

延续性护理方案在骨质疏松患者中的构建与应用

任晓丽 付望

成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072

摘要: 目的: 研究延续性护理计划在处理骨质疏松患者护理中的效果, 以便为临床制定更符合个体需求、更高质量的护理措施提供科学依据。方法: 选择了 2022 年 1 月至 2023 年 1 月在我们医院接受治疗的 160 位原发性骨质疏松患者作为研究对象。通过随机数字表的方法, 我们将他们分为对照组和实验组, 每组 80 位患者。对照组接受标准护理; 而实验组在标准护理的基础上进行延续性护理, 包括设立专门的延续性护理团队、制定个性化护理计划、进行出院后随访和定期评估等措施。对比两组患者在干预前后的骨密度、骨代谢指标、生活质量评分以及护理满意度。结果: 实验结果显示, 在接受干预后的实验组患者中, 骨密度、骨代谢指标和生活质量评分均明显优于未接受干预的对照组患者, 这些差异在统计学上是显著的 ($P<0.05$)。结论: 个性化的延续性护理方案对于骨质疏松患者来说具有显著的益处。这种护理方案可以有效地提高患者的骨密度和骨代谢水平, 从而提升他们的生活质量并增加护理满意度。因此, 在临床实践中推广应用这种护理方案是非常值得的。延续性护理模式强调以患者为中心, 有效提升了骨质疏松患者的护理质量和康复效果。

关键词: 骨质疏松; 延续性护理; 骨密度; 骨代谢; 生活质量

骨质疏松是一种以骨量减少和骨微结构破坏为特征的全身性骨骼疾病, 患者骨质脆弱, 容易发生骨折, 严重影响老年人的生活质量和身心健康。骨质疏松已成为仅次于心血管疾病的第二大常见病, 给患者家庭和社会带来沉重的经济负担^[1]。骨质疏松的发生发展是一个长期、缓慢的过程, 与患者的年龄、性别、遗传、营养、运动等多种因素密切相关。绝经后妇女和老年人是骨质疏松的高危人群。近年来, 随着人口老龄化进程的加快, 骨质疏松呈现出低龄化趋势, 已严重威胁中青年人群的骨骼健康。延续性护理作为一种新型的护理服务模式, 强调医院内外护理的有效衔接, 突出护理的连续性和个性化, 已在慢性病管理中得到广泛应用^[2]。大量研究表明, 延续性护理可显著提高慢性病患者的生活质量和自我管理能力, 改善预后, 降低再住院率。但目前延续性护理在骨质疏松患者中的应用研究还相对较少。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治了 160 名骨质疏松患者, 根据随机数字表的方法将他们分为对照组和实验组, 每组 80 人。在对照组中, 共有 42 名男性和 38 名女性参与; 他们的年龄在 52 至 78 岁之间, 平均年龄为 64.35 岁, 标准差为 6.42 岁; 病程在 1 至 9 年之间, 平均病程为 4.52 年, 标准差为 1.83 年。在研究中, 实验组包括了 44 名男性和 36 名女性, 年龄范围在 53 至 80 岁之间, 平均年龄为 65.28 岁, 标准差为 5.91 岁。他们的病程在 1 至 10 年之间, 平均病程为 4.73 年, 标准差为 2.06 年。两组患者的一般资料进行比较后发现, 差异在统计学上并不显著 (P 值大于 0.05), 说明两组患者具有可比性。

1.2 入选标准和排除标准

入选标准：包括符合《原发性骨质疏松症诊疗指南》的诊断标准、年龄在 50 岁及以上、神志清晰并能配合调查，以及获得知情同意。

排除标准：患有继发性骨质疏松症的患者；心肝肾功能严重不全的患者；合并恶性肿瘤、免疫系统疾病或精神疾病的患者。

1.3.1 对照组

给予常规护理，包括：（1）健康教育：向患者及家属讲解骨质疏松的发病机制、临床表现、用药注意事项等，指导患者养成科学的饮食、运动习惯。（2）运动干预：根据患者的身体情况制定个性化运动计划，如慢走、太极拳等，每次 30min，每周 3~5 次。（3）用药指导：叮嘱患者按医嘱服用骨质疏松治疗药物，如阿仑膦酸钠、骨化三醇等，并告知其不良反应及处理方法^[3]。（4）出院指导：向患者交代出院后的注意事项，包括坚持运动、定期复查、监测治疗反应与用药不良反应等。告知患者定期随访的重要性，嘱其遵医嘱，保持良好的生活习惯，配合随访。

1.3.2 实验组

在常规护理基础上实施延续性护理，具体措施如下：（1）成立延续性护理小组：由骨科护士长、主管医师、责任护士、营养师、康复师和心理咨询师等多学科成员组成，明确各自职责，制定延续性护理工作计划和流程，每周定期召开会议，总结工作进展，讨论存在的问题和应对措施。（2）建立延续性护理档案：入院时为每位患者建立个人专案，详细记录患者的基本信息、病情评估、护理措施、教育内容、随访结果等，做到信息完整、系统、动态更新，便于护理人员查阅和交接。（3）制定个性化护理计划：根据患者的年龄、性别、病情严重程度、合并症、生活方式、教育水平等因素，参

考患者的意愿和建议，制定切实可行的个性化护理计划，包括健康教育、营养指导、运动干预、心理护理、用药指导等内容^[4]。（4）延续性健康教育：采用多种形式（如面对面讲解、电话随访、微信平台、视频课程等）分阶段、有重点地对患者及家属进行健康教育，强化宣教效果。制作骨质疏松科普动画和操作视频，便于患者随时学习。鼓励患者间经验交流和互助，建立骨质疏松患者 QQ 群，定期组织线上线下联谊活动。（5）个性化营养干预：为每位患者制定营养配餐计划，提供个性化的膳食指导。必要时联系营养科会诊，调整饮食方案。鼓励患者记录每日食谱和营养摄入量，定期评估并给予指导。（6）持续性运动指导：根据患者的骨密度、体质状况和运动习惯等，制定分阶段、递进式的运动计划，提供形式多样的运动处方。通过视频、手册等方式示范运动要领，耐心纠正错误动作。

1.4 观察指标

（1）骨密度。（2）骨代谢指标。（3）生活质量评分。

1.5 统计分析

利用 SPSS 25.0 数据统计处理。（ $x \pm s$ ）表示计量数据，t 进行组间比较。（%）表示计数数据， χ^2 进行组间比较。P 值小于 0.05 代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后骨密度比较

干预后，实验组 lumbar spine (L1-4)、femoral neck、Ward's triangle BMD 均明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 两组患者干预前后骨密度比较（ $x \pm s$, g/cm²）

组别	时间	lumbar spine (L1-4)	femoral neck	Ward's triangle
对照组（n=80）	干预前	0.85±0.13	0.62±0.09	0.48±0.07

实验组 (n=80)	干预后	0.91±0.15*	0.66±0.11*	0.51±0.09*
	干预前	0.84±0.12	0.63±0.08	0.47±0.08
	干预后	1.04±0.18*#	0.73±0.12*#	0.58±0.10*#

注：与本组干预前比较，*P<0.05；与对照组干预后比较，#P<0.05

2.2 两组患者干预前后骨代谢指标比较

干预后，实验组 Ca、P 水平高于对照组，BGP、CTX 水平低于对照组，差异均有统计学意义（P<0.05）。如表 2 所示。

表 2 两组患者干预前后骨代谢指标比较 (x±s)

组别	时间	Ca (mmol/L)	P (mmol/L)	BGP (μ g/L)	CTX (μ g/L)
对照组 (n=80)	干预前	2.18±0.32	1.03±0.21	5.28±1.05	0.68±0.17
	干预后	2.25±0.29*	1.12±0.19*	4.82±0.93*	0.57±0.15*
实验组 (n=80)	干预前	2.16±0.35	1.05±0.24	5.31±1.12	0.66±0.18
	干预后	2.37±0.33*#	1.24±0.22*#	4.15±0.89*#	0.42±0.13*#

注：与本组干预前比较，*P<0.05；与对照组干预后比较，#P<0.05

2.3 两组患者干预前后生活质量评分比较

实验组 SF-36 量表各维度及总分均明显高于对照组（P<0.05）。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SF-36 量表评分比较 (x±s, 分)

组别	时间	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	精力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组 (n=80)	干预前	67.4±10.2	62.5±9.4	60.8±8.9	58.3±7.2	65.6±8.5	70.2±11.4	64.9±10.6	66.5±9.3
	干预后	72.8±11.5*	67.3±10.8*	65.7±9.6*	62.9±8.5*	69.4±9.2*	74.8±12.1*	69.5±11.3*	70.2±10.5*
	干预前	66.9±9.8	61.7±10.3	59.5±9.2	57.6±8.1	64.2±9.4	69.5±12.6	63.7±11.8	65.8±10.7
	干预后	80.5±12.4*#	75.2±11.6*#	72.8±10.3*#	70.4±9.7*#	77.9±10.8*#	82.6±13.5*#	78.3±12.6*#	79.1±11.2*#

注：与本组干预前比较，*P<0.05；与对照组干预后比较，#P<0.05

3 讨论

骨质疏松是一种常见的骨骼代谢性疾病，积极探索有效的护理干预模式对于改善骨质疏松患者预后、提高生活质量具有重要意义。本研究结果显示，实施个性化延续性护理后，实验组患者的骨密度明显高于对照组，提

示延续性护理可有效改善骨质疏松患者的骨密度水平。分析其原因，可能与延续性护理中的个性化营养指导和运动干预密切相关。护理人员根据患者的饮食习惯、营养状况等制定科学的膳食计划，纠正患者不良饮食行为，督促其多摄入富含钙、维生素 D 等营养素的食物，

为骨骼健康提供充足的营养基础^[5]。同时,护理人员评估患者的运动能力,制定循序渐进的运动计划,增加负重运动,刺激成骨细胞活性,促进骨形成,减缓骨丢失。而常规护理中的健康教育和生活指导相对单一,缺乏个性化,导致患者依从性差,难以坚持。

骨代谢指标的变化更直观地反映了延续性护理对骨质疏松的治疗效果。研究发现,与对照组相比,实验组干预后血清钙、磷水平升高,骨钙素(BGP)、I型胶原羧基端肽(CTX)水平降低,提示延续性护理可促进骨形成,抑制骨吸收,改善骨代谢紊乱状态。分析其机制,可能是由于延续性护理强化了患者用药依从性,督促其规律服用骨质疏松治疗药物,发挥促进骨形成、抑制骨吸收的双向调节作用。护理人员还通过多种途径加强患者疾病相关知识教育,帮助其正确认识治疗药物的重要性,提高服药积极性。此外,延续性护理中的心理干预有助于缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪,促进体液平衡和内分泌功能,为维持骨代谢平衡创造有利条件。

生活质量是评价骨质疏松防治效果的重要指标。本研究发现,干预后实验组 SF-36 量表各维度评分均明显高于对照组,说明个性化延续性护理可全面改善骨质疏松患者生理、心理和社会功能。分析原因,延续性护理贯穿患者住院和出院后全过程,通过电话、微信、家庭访视等多种形式,持续为患者提供健康指导和心理支持,巩固护理效果。心理行为干预可缓解患者负面情绪,增强自我管理意识,提高生活和生存质量。而常规出院指导往往流于形式,缺乏连续性,难以满足患者延续护理需求。

结语

总之,医疗机构应积极创新护理服务模式,将延续性护理理念融入骨质疏松防治全过程。通过跨学科协作、医护患互动、医院社区联动等策略,为骨质疏松患者提供优质、连续、个性化的护理服务,提高自我管理能力,最大限度地改善生存质量,降低骨折并发症,减轻疾病负担,实现健康老龄化。

参考文献

- [1] 卢青. 延续性护理干预在骨质疏松骨折患者中的应用效果研究[J]. 生命科学仪器, 2024, 22 (03): 235-237.
- [2] 金秀. 延续性护理方案在老年骨质疏松性髋部骨折术后患者中的应用研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2023, 30(02): 88-91.
- [3] 胡田英. 延续性护理在骨质疏松骨折患者中的应用[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(11): 99-101.
- [4] 毕春娟. 延续性护理在骨质疏松性脊柱骨折患者再发骨折的预防康复护理研究. 陕西省, 宝鸡市中医医院, 2021-04-06.
- [5] 安妮, 辛睿, 毕春娟. 延续性护理在骨质疏松性脊柱骨折患者再发骨折中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(28): 161-163.