

早期康复训练在老年髋部骨折患者中的应用效果分析

陈国辉

(无锡市康复医院骨科 江苏无锡 214000)

摘要: 目的 分析老年 HF 患者进行早期康复训练的效果。方法 从 2022 年 1 月-2022 年 12 月的老年 HF 患者中随机抽取 40 例, 电脑随机法均分为 A 组 (常规功能训练) 和 B 组 (早期康复训练), 对比两组效果。结果训练后 B 组评分 (ADL、FIM、Harris、SF-36) 优于 A 组 ($P < 0.05$)。结论老年 HF 患者进行早期康复训练, 能获得理想的恢复效果。

关键词: 早期康复训练; 老年; 髋部骨折; ADL 评分; Harris 评分

髋部骨折 (hip fracture, HF) 的高发群体是老年人, 跌倒、骨质疏松是导致 HF 的主要原因^[1]。据统计数据显示老年 HF 患者 1 年死亡率 33% 左右, 80% 左右患者出现生活活动能力障碍, 60% 左右术后 1 年尚未恢复髋关节功能。手术是老年 HF 患者首选治疗方式, 术后指导患者进行早期康复训练能提高手术和预后效果^[2]。本研究分析了老年 HF 患者进行早期康复训练的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2022 年 1 月-2022 年 12 月的老年 HF 患者中随机抽取 40 例, 电脑随机法均分为 A 组和 B 组, A 组 (20 例) 年龄 71-95 岁, 均值 (83.26 ± 3.67) 岁, 体重 49.56-84.37kg、均值 (68.34 ± 5.23) kg, 就诊时间 0.3-3.8d、均值 (1.62 ± 0.37) d, 合并冠心病/高血压/糖尿病病例数 3 例 (15.00%) / 8 例 (40.00%) / 7 例 (35.00%), 男/女 (8/12); B 组 (20 例) 年龄 70-94 岁、均值 (83.12 ± 3.58) 岁, 体重 49.42-84.59kg、均值 (68.13 ± 5.31) kg, 就诊时间 0.4-3.7d、均值 (1.58 ± 0.35) d, 合并冠心病/高血压/糖尿病病例数 4 例 (20.00%) / 10 例 (50.00%) / 8 例 (40.00%), 男女比例 (6:14)。一般资料对比 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 A 组

A 组进行牵引制动、疼痛管理、预防并发症等常规功能锻炼。

1.2.2 B 组

B 组: 早期康复训练。术后患者回归病房后, 在家属的协助下使患者去枕平卧, 将患肢摆放为外展中立位 (30°), 这个过程可使用外展枕。叮嘱家属在帮助患者翻身的时候, 要注意体位的摆放以及保护髋关节。麻醉效果消失后 6h, 根据患者恢复情况, 指导患者在床上进行从踝、趾关节开始的功能训练 (踝泵练习、股四头肌等长收缩等), 在训练过程中可借助 CPM 仪; 指导患者练习下肢肌力。术后 2d 如果患者病情稳定, 指导患者进行等长收缩练习 (股四头肌、臀肌); 术后 3-5d 指导患者循序渐进地由简到繁、由短到长、由被动到主动地进行训练 (吹气球、直腿抬高、小幅度屈伸髋膝关节、抬臀等), 如果患者自主训练不能达到标准, 可以辅助使用下肢功能康复器; 术后 6-7d 指导患者由被动活动下肢向主动活动下肢过渡 (外展、内收、后伸下肢练习); 术后 8-10d 患者如果疼痛感已经可以忍受, 指导其离床进行训练, 如从卧位转换为坐位, 再转换为站立位, 最后在辅助器械的帮助下进行不负重行走, 叮嘱患者不可过于心急, 在各个体位稳定后再进行体位的转换; 术后 2 周指导患者进行床边踢腿练习、日常功能训练 (穿脱裤、如厕等)、负重行走、上下楼梯等。早期康复训练计划的制定都要以患者恢复情况为基础, 并结合患者康复训练结果随时调整计划。

1.3 指标观察

1.3.1 ADL 评分和患者日常生活活动能力成正比。(百分制)

1.3.2 FIM 量表分数和康复效果成正比。

1.3.3 Harris 量表分数和髋关节功能恢复情况成正比。(百分制)

1.3.4 SF-36 量表分数和生活质量成正比。(百分制)

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 ADL 评分

训练前两组 ADL 评分对比 ($p > 0.05$), 训练后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比 ADL 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	穿衣进食		洗澡修饰		上下楼梯		行走	
		训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
B 组	20	75.31 ± 4.82	87.57 ± 3.62	75.76 ± 3.15	87.94 ± 3.27	75.67 ± 3.24	87.46 ± 3.52	75.84 ± 3.97	87.28 ± 3.26
A 组	20	75.64 ± 4.29	80.81 ± 3.16	75.26 ± 3.17	80.24 ± 3.53	75.86 ± 3.37	80.39 ± 3.45	75.31 ± 3.62	80.98 ± 3.64
t 值	-	0.228	6.291	0.500	7.156	0.181	6.414	0.441	5.765
P 值	-	0.820	0.000	0.619	0.000	0.856	0.000	0.661	0.000

2.2 比较 FIM 评分

训练前两组 FIM 评分对比 ($p > 0.05$), 训练后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 对比 FIM 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	括约肌控制 (14 分)		自我照顾 (21 分)		社会认知 (21 分)		总分 (126 分)	
		训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
B 组	20	6.38 ± 0.67	10.35 ± 1.26	22.68 ± 3.14	38.12 ± 2.37	7.81 ± 1.02	18.36 ± 1.52	89.67 ± 3.87	112.38 ± 3.52
A 组	20	6.41 ± 0.65	8.37 ± 1.14	22.46 ± 3.08	32.65 ± 2.13	7.85 ± 1.04	14.18 ± 1.43	89.94 ± 3.65	103.68 ± 3.26
t 值	-	0.143	5.211	0.223	7.676	0.122	8.957	0.226	8.109
P 值	-	0.886	0.000	0.824	0.000	0.902	0.000	0.821	0.000

2.3 对比 Harris 评分

训练前两组 Harris 评分对比 ($p > 0.05$), 训练后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 对比 Harris 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	疼痛		功能		畸形		活动范围	
		训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
B 组	20	76.23 ± 3.42	88.23 ± 5.31	76.52 ± 3.15	88.37 ± 5.34	76.84 ± 3.64	88.29 ± 5.26	76.38 ± 3.27	88.41 ± 5.67
A 组	20	76.38 ± 3.51	81.53 ± 3.67	76.41 ± 3.23	81.68 ± 4.71	76.89 ± 3.71	81.12 ± 4.52	76.46 ± 3.34	81.39 ± 4.58
t 值	-	0.136	4.641	0.109	4.201	0.043	4.623	0.076	4.307
P 值	-	0.891	0.000	0.913	0.000	0.965	0.000	0.939	0.000

2.4 比较 SF-36 评分

(下转第 62 页)

(上接第 58 页)

训练前两组 SF-36 评分对比 ($p > 0.05$), 训练后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 对比 SF-36 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组 数	躯体功能		社会功能		生理功能		心理功能	
	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
B 组 20	73.26 ± 4.23	86.36 ± 4.52	73.52 ± 4.12	86.42 ± 3.67	73.86 ± 4.62	86.83 ± 3.48	73.35 ± 4.52	86.39 ± 4.25
A 组 20	73.81 ± 4.32	78.67 ± 3.14	73.68 ± 4.23	78.45 ± 3.67	73.26 ± 4.36	78.47 ± 3.29	73.46 ± 4.48	78.59 ± 3.19
t 值	0.406	6.248	0.121	6.867	0.422	7.806	0.077	6.554
P 值	0.686	0.000	0.904	0.000	0.675	0.000	0.938	0.000

3 讨论

老年患者 (>65 岁) 是 HF 的高发群体, 大多数患者都是由于跌倒导致。目前临床治疗老年 HF 患者的首选方案是手术^[1]。相关研究文献结果表明, 老年 HF 患者在骨折 48h 内进行手术, 不仅能降低死亡率, 还能降低相关并发症发生率, 提高预后效果^[1]。但是术后较长时间丧失行动能力, 患者可能出现肌肉萎缩、严重骨质疏松等症状, 在降低患者康复期生活质量的基础上, 增加患者康复时间, 同时不利于骨折部位的愈合^[5]。临床研究结果显示, 术后针对老年 HF 患者开展早期康复训练能有效提升其生活质量, 降低并发症发生率和病死率^[6]。

本文结果: 训练后 B 组 ADL 评分[穿衣进食 (87.57 \pm 3.62) 分、洗澡修饰 (87.94 \pm 3.27) 分、上下楼梯 (87.46 \pm 3.52) 分、行走 (87.28 \pm 3.26) 分]、FIM 评分[括约肌控制 (10.35 \pm 1.26) 分、自我照顾 (38.12 \pm 2.37) 分、社会认知 (18.36 \pm 1.52) 分、总分 (112.38 \pm 3.52) 分]、Harris 评分[疼痛 (88.23 \pm 5.31) 分、功能 (88.37 \pm 5.34) 分、畸形 (88.29 \pm 5.26) 分、活动范围 (88.41 \pm 5.67) 分]、SF-36 评分[躯体功能 (86.36 \pm 4.52) 分、社会功能 (86.42 \pm 3.67) 分、生理功能 (86.83 \pm 3.48) 分、心理功能 (86.39 \pm 4.25) 分] 优于 A 组 ($p < 0.05$), 说明老年 HF 患者进行早期康复训练能获得理想的效果。老年 HF 患者顺利完成手术后, 早期积极参与康复训练, 有利于机体功能恢复到伤前状态^[7]。护理人员结合患者的实际情况为其制定早期康复训练方案, 并在日常护理工作中监督患者执行康复训练的情况, 及

时纠正患者错误的行为, 确保患者获得理想的康复效果^[8]。护理人员家属共同协助患者在早期进行力量恢复训练, 患肢只有恢复肌肉力量, 才能开展下地负重训练^[9]。而尽早负重训练不仅有利于髋关节恢复正常功能, 还有利于提升患者治疗自信心, 使其积极主动地配合康复训练。护理人员指导患者正确地开展早期康复训练, 能降低并发症 (肌肉萎缩、深静脉血栓等) 发生率, 为患者尽快康复奠定基础, 同时有利于骨折部位良好愈合, 提高其日常活动能力和生活质量^[10]。

综上所述, 老年 HF 患者进行早期康复训练, 能获得理想的恢复效果。

参考文献:

- [1] 陆美娇, 黄芳艳, 李秋萍. 快速康复理念下老年髋部骨折术后早期下床活动的研究进展[J]. 微创医学, 2021, 16(6): 818-822.
- [2] 毕钰琪, 刘媛, 王峻. 老年髋部骨折超早期康复训练的研究进展[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(21): 3195-3198.
- [3] 吴宁. 早期离床坐训练联合康复锻炼在老年髋部骨折患者康复中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(6): 76-78.
- [4] 霍妍, 彭贵凌, 贾云洋, 梁小芹. 住院老年人生活项目干预促进老年髋部骨折患者术后早期离床活动[J]. 护理学杂志, 2021, 36(4): 76-78+81.
- [5] 楚慧敏. 早期综合康复护理预防老年髋部骨折患者术后下肢深静脉血栓形成的效果[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(4): 651-653.
- [6] 王琼, 张金华, 王兰芝. 加速康复外科理念的老年髋部骨折围手术期护理研究进展[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(1): 175-178.
- [7] 张艺萍, 李湾, 孟冰. 早期康复护理对老年髋部骨折患者术后深静脉血栓的预防效果观察[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(20): 184.
- [8] 李香芙, 钟梅艳. 正念减压疗法在老年髋部骨折固定术患者早期康复护理中的应用研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, 26(8): 141-144.
- [9] 蒋超英, 王慧, 黄卫平, 李华珍. 基于加速康复外科的早期离床干预在老年髋部骨折患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020(12): 1642-1645.
- [10] 高蕾, 梅月英, 贾梅, 何亚林, 赵应芳, 孙锦文, 王海芳. 快速康复外科对老年髋部骨折术后早期康复的影响[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2019, 13(6): 777-780.