DOI：10. 12209/CAIM202607300042

·中西医结合临床案例·

1例91岁左股骨颈骨折合并多基础病患者的多学科协同护理查房报告

刘雨晴，贾玉叶

（北京市东城区第一人民医院 外科，北京，100000）

摘要：本文总结1例合并冠心病支架植入术后、胃肿瘤全切除病史及中度贫血的91岁高龄左侧股骨颈骨折患者的多学科协同护理实践经验。通过骨科、康复医学科及中医科等多学科团队协作，系统梳理该病例围术期核心护理难点，构建中西医结合的个体化全程护理干预方案，规范落实术前高风险因素防控、术后并发症精细化管理、分阶段递进式康复训练、中医特色外治干预及出院延续性健康宣教等核心照护措施。经干预后患者贫血状态得到有效纠正，疼痛症状显著缓解，全程未发生深静脉血栓、假体脱位或肺部感染等围术期不良事件，焦虑负性情绪得到明显改善，患侧肢体功能与日常自理能力均获得显著提升，最终顺利康复出院。该中西医结合多学科协同护理模式可精准适配高龄多病共存骨折患者的综合照护需求，临床应用安全可行，可为同类复杂病例的围术期护理实践提供参考依据。

关键词：高龄股骨颈骨折；多学科协同；中西医护理；围手术期护理

Multidisciplinary Collaborative Nursing Rounds Report for a 91-Year-Old Patient with Left Femoral Neck Fracture Complicated with Multiple Underlying Diseases

LIU Yuqing，JIA Yuye

（*Department of Surgery，The First People's Hospital of Dongcheng District，Beijing，100000*）

ABSTRACT：This paper summarizes the practical experience of multidisciplinary collaborative nursing for a 91-year-old elderly patient with left femoral neck fracture complicated with a history of coronary heart disease after stent implantation，total gastrectomy for gastric tumor and moderate anemia. Through the collaboration of multidisciplinary teams including orthopedics，rehabilitation medicine and traditional Chinese medicine departments，the key perioperative nursing difficulties of this case were systematically sorted out，and an individualized whole-course nursing intervention scheme integrating traditional Chinese and Western medicine was established. Core nursing measures were standardizedly implemented，including prevention and control of preoperative high-risk factors，refined management of postoperative complications，staged progressive rehabilitation training，characteristic external treatment of traditional Chinese medicine and continuous health education after discharge. After intervention，the patient's anemia was effectively corrected and pain was markedly relieved. No perioperative adverse events such as deep vein thrombosis，prosthesis dislocation or pulmonary infection occurred during hospitalization，the negative emotion of anxiety was significantly improved，and the affected limb function and activities of daily living were greatly enhanced. The patient was finally discharged with smooth recovery. This multidisciplinary collaborative nursing model combining traditional Chinese and Western medicine can accurately meet the comprehensive care needs of elderly fracture patients with multiple comorbidities. It is safe and feasible in clinical application and can provide a reference for perioperative nursing of similar complex cases.

KEY WORDS：elderly femoral neck fracture；multidisciplinary collaboration；integrated traditional Chinese and Western medicine nursing；perioperative nursing

收稿日期：2026－07－30

股骨颈骨折是老年人群高发的脆性骨折类型，占全部髋部骨折的48%～54%，多数由居家场景下的低能量跌倒事件诱发，临床常将其称为“人生最后一次骨折”[1]。流行病学统计数据显示，我国每年新增老年髋部骨折患者数量超过100万，其中75～84岁年龄段人群的发病占比最高；老年女性的发病风险是同年龄段男性的2～3倍。髋部骨折患者中合并1种及以上内科基础疾病的占比达83%，基础疾病谱以高血压、糖尿病及冠心病最为常见。85岁以上的超高龄人群脏器储备功能已出现显著衰退，骨折创伤会大幅提升深静脉血栓、肺部感染、心力衰竭等严重并发症的发生风险，老年髋部骨折患者伤后1年内全因死亡率可达20%～30%，超高龄、合并多系统基础疾病的亚组人群该死亡率水平会进一步升高[2]。超高龄骨折患者长期卧床状态下，极易继发贫血、压疮及便秘等卧床相关并发症，仅依托骨科单一专科开展常规护理，无法同步兼顾手术安全保障、基础慢病调控、营养状态纠正、疼痛精细化管理与肢体功能康复等多重照护目标。人工股骨头置换术是80岁以上移位型股骨颈骨折患者的首选推荐术式，可有效缩短患者术后卧床周期[3]。以责任护士为枢纽的多学科协同护理查房模式，可系统性整合骨科、中医科与康复医学科等多专业照护力量，融合西医标准化围术期管控路径与中医辨证干预手段，能够针对性化解高龄患者的复合性护理难点，整体优化临床照护质量，在老年髋部骨折围手术期护理领域具备重要的临床实践价值[4]。

1 临床资料

1.1 基本资料

患者女，91岁，主因“摔伤后左髋部持续性疼痛、无法站立翻身活动12 h”于2026年01月30日收入院。患者12 h前在家中不慎滑倒、臀部着地，即刻出现左髋部剧烈疼痛，患肢完全无法负重活动，受伤全程无胸闷、呼吸困难与头部外伤等伴随不适，受伤后未采取任何院前处置。入院时患者呈痛苦面容，精神状态偏弱，日常饮食、睡眠状态尚可，大小便无明显异常。既往史：冠状动脉粥样硬化性心脏病病史30年，冠脉支架植入术后26年，平素未规律服用冠心病二级预防相关药物；胃恶性肿瘤病史10年，既往行全胃切除术，术后恢复状态尚可，无反酸、腹痛等消化道不适主诉；否认高血压、糖尿病、脑血管疾病病史；无食物、药物过敏史。

1.2 查体

一般体格检查：入院后监测患者体温（T）36.3～36.7℃，心率（HR）62～94次/min，呼吸频率（RR）15～20次/min，血压（BP）112～138/66～88 mmHg，指脉氧饱和度（SpO_2）95%～98%；神志清楚，精神欠佳，呈痛苦面容、贫血貌，面色少华，唇色、甲床苍白，间断出现头晕、心慌不适；口腔清洁，黏膜无破损，无活动性义齿；住院期间生命体征整体平稳，大小便正常，每日排便1～2次。

专科体格检查：左下肢呈现典型屈曲外旋畸形，患肢较健侧短缩约1 cm；左髋部轻度肿胀，左髋关节主动及被动活动均明显受限，活动时疼痛剧烈无法耐受；左髋前方及外侧区域存在明显压痛点，左下肢纵向叩击痛阳性，局部可触及骨擦感；左踝关节活动度良好，左足背动脉搏动可清晰触及，左足趾末端血运、自主活动及感觉功能均未见异常。

肌力检查：左侧股四头肌肌力5级，左侧髋外展肌力5级，肢体肌张力正常，可在床上完成轻度自主活动。

中医四诊：患者神识清楚，呈痛苦面容，面色少华，呼吸平稳，周身无特殊异常气味，舌质暗红，舌苔白腻，脉沉涩。

1.3 诊断

西医诊断：左侧股骨颈骨折、冠状动脉粥样硬化性心脏病（支架植入术后）、胃恶性肿瘤术后、中度贫血，同时合并头晕心慌、消化吸收功能障碍等相关伴随表现。

中医诊断：筋伤骨断（气虚血瘀证）。辨证依据：患者年事已高，平素气血亏虚，跌倒外力直接损伤筋骨，瘀血阻滞局部经络，因此出现髋部肿胀疼痛、肢体活动不利表现，结合面色少华、舌质暗红、舌苔白腻、脉沉涩的体征与舌脉特征，辨证为气虚血瘀证。

1.4 治疗

西医诊疗方案：入院后完善术前心肺功能及血液系统全面评估，输注A型红细胞悬液2U纠正中度贫血，规范启动冠心病二级预防药物治疗；于2026年02月05日在硬膜外麻醉下行左侧人工股骨头置换术；围术期规律皮下注射依诺肝素钠注射液4000AXaIU开展预防性抗凝治疗，术后连接静脉镇痛泵联合口服镇痛药物实施多模式镇痛干预，术中留置导尿管，术后定期开展无菌切口换

药，辅以口服补铁剂、维生素 B_{12}、叶酸改善机体造血功能，同步开展静脉补液营养支持等对症处理。中医特色干预方案：同步采用伸筋草、铁线透骨草及红花组方开展中药塌渍治疗，配合耳穴压丸、头部穴位按摩与五音疗法等中医适宜技术干预。康复干预方案：分阶段开展踝泵运动、股四头肌等长收缩训练、床边坐立训练、助行器辅助行走等梯度康复训练。

经上述综合诊疗干预后，患者全程未发生假体脱位、深静脉血栓、肺部感染或切口感染等围术期并发症，术后视觉模拟评分量表（Visual Analogue Scale，VAS）评分降至 2 分，血红蛋白回升至 104 g/L，髋关节活动能力获得显著恢复，符合出院指征，于 2026 年 02 月 14 日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 术前护理评估

患者 91 岁，神志清楚，精神欠佳，存在贫血貌，间断伴头晕心慌，家庭照护支持条件良好；术前血常规提示血红蛋白波动于 71 ~ 83 g/L，为中度贫血状态，合并冠状动脉粥样硬化性心脏病、全胃切除术后基础病史，患肢卧床制动后机体处于血液高凝状态，深静脉血栓、心脏不良事件发生风险显著升高。

日常生活活动能力评估采用 Barthel 指数（Barthel Index，BI），量表总分 0 ~ 100 分；评分≤ 20 分为完全依赖，21 ~ 40 分为重度依赖，41 ~ 60 分为中度依赖，61 ~ 99 分为轻度依赖，100 分为无需依赖。本例患者术前 BI 评估得分为 40 分，判定为重度依赖[5]。

疼痛评估采用视觉模拟评分量表（Visual Analogue Scale，VAS），量表总分 0 ~ 10 分；0 分为无痛，1 ~ 3 分为轻度疼痛，4 ~ 6 分为中度疼痛，7 ~ 10 分为重度疼痛。本例患者左髋创伤后 VAS 评估得分为 6 分，判定为中度疼痛[6]。

压力性损伤风险评估采用 Braden 压疮风险评估量表（Braden Scale），量表总分 6 ~ 23 分；评分≤9 分为极高危，10 ~ 12 分为高危，13 ~ 14 分为中危，15 ~ 18 分为低危，19 ~ 23 分为无压力性损伤风险。本例患者 Braden 量表评估得分为 19 分，判定为无压力性损伤风险[7]。

跌倒风险评估采用 Morse 跌倒风险评估量表（Morse Fall Scale，MFS），量表总分 0 ~ 125 分；评分＜25 分为无风险，25 ~ 45 分为低—中度风险，得分＞45 分为高度跌倒风险。本例患者 MFS 评估得分为 80 分，判定为高度跌倒危险[8]。

认知功能评估采用简易精神状态检查量表（Mini-Mental State Examination，MMSE），量表总分 0 ~ 30 分；27 ~ 30 分为认知功能正常，得分＜ 27 分提示存在认知功能障碍。本例患者 MMSE 评估得分为 30 分，判定为无认知功能障碍[9]。

2.1.2 术后护理评估

患者在硬脊膜外腔阻滞麻醉下完成左侧人工股骨头置换术，术后安返病房，生命体征平稳，即刻予以心电监护、吸氧、留置静脉镇痛泵及导尿管；左髋手术切口敷料干燥无渗血，患肢穿戴防旋鞋维持外展中立位，术后即刻 VAS 评分为 4 分，判定为中度疼痛；术后当日 BI 评分为 35 分，仍处于重度依赖状态，Braden 压疮评分为 17 分，判定为压疮低风险，MFS 评分为 90 分，仍处于跌倒高度危险层级；术后复查血红蛋白为 88 g/L，处于轻度贫血状态，存在假体脱位、下肢深静脉血栓、切口感染、肺部感染及泌尿系感染的多重高危因素，患者因担忧术后康复进度存在明显焦虑情绪。

2.2 护理诊断

2.2.1 术前护理诊断

患者入院后完善各项辅助检查，结合创伤伤情、高龄生理状态及基础疾病综合评估，术前确立如下护理诊断：①急性疼痛：与股骨颈骨折创伤刺激直接相关；②躯体活动障碍：与骨折后患肢制动、高龄肌肉力量生理性减退有关；③有跌倒的风险：与高龄、患肢无法负重、躯体平衡能力下降有关；④有皮肤完整性受损的风险：与卧床制动、自主翻身活动受限有关；⑤营养失调：低于机体需要量，与全胃切除术后消化吸收功能减退、骨折创伤能量消耗过多、贫血状态直接相关；⑥焦虑：与对手术流程及术后恢复情况认知不足有关；⑦潜在并发症风险：与高龄卧床制动、血液高凝状态、基础心脏疾病及呼吸肌力生理性减弱有关。

2.2.2 术后护理诊断

患者完成人工股骨头置换手术返回病房后，结合手术创伤影响、体位约束要求及机体耐受情况，更新术后护理诊断如下：①急性疼痛：与手术切口损伤、局部软组织牵拉刺激有关；②躯体活动障碍：与人工股骨头置换术后患肢体位限制、活动约束要求有关；③有跌倒的风险：与术后肢体活动不便、体质虚弱、肌力储备不足有关；④有皮肤完

整性受损的风险：与术后卧床时间延长、肢体活动量减少有关；⑤营养失调：低于机体需要量，与术后伤口修复能量消耗大、既往胃部手术消化吸收功能欠佳、贫血状态尚未完全纠正有关；⑥焦虑：与担心假体愈合状态、肢体功能恢复不理想有关；⑦潜在并发症风险：与术后体位不当、长期卧床、手术创伤应激、留置导尿管及高龄脏器储备功能差有关。

2.3 护理计划

2.3.1 术前护理计划

根据术前护理诊断结果，制定系统化干预方案：①缓解疼痛、改善肢体功能：遵医嘱给予镇痛药物干预，严格执行患肢制动、减少不必要搬动，指导患者开展床上踝泵运动；②防范安全风险：常规拉起床栏，安排家属24 h全程陪护，定时实施轴线翻身，在骨隆突处放置软垫减压，同步预防跌倒与压力性损伤；③改善全身状态、防控并发症：予以高蛋白补铁膳食，口服铁剂纠正贫血，向患者讲解手术全流程缓解术前焦虑，指导患者开展呼吸功能训练及下肢功能训练，有效规避深静脉血栓、肺部感染及心肺相关并发症。

2.3.2 术后护理计划

术后实施中西医结合协同护理干预，具体如下：①镇痛与康复训练：采用静脉镇痛泵联合口服镇痛药物实施规范化止痛，配合中药塌渍、耳穴压丸技术增效镇痛；患肢佩戴防旋鞋固定，循序渐进开展肌力训练及下床活动训练，预防假体脱位。②安全、皮肤及情绪护理：严格落实床栏防护、专人陪护制度，定时翻身减压，辅以五音疗法、头部穴位按摩舒缓焦虑情绪。③并发症防控：延续补铁高蛋白膳食纠正贫血，规范实施抗凝治疗、切口护理及会阴护理，强化呼吸功能锻炼、动态监测生命体征，全面防控深静脉血栓、各类感染及心血管相关并发症。

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理措施

结合本例91岁高龄、全胃切除术后、中度贫血、冠心病病史、高跌倒风险及血液高凝状态的患者个体化特点，开展术前护理，具体如下：①疼痛与活动安全管理：遵医嘱给予镇痛药物干预，减少骨折患肢的搬动与牵拉，使用软枕妥善制动患肢；病床双侧床栏全程拉起锁死，家属24 h贴身陪护，严格禁止患肢负重及患者擅自坐起；指导患者开展踝泵运动，促进下肢静脉回流，降低深静脉血栓发生风险。②皮肤、营养与情志护理：每2 h实施一次轴线翻身，在骨隆突处放置软垫减压，保持床单位整洁平整，预防压力性损伤；联合营养科制定高蛋白高铁软烂膳食方案，口服铁剂、叶酸、维生素B_{12}，改善全胃切除术后吸收障碍所致的中度贫血；向患者详细讲解手术、麻醉及康复相关知识，结合同类高龄康复病例疏导患者术前焦虑情绪。③并发症预防：持续动态监测心率、血压及指脉氧饱和度水平，指导患者开展深呼吸及有效咳嗽训练，做好肺功能保护；协助患者开展下肢被动活动，结合患者冠心病病史严密评估心脏负荷，防范心功能异常、深静脉血栓与肺部感染，同步落实备皮、药物皮试等常规术前准备工作。

2.4.2 术后护理措施

2.4.2.1 疼痛护理

中医辨证为术后髋部气滞血瘀、经络痹阻，采用中药塌渍、耳穴压丸两项中医外治技术通络止痛。

中药塌渍疗法：结合患者术后气滞血瘀、经络痹阻的辨证结果，选用活血化瘀、通络止痛类中药行塌渍外治，组方包括当归15 g、川芎12 g、红花10 g、赤芍12 g、乳香9 g、没药9 g、伸筋草15 g、透骨草15 g及艾叶10 g。方中四味活血类药物可消散髋周瘀血、疏通局部经络；乳香、没药发挥化瘀定痛功效；伸筋草、透骨草可松解软组织僵硬；艾叶温通气血、助力药物透皮吸收，全方共奏消肿止痛之功。将组方药材研磨成细粉末，加入适量温水搅拌为无颗粒糊状，用刮板均匀涂抹于切口外侧的髋周软组织区域，药物涂抹厚度约1 cm，每日干预2次，每次持续20 min，连续干预7 d为一个疗程；操作过程严格避开手术创口与外层敷料，杜绝药液污染切口引发感染，安全改善术后牵拉性肿痛症状。

耳穴压丸疗法：本疗法选取神门、髋、坐骨神经及皮质下四穴施治。其中，神门穴可镇静止痛、宁心安神，改善疼痛诱发的烦躁失眠症状；髋穴作为病变对应体表反应点，直接疏通髋关节局部经气，发挥靶向止痛作用；坐骨神经穴可缓解术后髋部放射性牵涉酸胀不适感；皮质下穴可调节大脑皮层痛觉中枢，提升机体疼痛耐受阈值。操作前使用75%医用酒精彻底擦拭清洁一侧耳廓皮肤，将粘贴王不留行籽的医用胶布精准贴压于对应穴位，以食指和拇指指腹分别置于耳廓正面和背面，相对按压直至耳廓出现热、麻、胀、痛的得气感。王不留行籽留置3 d为一个疗程，3 d后更换至对

侧耳廓，疗程内指导患者及家属每日自行按压3～5次，每穴单次按压30 s，同时告知患者洗浴时做好耳廓防护，避免胶布沾水脱落，确保疗程完整、治疗有效[10]。

2.4.2.2 跌倒与压力性损伤预防护理

严格落实跌倒风险防控措施，病床双侧床栏全天候拉起锁死，患者体位转移、下床站立及如厕等所有活动，均由护理人员或家属一对一全程搀扶陪护；保持病房地面干燥通畅，及时清除环境内滑倒隐患，强化患者及陪护人员健康宣教，明确告知肌力未完全恢复前禁止患者独自下床，从环境管控、照护落实及健康宣教多维度规避跌倒事件。同步落实压力性损伤预防措施，每2 h行髋关节轴线翻身，翻身时安排专人托扶患肢，避免假体扭转脱位；于骶尾部、足跟、内外踝及股骨大转子等骨隆突处放置减压软垫，保持床单位干燥平整；每日评估受压区域皮肤状态，局部皮肤出现发红表现时及时增加翻身频次，减轻局部压迫、改善血液循环，防范卧床所致皮肤损伤。

2.4.2.3 膳食调摄

患者全胃切除术后脾胃受损，复因手术创伤耗伤气血，中医辨证为脾胃虚弱、气血亏虚，以中医膳食调摄为核心开展个体化营养护理。动态监测血常规、血清白蛋白指标，追踪血红蛋白水平变化，客观评估气血恢复及脾胃吸收状况。膳食选用低盐低脂、高蛋白高铁类食材，协助患者安置适宜进食体位，密切观察患者纳食情况与胃肠反应，灵活调整餐次与食物口味。西医予以铁剂、叶酸及维生素B_{12}补血生血，严密防范腹胀、泄泻等脾胃刺激反应，必要时调整肠内营养支持方案。中医层面选用药食同源的山药糊、小米粥、红枣泥健脾和胃、益气养血，采用少量频服的方式摄入；严格禁食生冷肥甘、壅滞难化的食物，重在顾护后天之本，助脾胃运化以滋生气血，改善吸收障碍与术后气血耗损状态，为创面、软组织修复提供充足物质保障[11]。

2.4.2.4 情志护理

患者因过度担忧假体愈合与肢体康复预后，中医辨证为忧思伤脾、郁怒伤肝，气机郁结、心神不宁，采用五音疗法联合头部穴位按摩两种中医特色技术疏肝理气、宁心安神。

五音疗法：依据中医五行五脏配属理论，肝对应木、心对应火，情志焦虑、忧思多虑多致肝气郁结、心神失养，五行中徵调属火而入心经，火能生土、温运脾土，间接疏解肝郁气滞，因此选用徵调式经典曲目《紫竹调》进行干预，该曲目旋律舒展悠扬，可入心疏肝、条畅周身气机、解郁宁心，针对性改善患者因担忧假体愈合、功能康复不佳引发的思虑过度、烦躁不安等负性情绪。操作时选取午后病房安静时段，关闭门窗、拉设遮光帘隔绝人员走动与外界噪音，播放设备调至轻柔舒缓音量循环播放，避免音量刺激加重心烦症状；规范干预频次为1次/d，每次持续20 min，连续实施7 d作为一个完整治疗疗程，干预过程全程观察患者神态与主观感受，保证情志调理效果。

头部穴位按摩法：头部穴位按摩选取百会、印堂、太阳及风池四个穴位，百会穴升阳益气、安定心神，改善思虑过重引发的情绪低落；印堂穴宁心定志，直接舒缓心烦焦躁；太阳穴疏通头部经络气血，减轻长期卧床导致的头部闷胀不适感；风池穴疏肝通络，从根本疏解郁结肝气。操作前护理人员洗净双手，使用食指、中指指腹对穴位做轻柔环形按揉，力度柔和渗透，以患者局部产生酸胀舒适感为度，禁止暴力按压，每日操作1次，每穴单次按揉1 min，连续干预7 d，与五音疗法配合共同疏导焦虑情绪。

2.5 护理评价

经全程系统化护理干预，患者疼痛症状逐步缓解，日常生活自理能力明显改善，血红蛋白水平回升至正常区间；跌倒风险虽持续处于高危水平，但经全流程防护干预未发生跌倒事件，全程无压力性损伤及各类严重并发症，患者治疗依从性良好，顺利康复出院。患者围手术期核心评估指标变化对比见表1。

表1 疗效评估

指标名称	术前	术后	出院时
VAS/分	6	4	2
BI/分	40	35	65
Braden/分	19	17	20
MFS/分	80	90	75
Hb/(g/L)	71	88	104

3 多学科协同护理查房

3.1 查房目的

本次多学科协同护理查房，旨在针对高龄股骨颈骨折行人工股骨头置换、合并既往全胃切除术后的复杂病例，联合多学科专业力量，攻克术后切口疼痛、全胃切除消化吸收障碍引发的贫血、假

体脱位、压力性损伤、跌倒多重高危风险以及术后焦虑情绪等核心护理难点，统一中西医结合规范化护理路径，依托多种量表及血红蛋白检验指标动态评估干预效果，全方位把控围手术期安全，提升复杂老年患者的整体康复质量。

3.2 查房组织

本次查房由骨科护理单元牵头组织，参与人员涵盖骨科主任医师、护理部主任、中医医师、重症专科护士、骨科专科护士、康复专科护士及中医专科护士；查房前提前梳理患者动态风险评估数据、营养相关检验结果与中医护理干预方案，明确查房核心讨论重点，采用床边实地评估、会议室集中研讨相结合的形式开展协同查房。

3.3 查房实施

本次护理查房由骨科护理单元牵头，联合骨科主任医师、护理部主任、中医医师、重症专科护士、骨科专科护士、康复专科护士及中医专科护士共同实施。查房前期梳理患者动态风险评估结果、实验室检验数据及中医护理干预方案，采用床边实地评估联合会议室集中研讨的模式推进。床边评估环节，临床医师完成专科查体，评估髋关节假体位置、切口愈合情况、心肺及腹部状态，研判深静脉血栓、心血管不良事件等潜在风险；各专科护士协同完成专科查体，对患者疼痛、跌倒、压力性损伤及活动能力进行现场复评，核查患肢体位摆放、皮肤状况与各项护理措施的落实质量。查房团队同步向患者及家属开展针对性健康宣教，详细讲解体位保护要点、康复训练规范、全胃切除术后饮食注意事项，耐心倾听患者主观感受与陪护家属的顾虑，给予针对性情绪安抚，充分体现人文照护理念。针对患者高龄、全胃切除术后吸收障碍、跌倒持续处于高危水平、术后早期自理能力波动等现存护理难点，经多学科团队集中研讨，明确镇痛管理、膳食营养补充、中医情志调理、疼痛靶向干预、阶梯康复训练与安全风险防控的个体化处置方案。床边评估结束后，团队集中汇总各方意见，梳理现存及潜在护理问题，形成闭环护理实施细则，由责任护士负责落地执行并动态跟踪督导。

3.4 查房评价

本次多学科协作（MDT）护理查房围绕本例高龄合并全胃切除术后、冠心病的人工股骨头置换患者，针对疼痛管控、营养纠正、中医护理、康复训练及高危风险防控等重难点内容开展综合研判，结合医护现场查体结果与患方主观诉求，制定中西医结合个体化闭环护理方案；方案落实后患者疼痛缓解，自理能力提升，血红蛋白回升至104 g/L，焦虑情绪得到有效缓解，住院期间未发生跌倒、压力性损伤、假体脱位及各类感染事件，康复结局理想，充分证实多学科协同查房在复杂老年病例护理中的科学性与实效性。本案例可为合并消化术后吸收障碍、多种基础疾病的老年髋部骨折患者提供可参考的MDT中西医结合护理实践范式；对案例进行反思可知，此类患者不可直接照搬骨科常规护理流程，需充分重视既往病史带来的个体差异，强化床边动态风险评估，关注患者及家属的真实感受，落实人文关怀理念，时刻警惕跌倒、心脑血管事件等潜在风险，进一步提升预见性护理能力。

4 结果与随访

患者经多学科协同护理干预后，临床症状及各项评估指标均得到显著改善，全程无压力性损伤、跌倒、假体脱位或各类感染等并发症发生，贫血及焦虑状态得到有效纠正，于术后第15天顺利出院。出院后建立延续性随访机制，分别于术后1个月、3个月、6个月及1年开展门诊复查与线上随访，动态评估髋关节功能、血常规指标及日常生活活动能力，持续指导患者居家康复训练、全胃切除术后膳食调理及日常安全防护，适时调整中医养生及营养支持方案，有效保障患者远期康复效果。

5 讨论

高龄股骨颈骨折患者机体储备能力生理性减退，围手术期并发症发生风险显著升高，本例患者叠加全胃切除术后消化吸收功能障碍，同时存在术后疼痛、气血亏虚、焦虑情绪及多重安全高危因素，个体化护理难点突出，传统单一骨科护理模式难以实现全身综合管理，存在明显的应用局限性。依据《中国老年髋部骨折围手术期护理专家共识（2023）》，老年患者围手术期应高度重视多学科协作、风险动态评估、营养支持、疼痛管理及早期康复干预，中西医结合护理也是近年老年骨科护理领域的实践新进展。

本次MDT护理查房整合骨科安全防护、个体化营养干预、阶梯康复训练与中医特色护理技术，构建中西医融合的闭环管理模式。西医层面严格

遵循假体保护、压力性损伤与跌倒预防、深静脉血栓防控的规范化路径，结合全胃切除术后生理特点实施膳食调整与药物补血治疗，有效改善患者贫血与营养状态；中医层面运用耳穴压丸、中药塌渍、五音疗法及头部穴位按摩等适宜技术，实现通络止痛、疏肝安神、健脾养血的护理效果。

本次查房的核心优势在于立足患者全部基础疾病开展个体化研判，兼顾躯体病情、心理状态与人文照护需求，各专科分工明确，护理措施可落地执行，有效改善患者各项观察指标，降低围手术期并发症发生风险。同时该实践也存在一定局限性，本次仅为单病例临床实践，缺少出院后长期随访的大样本数据，未能对远期关节功能、长期营养状态开展持续追踪。该MDT中西医结合查房模式可为同类合并消化手术史的高龄髋部骨折病例提供实践参考，后续可开展扩大样本量的临床研究，完善从出院到居家的延续性护理方案，探索长期规范随访机制，进一步优化复杂老年骨折患者的全周期护理策略。

患者知情同意：病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 张英泽，翁习生. 骨科学[M]. 2版. 北京：人民卫生出版社，2022：2022.

[2] 贺利荣. 股骨颈骨折患者髋关节置换术后居家护理需求现状及其相关影响因素研究[J]. 医学信息，2026，39(4)：179-183.
He L R. Study on the current status of home care needs of patients with femoral neck fracture after hip replacement and its related influencing factors[J]. J Med Inf，2026，39(4)：179-183.（in Chinese）

[3] 杨依月. 老年股骨颈骨折患者围术期临床护理路径作用[J]. 中国城乡企业卫生，2025，40(11)：172-174.
Yang Y Y. Effect of perioperative clinical nursing pathway in elderly patients with femoral neck fracture[J]. Chin J Urban Rural Enterpr Hyg，2025，40(11)：172-174.（in Chinese）

[4] 中国康复技术转化及发展促进会，中华医学会麻醉学分会，中国医师协会麻醉学医师分会，等. 骨科、麻醉科加速康复围手术期患者慢性病管理专家共识(2025年版)[J]. 中华骨科杂志，2025，45(11)：700-708.
China Association for Rehabilitation Technology Transformation and Development，Chinese Society of Anesthesiology，Chinese Medical Doctor Association Anesthesiology Physicians Branch，et al. Expert consensus on chronic disease management in perioperative patients with enhanced recovery after surgery in orthopaedics and anesthesiology（2025 version）[J]. Chin J Orthop，2025，45(11)：700-708.（in Chinese）

[5] 李正文，郑鹏炜，石玉芹. 人工股骨头置换术治疗骨质疏松性股骨颈骨折[J]. 临床骨科杂志，2026，29(2)：221-223.
Li Z W，Zheng P W，Shi Y Q. Treatment of osteoporotic femoral neck fracture with artificial femoral head replacement[J]. J Clin Orthop，2026，29(2)：221-223.（in Chinese）

[6] 谷思琪，孔丹，李佳惠，等. 踝泵运动预防深静脉血栓形成的血流动力学机制及应用研究进展[J]. 华西医学，2023，38(7)：1096-1099.
Gu S Q，Kong D，Li J H，et al. Research progress on the hemodynamic mechanism and application of ankle pump exercise in preventing deep vein thrombosis[J]. West China Med J，2023，38(7)：1096-1099.（in Chinese）

[7] 宋咪，孔丹，高远，等. 老年髋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.
Song M，Kong D，Gao Y，et al. Expert consensus on clinical practice in perioperative nursing for elderly patients with hip fracture(version 2023)[J]. Chin J Trauma，2023，39(3)：214-222.（in Chinese）

[8] 李春平，常小利，李静. 中药塌渍外敷配合红外线照射在胫骨骨折术后肿胀管理中的应用[J]. 中国药物滥用防治杂志，2025，31(9)：1734-1735，1745.
Li C P，Chang X L，Li J. Application of external application of traditional Chinese medicine collapse stains combined with infrared irradiation in swelling management after tibial fracture surgery[J]. Chin J Drug Abuse Prev Treat，2025，31(9)：1734-1735，1745.（in Chinese）

[9] 孟蓓，陆婴，周婵娟. 全髋关节置换术联合快优康复护理对老年股骨颈骨折患者髋关节功能与髋臼恢复情况的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志，2021，5(21)：107-109.
Meng B，Lu Z，Zhou C J. Effect of Total Hip Arthroplasty Combined with Fast-Track Enhanced Recovery Care on Hip Function and Acetabular Recovery in Elderly Patients with Femoral Neck Fractures

［J］. Mod Med Heal Res Electron J，2021，5(21)：107-109.（in Chinese）

［10］ 邱璇. 整体护理在老年股骨粗隆间骨折患者围手术期的应用效果观察[J]. 中国医药指南，2021，19(20)：91-92.
Qiu X. Observation on the effect of holistic nursing in elderly patients with intertrochanteric fracture during perioperative period［J］. Guide China Med，2021，19(20)：91-92.（in Chinese）

［11］ 黄雪娟，谢间莲，卢向莉. 早期踝泵运动联合围术期综合护理干预在全髋关节置换术后预防下肢深静脉血栓形成中的应用效果[J]. 中国医药科学，2021，11(7)：141-144.
Huang X J，Xie J L，Lu X L. Efficacy of early ankle pump exercise combined with perioperative comprehensive nursing intervention in preventing deep vein thrombosis of lower limbs after total hip replacement［J］. China Med Pharm，2021，11(7)：141-144.（in Chinese）

声明：此案例经过本平台同行评议，全文开放获取，采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议，作者可在其他媒体再次发表。