

一例老年髋部骨折伴多种合并症患者的个案分析

周丽娟, 朱锐棋, 施 剑

如东县人民医院 江苏南通

【摘要】 总结分析一例老年髋部骨折伴高血压、糖尿病、直肠癌、心律失常、重度骨质疏松等多种合并症的患者, 根据患者的症状表现及个性化需求加强护理干预, 护理措施包括心室率控制, 静脉血栓栓塞症 (VTE) 及肺栓塞 (PE) 的防治、疼痛护理、营养支持等。经过一段时间的护理, 患者的病情得到改善, 生存质量提升, 顺利出院。

【关键词】 老年髋部骨折; 多种合并症; 护理措施

【收稿日期】 2025 年 12 月 27 日

【出刊日期】 2026 年 1 月 28 日

【DOI】 10.12208/j.ijcr.20260052

Case analysis of an elderly patient with hip fracture and multiple comorbidities

Lijuan Zhou, Ruiqi Zhu, Jian Shi

Rudong County People's Hospital, Nantong, Jiangsu

【Abstract】 This paper summarizes and analyzes an elderly patient with hip fracture accompanied by multiple comorbidities such as hypertension, diabetes, rectal cancer, arrhythmia, and severe osteoporosis. Based on the patient's symptom manifestations and individualized needs, nursing intervention is strengthened. The nursing measures include ventricular rate control, prevention and treatment of venous thromboembolism (VTE) and pulmonary embolism (PE), pain care, and nutritional support, etc. After a period of care, the patient's condition improved, their quality of life enhanced, and they were discharged smoothly.

【Keywords】 Hip fracture in the elderly; Multiple complications; Nursing measures

随着现代社会人口结构的转型和中国社会经济的持续进步, 中国人的预期寿命正在逐渐增加^[1]。而髋关节骨折的发生率也逐年增高, 临床上一般将 65 岁以上的髋关节骨折称为老年髋部骨折^[2]。老年患者一般基础疾病较多, 且发生骨折后, 由于被迫卧床, 围手术期风险高, 手术创伤大, 导致围手术期护理面临更大挑战。因此, 以降低病死率、致残率、复发率和家庭经济负担为目的的老年髋部骨折患者人群管理显得尤为重要^[3]。本文以我科室于 2024 年 3 月 30 日收治的一例老年髋部骨折伴多种合并症患者作为研究对象, 现将护理体会总结如下。

1 一般资料

1.1 患者资料

患者谭*, 住院号: 10043307, 女, 69 岁, 因“左髋部外伤疼痛、活动受限 2 小时”入院于 2024 年 3 月 30 日 19: 42 收入我科。入院时神志清、精神萎, 主诉无昏迷史, 无头晕恶心呕吐, 无胸痛、胸闷, 无气急, 无呼吸困难, 食纳睡眠一般, 大小便自解。查体: 脊柱

无畸形, 骨盆挤压分离试验阴性。左髋部肿胀压痛, 纵向叩击痛 (+), 左下肢外旋外展畸形, 左下肢较右下肢缩短约 2cm, 活动受限, 足趾感觉、活动正常, 余肢体肌力正常。辅助检查: CT 提示: 左侧股骨颈骨折, 骨盆未见明显骨折。入院诊断: 左股骨颈骨折。

1.2 护理评估

入院查体: T36.3°C, P68 次/分, R18 次/分, BP130/68mmHg, 疼痛评分 2 分, Morse 评分 60 分, Barthel 评分 40 分, 营养风险筛查 NRS-2002 评分 4 分, Braden 评分: 17 分, Caprini 评分: 11 分。患者神志清, 精神萎, 能正确回答问题, 由平车推入病房, 查体见左髋部肿胀、压痛, 左下肢外旋外展畸形, 左下肢较右下肢缩短约 2cm, 足趾感觉、活动正常, 其余肢体肌力正常, 左下腹见直肠造口一个, 造瘘口呈粉红色, 血运佳, 周围皮肤完整无破损, 主诉有糖尿病、高血压、结肠切除史、房颤史, 有青霉素过敏史。

1.3 辅助检查

3 月 30 日, CT 示: 股骨颈骨折; 3 月 31 日, CT

示:左侧基底节区脑软化灶,双侧半卵圆中心腔梗,额部骨瘤。两肺多发结节,右肺下叶渗出,右侧胸腔积液伴右肺下叶膨胀不全。甲状腺左叶低密度结节。直肠术后及左下腹壁造瘘术后,左侧腹壁造瘘口疝。肝脏、网膜多发转移可能大。脾脏钙化,右肾结石,子宫未见,盆腔积液。3月31日,血检示:D-二聚体 21402.00ug/L,白蛋白 33.0g/L,总蛋白 52.6g/L,前白蛋白 114.1mg/L,乳酸脱氢酶 313IU/L,谷胱甘肽还原酶 84U/L,糖类抗原 CA125 183.30u/ml,糖类抗原 CA153 38.60U/ml,血红蛋白 101g/L,红细胞 $3.26 \times 10^{12}/L$ 。

1.4 诊疗经过

患者入院后完善相关检查,明确有无禁忌症,予 I 级护理,糖尿病饮食,止痛、抗凝,降糖,稳定心律、护肝等对症治疗,完善术前准备。4月2日 07:44-10:05 在腰硬联合麻醉下行左侧人工股骨头置换术,术后予吸氧、监护,增加护胃、活血化瘀、抗炎、补充蛋白质、营养等对症治疗;14:00 查血常规示:血红蛋白 87g/L,红细胞 $2.82 \times 10^{12}/L$,鼓励患者进食红枣、猪肝等补血益气类食物。4月3日 02:37,患者出现房颤,心率 194 次/分,脉搏 101 次/分,呼吸由原来 16 次/分上升至 23 次/分,立即查验心梗三项及急诊电解质,血检示:肌红蛋白 70.51ng/ml,超敏肌钙蛋白 0.022ng/ml。予 0.9%氯化钠 20ml+去乙酰毛花苷注射液 0.4mg 缓慢静脉推注 15 分钟,03:54 患者心率仍快,追加琥珀酸美托洛尔缓释片 47.5mg 口服后心率逐渐下降,于 09:24 患者心律恢复正常。4月4日停监护,改测血压 BID,停药琥珀酸美托洛尔缓释片 47.5mg QD 改服盐酸索他洛尔片 40mg BID 口服控制心律。4月6日查血常规示:血红蛋白 79g/L,红细胞 $2.50 \times 10^{12}/L$ 。04月7日予琥珀酸亚铁缓释片 0.2g QD 口服补铁治疗,予地舒单抗 60mg 皮下注射抗骨质疏松治疗。4月9日 07:03 血检示:血红蛋白 89g/L,红细胞 $2.84 \times 10^{12}/L$,白蛋白 35g/L,患者顺利出院。

2 护理措施

2.1 心功能监护

严格按照医嘱予吸氧、监护、给药治疗及各项护理措施,密切监测生命体征,注意观察患者有无心动过缓、低血压等不良反应,关注血液检查结果;询问患者有无心悸、胸闷、头晕、黑矇、气短、乏力等症状,密切观察有无心衰早期表现,急性期或症状明显时,绝对卧床休息,采取半卧位以减轻心脏负荷,保持大便通畅,避免用力排便;指导家属贴身陪护,消除患者紧张焦虑情绪,讲解治愈的案例,建立亲密关系,增加患者治愈的

信心,保持情绪稳定^[4]。

2.2 体液管理

使用带有刻度的尿壶测量每次尿量,并记录 24h 尿量,限制性补液,询问患者有无电解质紊乱的临床表现,关注电解质检查结果,出现电解质危急值时,及时报告管床医生,遵医嘱调节电解质平衡;观察患者眼结膜、皮肤粘膜的颜色和湿度,以评估患者的循环状态,及时关注患者是否贫血,监测血常规,必要时遵医嘱输血,改善贫血^[5];控制补液速度,及时评估患者血容量,根据患者心率及血压情况调整;控制总补液量,无明显低血容量因素时液体摄入量控制在 1500-2000mL/d,制订饮水计划,避免一次性饮水过多加重心脏负荷;备好利尿剂及急救设备,一旦出现呼吸急促、咳粉红色泡沫痰等急性左心衰表现,立即报告医生并配合抢救。

2.3 VTE 护理

(1) 动态评估与抗凝治疗:使用 Caprini 评估量正确评估患者 VTE 及出血发生风险,密切观察患者生命体征、下肢疼痛及肿胀程度、肢端感觉、末梢循环、皮肤颜色及温度变化、足背动脉搏动情况^[6];使用注射用那曲肝素钙 3075IU,皮下注射,每日一次,注射那曲肝素钙时选择腹部皮下脂肪丰富处,垂直皱褶进针,注射后避免按压、揉搓,以免造成皮下出血;术前协助患者完成双下肢深静脉超声检查,排除手术禁忌症及物理预防禁忌症;指导患者及家属强调避免磕碰,使用软毛牙刷。

(2) 出血监测:观察腹部有无膨隆、压痛及肠鸣音变化,观察造口排泄物的颜色、性质,皮肤黏膜、穿刺点有无瘀斑;听取患者主诉,有无头晕、头痛等,观察意识变化,做好出血指征观察,监测血常规及凝血功能,如有不明原因的血红蛋白明显下降情况,立即报告医生,暂停抗凝并寻找出血灶,遵医嘱使用止血药物治疗。

(3) 功能锻炼与健康指导:每日少量多次饮水,降低血液粘稠度,计划每日饮水 1500-2000ml,如患者出现心慌、气短等不适,或心率增加 15 次/分以上,逐渐减少饮水量;床尾抬高 15-30 度,右下肢小腿进行制动,左下肢每日进行踝泵运动 10-30 次/2h;双下肢行股四头肌等长舒缩训练、夹臀训练 5-10 次/4h。左下肢每日进行按摩,每次 20-30 分钟,每日 5-10 次。左下肢避免过度内收、外展,术后第一天协助患者抬高床头 30°,后根据患者病情调整,在不引起术区疼痛的情况下渐进式抬高床头直至半卧位,髌关节屈曲 $<90^\circ$;保持患肢温暖,避免血管痉挛。

2.4 营养与血糖、血压的综合管理

使用营养筛查 NRS-2002 量表评估患者营养状态, 制订个性化饮食方案, 选择清淡、易消化的优质蛋白质等食物保证蛋白质的供给; 选择低糖分新鲜蔬果控制血糖的同时, 保持大便通畅^[7]; 控制钠盐的摄入量 < 5g/d, 避免腌制及油腻的食物; 避免进食坚硬、粗糙、产气多、味道重的食物, 以免引起造口梗阻或不适, 少食多餐, 以免造成心脏负担。遵医嘱监测空腹、餐后 2 小时血糖, 及时调整饮食及降糖药物; 缩短术前禁食禁饮时间, 禁食时间不超过 6-8h, 禁水时间不超过 2h, 手术前 6 小时进食蛋白粉冲剂 36g, 术前 2 小时分两次饮清饮料共 300ml, 术后 2 小时开始进食; 关注患者营养状况的检验指标, 根据指标调整饮食, 或遵医嘱与肠外营养支持治疗。

2.5 疼痛护理

每日使用数字评定量表 (NRS) 动态评估患者的疼痛程度, 记录疼痛部位、感觉特点、性质、时间特征和使疼痛缓解或加重的因素^[8]; 采用多模式镇痛方法, 以增强药物疗效和减少药物不良反应为原则, 遵医嘱用药, 观察镇痛效果及不良反应; 协助患者采取外展中立位, 双腿间夹软枕, 减轻患肢压力; 使用放松技术分散注意力, 指导家属适时与患者沟通, 缓解焦虑情绪, 增强疼痛耐受性; 指导患者及家属使用疼痛管理策略, 纠正错误观念, 正确对待疼痛, 避免过度担忧, 减少患者恐惧心理。

2.6 呼吸道管理

每两小时协助患者翻身拍背一次, 促进痰液的排出, 鼓励患者有效咳嗽, 保持呼吸道通畅, 及时清理分泌物; 指导患者进行深呼吸、有效咳嗽、缩唇呼吸等呼吸功能锻炼, 改善肺通气功能; 遵医嘱给予吸氧, 并观察氧疗效果; 保持病室空气流通, 温湿度适宜, 每日开窗通风两次; 密切观察患者呼吸频率、节律、深度等, 如有异常及时汇报医生。

2.7 导管与造口护理

协助患者取舒适卧位, 加强巡视, 避免导管折叠、扭曲、受压, 每班观察并记录引流液颜色、性状及量, 尽早拔管; 每日观察造口黏膜颜色、有无水肿、回缩、缺血坏死, 测量造口大小, 确保造口袋底盘剪裁合适; 更换造口袋时, 用温水清洁造口周围皮肤, 轻柔拭干; 使用造口护肤粉、皮肤保护膜处理排泄物刺激所致的皮肤潮红或糜烂, 确保底盘粘贴紧密, 防止排泄物渗漏

腐蚀皮肤, 评估患者及家属更换造口袋的掌握情况, 对于患者及家属存在的问题, 及时纠正, 教导患者注意饮食与排泄物的关系, 学会自我管理。

3 体会

通过该例极度复杂患者的护理, 我们体会到对于多重合并症的老年患者, 护理工作的核心是“精细化管理”和“动态平衡”。实际护理中, 通过严密的监测, 在抗凝与出血、补液与心衰之间找到了暂时的平衡点。经过精心的治疗与护理, 患者生命体征趋于平稳, 血糖、血压控制在相对理想范围, 未发生严重出血、心衰等并发症, 顺利出院转至康复机构。

参考文献

- [1] 肖万莲, 李娜, 陈晓玲, 等. 集束化护理在高龄髌部骨折患者围手术期的应用[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(22): 2734-2740.
- [2] 黄天雯, 李娜, 肖万莲, 等. 专科护士主导的护理干预对高龄髌部骨折患者的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(9): 45-48.
- [3] 宋咪, 孔丹, 高远, 等. 老年髌部骨折围术期护理临床实践专家共识 (2023 版) [J]. 中华创伤杂志, 2023, 39(3): 214-222.
- [4] 李单单, 魏焕, 罗薇. 多学科协作集束化护理对老年髌部骨折患者疼痛、锻炼依从性及术后恢复的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2025(4): 73-75.
- [5] 王群, 牛荣丽. 快速康复外科理念下老年髌部骨折围手术期护理策略[J]. 现代养生, 2025(10): 792-794.
- [6] 李宁, 程开源, 李新萍, 等. 骨科-老年科共管模式下老年髌部骨折手术患者发生院内并发症的危险因素分析[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2024, 17(6): 525-532.
- [7] 陈春秀, 龙素丽. 围术期护理在老年髌部骨折合并高血压患者中的应用[J]. 中国伤残医学, 2024, 32(5): 127-131.
- [8] 刘莹, 杜业呈, 张志丽. 老年综合评估理念下的围手术期综合护理在髌部骨折合并衰弱患者中的应用[J]. 中外医疗, 2025, 44(10): 133-136.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

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



OPEN ACCESS