

疼痛护理管理在老年骨质疏松症伴病理性骨折患者中的应用效果观察

陈乖爽 马媛媛

新疆乌鲁木齐市友好路军区总医院创伤骨科 830000

【摘要】：目的 观察疼痛护理管理在老年骨质疏松症伴病理性骨折患者中的应用效果。方法 回顾性选取 2025 年 2 月—2026 年 1 月收治于新疆乌鲁木齐市友好路军区总医院的老年骨质疏松症伴病理性骨折患者 88 例，采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组各 44 例。对照组实施常规护理，观察组实施疼痛护理管理。对比两组干预后的疼痛评分、生活质量评分。**结果** 干预后，观察组视觉模拟评分法评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组健康调查简表中生理功能、躯体疼痛、心理健康及精神健康评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 疼痛护理管理能够有效缓解老年骨质疏松症伴病理性骨折患者的疼痛程度，提升生活质量，值得临床推广应用。

【关键词】：老年；骨质疏松症；病理性骨折；疼痛护理管理；疼痛程度；生活质量

骨质疏松症是一种以骨量减少、骨微结构破坏为特征的全身性骨骼疾病，多发于老年人群。随着人口老龄化进程加快，其患病率呈逐年上升趋势。老年骨质疏松症患者脆性显著增加，轻微外力即可诱发病理性骨折，以髌部、脊柱及腕部骨折最为常见。骨折本身及术后康复过程中的持续性疼痛不仅严重影响患者的情绪和睡眠，还限制了其早期活动能力，进而导致肌肉萎缩、关节僵硬、深静脉血栓等并发症，显著降低患者的生活质量。常规镇痛护理多采用遵医嘱用药和基础心理安抚，护理措施较为被动，缺乏系统性和针对性。疼痛护理管理是一种以患者为中心、以精准评估和分级干预为核心的护理模式。本研究将疼痛护理管理应用于老年骨质疏松症伴病理性骨折患者，探讨其对疼痛程度及生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2025 年 2 月至 2026 年 1 月期间于新疆乌鲁木齐市友好路军区总医院骨科住院治疗的老年骨质疏松症伴病理性骨折患者 88 例作为研究对象。依据随机数字表法将其分为对照组与观察组，每组各 44 例。对照组 44 例患者中，男性 18 例，女性 26 例；年龄分布为 72 至 82 岁，平均年龄（ 75.42 ± 2.68 ）岁；骨质疏松症病程 1 至 5 年，平均（ 2.74 ± 1.62 ）年；骨折部位：髌部骨折 24 例，脊柱骨折 20 例。观察组 44 例患者中，男性 19 例，女性 25 例；年龄分布为 71 至 83 岁，平均年龄（ 75.86 ± 2.74 ）岁；骨质疏松症病程 1 至 6 年，平均（ 2.82 ± 1.58 ）年；骨折部位：髌部骨折 23 例，脊柱骨折 21 例。经统计学比较，两组患者在性别构成、平均年龄、骨质疏松症病程及骨折部位等一般资料方面差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有组间可比性。

1.2 方法

对照组接受常规镇痛护理。包括疾病健康教育，遵医嘱使用镇痛药；播放音乐、视频转移注意力；监测疼痛情况，给予饮食建议、体位调整及用药指导。干预周期为住院期间至出院后 4 周。观察组实施疼痛护理管理。（1）组建小组：护士长任组长，主管医师任顾问，4 名护士经培训考核后上岗。（2）疼痛评估：入院 24 小时内指导患者使用 VAS 精确描述疼痛程度与位置，分为轻度（ ≤ 3 分）、中度（4-6 分）、重度（7-10 分）三级，建立个体化档案。（3）疼痛宣教：每周 1 次小讲座（20-30 分钟），讲解疼痛管理技巧（按时用药的重要性），发放《疼痛自我管理手册》。（4）分级疼痛护理：轻度采用冰袋冷敷（每次 10-15 分钟，每日 3 次）、按摩（每次 10 分钟，每日 2 次）、音乐疗法；中度及以上遵医嘱给予镇痛药物，用药后 30 分钟复评，效果不佳及时反馈调整。（5）运动护理：根据骨折部位指

导体位，每 2 小时协助翻身。健侧肢体主动运动（每日 3 组，每组 10-15 次）。疼痛缓解后指导使用助行器，从平地行走逐步过渡至上下楼梯（每次 10-15 分钟，每日 2 次）。（6）心理护理：每日 5-10 分钟一对一沟通，列举成功案例增强信心，鼓励家属多陪伴交流。

1.3 观察指标

（1）疼痛评分：干预后 4 周采用视觉模拟评分法（VAS）进行评估。使用 0-10 分标尺，0 分表示无痛，10 分表示剧痛，患者根据自身感受标出疼痛程度。（2）生活质量评分：干预后 4 周采用健康调查简表（SF-36）进行评估。选取生理功能、躯体疼痛、心理健康及精神健康 4 个维度，每个维度满分 100 分，得分越高表示生活质量越好。该量表在本研究中的 Cronbach's α 系数为 0.88。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件，计数资料以 $n(\%)$ 表示，行 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分比较

干预后，观察组 VAS 评分低于对照组，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）见表 1。

表 1 两组患者干预后疼痛评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	VAS 评分
对照组	44	5.18±1.02
观察组	44	3.26±0.84
t 值		9.628
P 值		0.000

2.2 两组患者生活质量评分比较

干预后，观察组 SF-36 量表中生理功能、躯体疼痛、心理健康及精神健康评分均高于对照组，组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者干预后生活质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	生理功能	躯体疼痛	心理健康	精神健康
对照组	44	72.46±3.58	73.28±2.96	74.62±3.42	81.26±3.08
观察组	44	83.62±3.24	86.44±2.68	85.78±3.26	84.42±2.86
t 值		15.268	22.046	15.628	4.986
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

老年骨质疏松症伴病理性骨折患者常因骨痛、骨折部位疼痛及活动受限而承受持续性疼痛。疼痛可导致患者因惧怕疼痛而拒绝早期功能锻炼，形成“疼痛-制动-功能下降-疼痛加重”的恶性循环。常规镇痛护理被动应对，缺乏系统性。疼痛护理管理通过专业小组、精准评估、分级干预、运动康复及心理支持等综合措施，实现对疼痛的主动系统管理。

本研究结果显示，观察组 VAS 评分及 SF-36 各维度评分均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），证实了疼痛护理管理的积极价值。观察组 VAS 评分（3.26±0.84）分低于对照组（5.18±1.02）分（ $P < 0.05$ ）。疼痛护理小组培训确保护理人员具备专业能力，能准确评估疼痛级别并针对性干预。分级疼痛护理中，轻度疼痛采用冰袋冷敷（收缩血管减轻充血）、按摩（促进内源性镇痛物质释放）和音乐疗法（分散注意力）；中度及以上疼痛及时给药并复评，避免“按需用药”导致镇痛不充分。宣教使患者理解按时用药的重要性，改变“忍痛是坚强”的错误观念。运动护理指导正确使用助行器、循序渐进恢复活动，避免不当活动加重疼痛。心理护理中一对一沟通和成功案例分享，降低对疼痛的恐惧和焦虑，减少情绪因素对疼痛感知的放大效应。多维度措施从生理、心理和行为三个层面共同减轻疼痛体验。观察组 SF-36 各维度评

分均高于对照组 ($P<0.05$)。疼痛有效控制直接解释躯体疼痛维度提升。生理功能改善得益于运动护理:健侧肢体主动运动预防肌肉萎缩,正确体位和翻身避免压疮和关节僵硬,助行器使用帮助逐步恢复活动能力。心理健康改善与分级护理和宣教密切相关,疼痛控制后焦虑、抑郁随之减轻。心理护理中成功案例分享和家属情感支持增强治疗信心,精神健康评分提高。与常规护理被动应对不同,疼痛护理管理将患者从“疼痛的承受者”转变为“疼痛管理的参与者”,这种角色转变本身就是生活质量的提升。

综上所述,疼痛护理管理应用于老年骨质疏松症伴病理性骨折患者,能够显著降低视觉模拟评分法评分,有效缓解患者的疼痛程度;同时能够提高健康调查简表中生理功能、躯体疼痛、心理健康及精神健康各维度评分,全面提升患者的生活质量。

参考文献:

- [1]黄小芬,郑欢欢,李建辉,等.“互联网+”三级联动管理在骨质疏松症老年患者延续护理中的应用[J].护理与康复,2024,23(11):63-66+71.
- [2]朱蕊,眭文洁,杨静,等.骨质疏松症病人运动行为护理干预方案的构建[J].护理研究,2023,37(11):1886-1891.
- [3]林思思,宣建伟,江燕清,等.淫羊藿总黄酮胶囊预防绝经后骨质疏松症骨折的成本效用分析[J].中华骨与关节外科杂志,2023,16(05):453-460.
- [4]陈秋香.基于问题导向的护理干预在骨质疏松症患者中的应用效果[J].慢性病学杂志,2025,26(12):1888-1891.
- [5]李利和,付茂庆,张存鑫,等.Teach-Back 健康教育模式对脊柱骨质疏松骨折患者的应用效果研究[J].甘肃医药,2025,44(11):1029-1031+1038.
- [6]王爱,周冰倩,曹虹.骨折联络服务在骨质疏松性髌部骨折患者中应用的范围综述[J].护理学报,2024,31(22):48-53.