓解老年髋部骨折患者的焦虑、抑郁情绪, 减轻术后疼痛, 促进髋关节功能恢复, 降低并发症发生率, 值得在创伤外科临床护理中推广应用。

关键词

快通道外科护理, 老年, 髋部骨折, 围手术期护理, 焦虑, 疼痛, 髋关节功能

The Impact of Fast-Track Surgical Nursing on Perioperative Care for Elderly Patients with Hip Fractures

Wenjie Shi

Department of Traumatic Orthopedics I, Sixth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi
Xinjiang

Received: June 21, 2026; accepted: July 15, 2026; published: July 22, 2026

文章引用: 史文杰. 快通道外科护理对老年髋部骨折患者围手术期护理的影响[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 1825-1830. DOI: 10.12677/acm.2026.1672706

Abstract

Objective: To explore the application effect of fast track surgery nursing model in perioperative care of elderly patients with hip fracture. **Methods:** A total of 70 elderly patients with hip fracture who were hospitalized in the First Department of Traumatic Orthopedics, the Sixth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University from October 2024 to October 2025 were selected and randomly divided into observation group (fast track surgery nursing) and control group (routine nursing), with 35 cases in each group. The Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS), Visual Analogue Scale (VAS) and Harris Hip Score (HHS) were compared between the two groups before and after nursing, and the incidence of perioperative complications was recorded. **Results:** Before nursing, there were no significant differences in SAS, SDS, VAS and HHS scores between the two groups ($P > 0.05$). After nursing, the SAS (43.2 ± 3.7), SDS (43.8 ± 3.1) and VAS (2.5 ± 1.2) scores in the observation group were significantly lower than those in the control group (51.9 ± 4.9 , 51.3 ± 4.2 , 4.8 ± 1.7), with statistical significance ($P < 0.001$); the HHS score in the observation group (76.4 ± 6.8) was significantly higher than that in the control group (60.2 ± 5.8), with statistical significance ($P < 0.001$); the total incidence of complications in the observation group was 2.9%, which was significantly lower than 17.1% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The fast track surgery nursing model can effectively alleviate anxiety and depression, reduce postoperative pain, promote the recovery of hip joint function, and reduce the incidence of complications in elderly patients with hip fracture, which is worthy of clinical application in traumatic orthopedics nursing.

Keywords

Fast Track Surgery Nursing, Elderly, Hip Fracture, Perioperative Nursing, Anxiety, Pain, Hip Joint Function

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

髋部骨折是创伤外科最常见的老年急症之一，多由低能量损伤所致，发病率随人口老龄化逐年上升[1]。老年患者多伴有骨质疏松及基础疾病，骨折后大多需手术治疗[2]。然而，创伤与手术的双重打击、术后长期卧床等因素，使患者在围手术期面临焦虑抑郁情绪、疼痛控制不佳以及下肢深静脉血栓(DVT)、肺部感染、压疮等并发症高发风险，严重影响术后恢复[3]。

快通道外科护理是基于快通道外科理念发展而来的围手术期护理模式，其核心是将快通道外科护理循证优化措施转化为护理实践中的具体干预方案，通过围手术期各环节的系统化护理，减轻患者生理和心理应激反应，促进术后恢复[4]。该模式强调护理工作的主动性、系统性和个体化，要求护士在术前、术中和术后全程主动介入。目前，该模式已在结直肠外科、胃肠外科等领域积累了一定应用经验，但在创伤骨科老年髋部骨折围手术期护理中的系统化应用研究仍较为有限，尚未形成规范化护理方案。

本研究旨在探讨快通道外科护理模式在老年髋部骨折患者围手术期护理中的应用效果，通过对比常规护理与快通道外科护理在改善患者心理状态、缓解疼痛、促进关节功能恢复及降低并发症发生率等方面的差异，为创伤外科临床护理提供参考依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本研究共纳入 2024 年 10 月至 2025 年 10 月期间入住我院的 70 例髌部骨折患者进行随机对照试验。所有患者按入院顺序编号后,随机分为常规护理组(对照组)和快通道护理组(观察组),每组各 35 例。结局指标由三位不知晓分组情况的评估员进行评价。

纳入标准包括:① 经 CT 及其他影像学检查确诊为髌骨骨折且需行髌关节置换或复位手术;② 年龄超过 55 岁;③ 所有治疗过程均在本院完成且数据完整;④ 术前无血栓形成、心血管/脑血管疾病。排除标准为:① 存在凝血功能或免疫功能障碍;② 严重感染或肝肾功能不全;③ 病理性骨折;④ 恶性肿瘤。

2.2. 干预方法

所有患者术后均接受生命体征常规监测及抗菌措施。对照组接受了三种类型的常规围手术期护理:(1) 围手术期护理:包括入院教育、常规术前准备(分别要求禁食 24 小时和 4 小时)、晚间进行肠道清洁灌肠、遵医嘱用药以及说明基本饮食禁忌;(2) 术中护理:全身麻醉且未采取特殊保温措施;(3) 术后护理:使用阿片类镇痛药缓解疼痛、禁食直至肛门排空、逐步从普通流质饮食过渡至半流质饮食,并根据患者恢复情况鼓励其尽早翻身活动。

快通道外科护理理念在整个围手术期均在观察组中得到贯彻。① 术前准备:向患者详细说明手术时间、目的、操作流程及可能的不良反应,以缓解其紧张情绪;术前 6 小时禁食、2 小时禁水,并于术前 2 小时口服 250 毫升 10%葡萄糖溶液;② 术中护理:除常规手术护理外,使用温控毯保持患者体温适宜,并进行术中液体输注(液体温度维持在 37℃);③ 术后护理:术后为患者提供心理支持,积极沟通以缓解其矛盾情绪,向患者介绍成功治疗案例以增强其治疗信心,并在患者出现焦虑、抑郁等负面情绪时及时提供情感疏导。在饮食方面,建议患者摄入营养丰富且富含纤维的食物,多喝水,并避免食用辛辣、油腻及其他刺激性食物;关于体位保持,需保持舒适姿势,正确抬高下肢以促进静脉血回流,并定期翻身以防压疮等不良事件发生;④ 术后个性化快速康复训练方案:根据每位患者的生理指标,在术后 1~3 天,观察组患者需进行主动股四头肌收缩训练,以及主动或被动的踝关节屈伸及旋转运动;术后 4~7 天进行被动训练:坐于床边,进行双膝及双腿的被动屈伸、髌关节屈伸运动;术后 8~15 天进行主动训练:坐于床边,进行各关节的主动屈伸运动,以及模拟膝关节屈曲的交互式划船锻炼(每次 30 分钟,每日三次);恢复良好的患者可使用拐杖、助行器或其他辅助工具进行行走训练。根据患者恢复情况,可逐步实现独立行走;恢复良好的患者可进行负重行走训练。所有训练均不应引起过度疼痛或伤口撕裂。

2.3. 观察指标

分别于护理前后评估两组患者的焦虑(SAS)、抑郁(SDS) [5]及疼痛(VAS)评分,并于护理前后评定髌关节功能(HHS)评分,同时统计两组患者围手术期并发症(血栓形成、压疮、肺部感染、关节僵硬及切口愈合不良)的发生情况。

2.4. 统计学方法

所有数据均采用 SPSS 26.0 统计学软件进行处理与分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$)表示,两组间各时间点(护理前、护理后)的 SAS、SDS、VAS 及 HHS 评分比较,均采用独立样本 t 检验;计数资料以例数(百分比)表示,组间性别、骨折类型及并发症发生率的比较采用 χ^2 检验,当理论频数小于 5 时,采用连续校正 χ^2 检验或 Fisher 精确检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 一般资料

系统收集两组患者的年龄、性别、体质量指数(BMI)、骨折类型和骨折至入院时间进行对比,结果显示两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),可进行后续比较(见表 1)。

Table 1. General information

表 1. 一般资料

指标	观察组(n = 35)	对照组(n = 35)	t/ χ^2	P
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	62.44 $\pm$ 7.25	61.86 $\pm$ 7.11	t = 0.338	0.736
性别(男/女)	16/19	18/17	$\chi^2 = 0.350$	0.554
BMI ($\bar{x} \pm s$, Kg/m ²)	21.38 $\pm$ 2.42	21.57 $\pm$ 2.08	t = -0.352	0.726
骨折类型(n, %)			$\chi^2 = 1.090$	0.580
股骨颈骨折	9 (25.7%)	13 (37.1%)		
转子间骨折	22 (62.9%)	19 (54.3%)		
骨盆骨折	4 (11.4%)	3 (8.6%)		
骨折至入院时间($\bar{x} \pm s$, 天)	1.45 $\pm$ 0.49	1.28 $\pm$ 0.41	t = 1.574	0.120

3.2. 两组患者心理状态和疼痛评分

护理前,两组患者的 SAS、SDS 及 VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,观察组的 SAS、SDS 及 VAS 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$, 见表 2)。

Table 2. Comparison of psychological status and pain scores between the two groups before and after care ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组患者护理前后心理状态与疼痛评分的比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组(n = 35)	对照组(n = 35)	t	P
SAS	护理前	53.7 $\pm$ 6.2	52.8 $\pm$ 5.9	t = 0.622	0.536
	护理后	51.9 $\pm$ 4.9	43.2 $\pm$ 3.7	t = 8.382	<0.001
SDS	护理前	52.5 $\pm$ 4.8	52.8 $\pm$ 4.5	t = -0.270	0.788
	护理后	51.3 $\pm$ 4.2	43.8 $\pm$ 3.1	t = 8.503	<0.001
VAS	护理前	7.2 $\pm$ 2.3	7.3 $\pm$ 2.4	t = -0.178	0.859
	护理后	4.8 $\pm$ 1.7	2.5 $\pm$ 1.2	t = 6.553	<0.001

3.3. 两组患者髋关节功能评分(HHS)

护理前,两组 HHS 评分无显著差异($P > 0.05$);护理后,观察组 HHS 评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$, 见表 3)。

Table 3. Comparison of hip joint function scores between the two groups before and after nursing care ($\bar{x} \pm s$)

表 3. 两组患者护理前后髋关节功能评分的比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组(n = 35)	对照组(n = 35)	t	P
HHS 评分	护理前	44.2 $\pm$ 5.3	45.1 $\pm$ 5.9	t = -0.672	0.504
	护理后	60.2 $\pm$ 5.8	76.4 $\pm$ 6.8	t = -10.728	<0.001

3.4. 并发症发生率

观察组总并发症发生率为 2.9%，显著低于对照组的 17.1%，差异有统计学意义($\chi^2 = 3.968$, $P = 0.046$)。各单项并发症(血栓、压疮、关节僵硬等)发生率组间比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$ ，见表 4)。

Table 4. Complication incidence rates in the two patient groups

表 4. 两组患者并发症发生率

指标	血栓形成	压疮	肺部感染	关节僵硬	切口愈合不良	总不良反应发生率
观察组(n = 35)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)
对照组(n = 35)	3 (8.6%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	2 (5.8%)	0 (0.0%)	6 (17.1%)
χ^2						3.968
P						0.046

4. 讨论

本研究将快通道外科护理模式应用于老年髌部骨折患者围手术期护理中，结果显示观察组在心理状态、疼痛控制、髌关节功能恢复及并发症预防方面均优于对照组，差异有统计学意义。老年髌部骨折多为突发外伤所致，患者毫无心理准备便面临剧烈疼痛、活动受限及住院环境改变等多重打击，焦虑、抑郁等负性情绪十分普遍。本研究中，护理前两组患者 SAS、SDS 评分均处于较高水平(观察组 SAS 53.7 ± 6.2 、SDS 52.5 ± 4.8 ；对照组 SAS 52.8 ± 5.9 、SDS 52.8 ± 4.5)，证实了老年髌部骨折患者围手术期心理问题的突出性。护理后，观察组 SAS (43.2 ± 3.7)、SDS (43.8 ± 3.1)均显著低于对照组($P < 0.001$)。快通道外科护理在心理干预方面的优势体现在术前即开展针对性健康教育与心理疏导，帮助患者建立合理的治疗预期，降低因信息缺乏导致的不确定感和恐惧感，同时通过介绍成功治疗案例增强患者信心，并在术后出现负面情绪时及时给予情感疏导，使心理支持贯穿围手术期全过程[6]。于敏等[7]的研究表明，基于加速康复外科理念的围术期护理可显著改善老年髌部骨折患者的心理状态，本研究结果与之一致。疼痛是老年髌部骨折患者围手术期最突出的护理问题之一，不仅增加患者身心痛苦，更直接制约了早期活动、有效咳痰等护理措施的顺利实施[8]。本研究中，护理后观察组 VAS 评分(2.5 ± 1.2)显著低于对照组(4.8 ± 1.7)，差异有统计学意义($P < 0.001$)。观察组疼痛控制效果更佳，主要得益于快通道外科护理中的多模式镇痛护理方案。护士每日常规采用 VAS 评分对患者进行动态疼痛评估，根据评分结果及时与医师沟通调整镇痛方案，确保镇痛措施的时效性和个体化；同时指导患者取舒适卧位、正确抬高患肢以减轻肿胀和疼痛。胡敏的研究证实，应用快通道外科护理理念围手术期护理可显著降低老年脆性髌部骨折患者的 VAS 评分。快通道外科护理将疼痛管理从“被动应对”转变为“主动评估与早期干预”，这正是其取得更好镇痛效果的关键所在。

髌关节功能恢复是评价老年髌部骨折手术效果的核心指标之一[9]。护理后观察组 Harris 评分(76.4 ± 6.8)显著高于对照组(60.2 ± 5.8)，差异有统计学意义($P < 0.001$)。快通道外科护理对髌关节功能恢复的促进作用体现在术前即开始指导患者进行主动股四头肌收缩及踝关节屈伸运动，使患者在术前就已掌握正确的锻炼方法；术后根据患者生理指标分阶段实施康复训练：术后 1~3 天进行主动股四头肌收缩及踝关节主动屈伸旋转运动，术后 4~7 天过渡至床边坐位被动膝关节屈伸及髌关节屈伸训练，术后 8~15 天进行坐位主动关节屈伸及模拟蹬车训练，术后 15 天以后根据恢复情况逐步开展独立行走及负重行走训练。Li 等[10]的研究表明，快通道外科护理 - 集束干预策略模式可显著提高老年髌部脆性骨折患者术后 Harris 评分。分阶段、循序渐进的康复训练方案既保证了安全性，又确保了训练的连续性和有效性，同时有效的

疼痛控制也为患者顺利完成训练提供了保障。

老年髋部骨折患者术后长期卧床, 下肢深静脉血栓(DVT)、压疮、肺部感染等并发症发生风险较高。本研究中, 观察组并发症总发生率为 2.9%, 显著低于对照组的 17.1% ($\chi^2 = 3.968, P = 0.046$), 其中血栓形成(0 vs 3 例)、压疮(0 vs 1 例)、关节僵硬(1 vs 2 例)的降低尤为明显。快通道外科护理在并发症预防方面的优势体现在: 护理人员术后早期即指导患者进行踝泵运动及股四头肌收缩训练; 术中采用温控毯维持患者体温、输液加温至 37℃, 避免低体温导致的血液黏稠度升高; 术后指导患者正确抬高下肢促进静脉回流并定时翻身; 同时指导患者进行有效咳嗽和深呼吸训练, 保持呼吸道通畅。快通道外科护理将并发症预防从单一措施转变为系统化、精细化的护理方案, 各项措施相互协同, 形成了有效的防护网络。

综上所述, 快通道外科护理模式实现了从被动执行医嘱向主动护理干预、从单一环节护理向围手术期全程系统护理的转变, 术前禁食方案优化、术中保温措施、术后多模式镇痛及分阶段康复训练等均体现了该模式的循证护理理念。本研究虽证实了其在创伤骨科老年髋部骨折患者中的适用性和有效性, 但仍存在样本量较小、为单中心研究、观察时间较短等局限性, 未来需进一步扩大样本量并延长随访时间以全面评价其远期效果。

声 明

本研究经新疆医科大学第六附属医院医院伦理委员会批准(审批号: LFYLLSC2023082902), 所有患者均签署知情同意书并自愿参与。

参考文献

- [1] 喇瑞, 吴乾, 张中泰, 等. 老年髋部骨折术后二次骨折发生危险因素分析[J]. 中国组织工程研究, 2026, 30(15): 3920-3928.
- [2] 黄子卓, 徐佳豪, 赵子航, 等. 老年髋部骨折患者围手术期管理的研究进展[J]. 中华创伤骨科杂志, 2026, 28(3): 240-246.
- [3] 李珊, 邵梦琪, 邱晨, 等. 4907 例老年髋部骨折患者术后并发症发生现状及影响因素研究[J]. 中华护理杂志, 2026, 61(8): 1059-1065.
- [4] 郑瑞春. 快通道外科新理念对护理的要求与挑战[J]. 实用临床医药杂志, 2008, 4(10): 114-116.
- [5] 卢序源. 舒适护理 + 心理干预对腰椎压缩性骨折患者术后的效果及 VAS、SAS、SDS 评分影响评价管理[J]. 饮食保健, 2021(30): 207-208.
- [6] 曹艺, 王欣然, 韩斌如. 快通道外科技术应用中的术后护理进展[J]. 护理研究, 2009, 23(5): 387-389.
- [7] 于敏, 陈晓婷, 何丽燕, 等. 康复护理对踝关节骨折患者康复效果的影响研究[J]. 足踝外科电子杂志, 2025, 12(2): 52-56.
- [8] 李雪轶. 高龄髋部骨折患者的专科护士主导的康复护理效果及对疼痛的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(7): 126-129.
- [9] 贺彩霞, 曲美岩, 贺永萍. 延续护理对老年髋部骨折患者术后功能恢复的影响[J]. 中国医刊, 2014(8): 103-104.
- [10] Li, H., Liu, Y., Li, Q., Fan, J., Gan, L. and Wang, Y. (2020) Effects of a Fast Track Surgery Nursing Program in Perioperative Care of Older Patients with a Hip Fracture. *European Geriatric Medicine*, **11**, 519-525. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00298-y>