

应采用肠外营养方式补充热量与蛋白质,并根据病情监测血糖、电解质与营养代谢指标,动态调整输入液成分与速度。肠功能逐步恢复后应尽早过渡至肠内营养,使用鼻肠管或空肠造口通路给予短肽型或元素型肠内营养制剂,在肠黏膜修复与吸收功能恢复期间维持肠道屏障功能。营养支持过程中应注重输入方式的规范性,避免液体输入过快或渗透压过高引发肠道不耐受,护理人员需严密观察患者有无腹胀、腹泻、恶心或反流等症状,及时调整营养输入方案^[1]。随着患者耐受度提高,可逐步改用经口摄入方式,从半流质或软食过渡到普通饮食,注重饮食易消化、高热量与高蛋白配置,避免刺激性强或机械性强的食物对吻合口造成负担。术后营养管理贯穿恢复全过程,是决定患者康复速度与预后质量的重要因素,应结合个体差异制定分阶段营养干预计划。

4.3 并发症预防

食管癌术后并发症发生率高,常见包括吻合口瘘、胸腔感染、出血、喉返神经损伤及深静脉血栓等,任何一项并发症的出现都可能显著延长住院时间或威胁生命安全,吻合口瘘是术后最为严重的并发症之一,常在术后数日内因吻合部位组织缺血或张力过大导致局部组织裂开,引起胸腔渗液感染甚至脓胸或纵隔炎。术后护理中应高度关注患者体温、心率、呼吸及引流液性质,密切监测是否出现体温升高、引流液增多或颜色改变,必要时进行引流液培养与影像学检查明确诊断,发现早期征象应配合医生调整抗感染治疗或考虑再手术处理。出血为另一类术后急性并发症,表现为引流液鲜红、失血性休克或突发血压下降,护理人员应在术后前72小时内加强生命体征监测,保持引流通畅并准确记录引流量,注意引流瓶液面变化与管道有无血凝阻塞。术后还需关注深静脉血栓形成风险,尤其是长时间卧床或高龄患者,应进行下肢活动指导或使用间歇性加压装置,必要时在医生指导下给予抗凝治疗。喉返神经损伤多表现为声音嘶哑与吞咽障碍,术后发现相关症状应转介耳鼻喉科进一步评估。护理人员在整个术后阶段应秉持预警性护理理念,不仅要及时应对已发生的并发症,更要强化风险筛查与预防干预,最大程度降低术后不良事件的发生概率。

4.4 心理与康复指导

术后阶段不仅是身体恢复的关键期,也是心理状态重建的重要时期,部分患者在经历手术创伤与功能改变后会产生无助、焦虑或抑郁等情绪反应,个别患者对疾病复发的担忧可能长期存在,影响其治疗依从性与生活质量,术后护理中应高度重视患者的心理状态,主动观察言语与行为中的情

绪异常线索,开展情感支持与心理辅导,在交流中给予肯定与鼓励,增强其恢复信心。部分患者因术后不能经口进食或需长期使用引流管,产生羞耻或回避心理,护理人员应采用接纳与引导并重的沟通方式,使其逐步适应新生活状态,并配合康复治疗。除心理干预外,康复指导也是术后护理不可分割的组成部分,包括日常生活训练、体能恢复、营养调节与功能锻炼等内容,应根据患者术后恢复进度制定个体化康复计划。早期康复训练以卧床活动为基础,逐步过渡至坐起、下床及步行等动作,避免长期卧床导致肌力下降或关节僵硬。对于术后体位要求严格者,应指导正确翻身方法与安全转移技术,防止跌倒或牵拉伤口。康复指导还应涵盖出院后生活方式调整与定期随访安排,使患者具备自我管理能力和复查意识,降低再入院率与远期功能障碍发生率。通过融合心理疏导与康复干预的综合护理策略,能够帮助患者更顺利完成从住院治疗到日常生活的过渡,提升长期生存质量与社会适应能力。

5 结语

围手术期护理干预在食管癌治疗过程中具有重要意义,科学系统的护理措施能够降低术后并发症发生率,促进功能恢复与生活质量提升,术前评估与准备、术中规范配合以及术后多维护理共同构成完整的干预体系。护理人员需根据患者个体差异制定个性化方案,强化护理细节与风险预警意识,推动护理质量持续提升,为食管癌患者带来更安全高效的围术期管理。

参考文献

- [1] 韩世荣,李秀琴,鲁文君,等. 食管癌围手术期内营养不良风险干预策略的构建及应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2025,11(02):25-28.
- [2] 张玉洁,贾海娇,梁珊珊. 快速康复护理模式在食管癌根治术患者围手术期管理中的应用[J]. 岭南急诊医学杂志,2025,30(01):96-99.
- [3] 和铭洁,孟宏伟,姜曙娟. 基于追踪方法学的加速康复外科理念在全腹腔镜下食管癌切除围手术期的应用[J]. 海南医学,2024,35(22):3316-3320.
- [4] 张娟,张会民,周晓蕾,等. 多学科团队协作健康管理在食管癌根治术患者围手术期中的应用效果[J]. 癌症进展,2024,22(22):2509-2512.
- [5] 缪海娅,孙云,王兰,等. “互联网+护理”背景下分阶段回授法在食管癌围手术期营养管理中的应用效果分析[J]. 医药高职教育与现代护理,2024,7(06):481-487.

Conservative Treatment Follow-up Observation and Rehabilitation Guidance for Common Distal Radius Fractures in Health Centers

Youxian Qin

Yanshan County Yanrui Town Central Health Center, Shangrao, Jiangxi, 334000, China

Abstract

Objective: To explore the clinical efficacy of conservative treatment for distal radius fractures in the health center setting, and to analyze the impact of standardized follow-up observation and individualized rehabilitation guidance on the recovery of wrist joint function in patients. **Methods:** From January 2024 to December 2025, 40 patients with distal radius fractures in our hospital were selected. All patients were treated with manual reduction and plaster fixation, combined with full-course follow-up observation and staged rehabilitation guidance. The wrist joint function scores (Gartland–Werley), wrist joint flexion and extension range of motion, and pain visual analog scale (VAS) scores of the patients before and after treatment were compared. **Results:** After treatment, the Gartland–Werley score of the patients was lower than that before treatment, the wrist joint flexion and extension range of motion was greater than that before treatment, and the VAS score was lower than that before treatment. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** When conducting conservative treatment for distal radius fractures in the health center, through standardized manual reduction, firm plaster fixation, combined with full-course follow-up observation and staged rehabilitation guidance, it can effectively alleviate patients' pain, restore wrist joint movement function, and the treatment effect is significant. It meets the diagnostic and treatment needs of grassroots medical institutions and is worthy of promotion and application.

Keywords

Health center; Distal radius fracture; Conservative treatment; Follow-up observation; Rehabilitation guidance

卫生院常见桡骨远端骨折保守治疗随访观察与康复指导

秦友献

玉山县岩瑞镇中心卫生院, 中国·江西 上饶 334000

摘要

目的: 探讨卫生院场景下桡骨远端骨折保守治疗的临床效果, 分析规范随访观察与个性化康复指导对患者腕关节功能恢复的影响。**方法:** 选择2024年1月至2025年12月我院40例桡骨远端骨折患者, 均采用手法复位+石膏固定的保守治疗方案, 配合全程随访观察与分阶段康复指导。对比患者治疗前及治疗后腕关节功能评分(Gartland–Werley)、腕关节屈伸活动度及疼痛视觉模拟评分(VAS)。**结果:** 治疗后, 患者Gartland–Werley评分低于治疗前, 腕关节屈伸活动度大于治疗前, VAS评分低于治疗前, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 在卫生院开展桡骨远端骨折保守治疗时, 通过规范的手法复位、牢固石膏固定, 结合全程随访观察与分阶段康复指导, 可有效减轻患者疼痛、恢复腕关节活动功能, 治疗效果显著, 符合基层医疗机构诊疗需求, 值得推广应用。

关键词

卫生院; 桡骨远端骨折; 保守治疗; 随访观察; 康复指导

1 引言

桡骨远端骨折是基层卫生院最常见的一类四肢骨折疾病之一, 好发于中老年群体, 在跌倒或者受到轻微外力后即可出现骨折症状。因患者就诊时间早、骨折类型主要为闭合性及轻-中度移位型骨折, 故采取手法复位保守治疗方法在基层卫生院的临床使用率较高^[1]; 相比手术方法而言, 规范化的石膏外固定手法复位方式创伤性较低、花费较少、实施

难度较小, 符合基层医疗机构医疗资源配置特点。但在临床治疗中由于随访不到位, 康复宣教不够等原因, 部分病人存在腕关节僵硬、疼痛迁延反复以及功能恢复欠佳等情况, 影响了远期疗效^[2]。鉴于此, 本研究结合卫生院条件, 针对桡骨远端骨折病人采用保守治疗期间, 结合完善的随访检查以及阶段性康复训练方案, 评价患者在腕关节功能、活动范围及疼痛方面的治疗效果, 旨在为基层医院提高桡骨远端骨折治疗水平提供借鉴。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选择2024年1月至2025年12月间我院收治的桡骨

【作者简介】秦友献(1982—), 男, 中国四川广安人, 骨外科中级, 从事骨外科研究。

远端骨折患者 40 例作为本次研究的对象，所有患者年龄在 20-75 岁之间，平均年龄 (52.3 ± 12.6) 岁。其中男性 18 例、女性 22 例；致伤原因：跌倒伤 25 例、撞击伤 10 例、其他外伤 5 例；受伤至就诊时间 1-12 小时，平均就诊时间 (4.8 ± 2.1) 小时。所有患者均经 CR 片确诊为闭合性桡骨远端骨折，符合保守治疗指征，临床资料完整且自愿参与本研究。

2.2 纳入与排除标准

纳入标准：经 CR 片确诊为闭合性桡骨远端骨折；骨折移位程度较轻，符合手法复位+石膏固定的保守治疗指征；意识清晰，能配合治疗、随访及康复训练；患者及家属知晓研究内容，自愿签署知情同意书；临床资料可完整追踪腕关节功能恢复指标；能配合完成 3 个月随访。

排除标准：开放性骨折或合并血管、神经损伤；骨折移位严重，手法复位失败需手术治疗；合并腕关节脱位、其他部位骨折；严重骨质疏松、骨代谢疾病影响骨折愈合；凝血功能障碍；皮肤感染、溃疡等影响石膏固定；妊娠或哺乳期女性；精神疾病或认知障碍；临床资料缺失，影响疗效评估；中途转院或退出研究。

2.3 方法

所有患者均采用保守治疗+全程随访观察+分阶段康复指导的综合方案，治疗周期为 3 个月，具体如下：

2.3.1 保守治疗

采用手法复位治疗，患者取坐位或仰卧位，采用利多卡因局部浸润麻醉，助手固定患者上臂，术者握住患者腕部，遵循“拔伸牵引→纠正移位→复位桡骨高度与掌倾角”的步骤进行手法复位，复位后通过 CR 片确认骨折对位对线良好（掌倾角 10-15°，尺偏角 20-25°）。

使用石膏固定，在骨折部位垫好棉垫保护皮肤，采用绷带松紧适度缠绕固定，确保固定牢固且不影响末梢血液循环（观察手指颜色、温度及感觉）。

配合基础治疗，复位固定后，抬高患肢高于心脏水平，促进静脉回流减轻肿胀；遵医嘱口服活血化瘀、消肿止痛药物（如活血止痛胶囊）3-5 天，疼痛剧烈者可短期口服非甾体类抗炎药（如布洛芬）；肿胀明显及以上治疗措施疼痛未见缓解者，给予 20% 甘露醇脱水治疗；告知患者固定期间避免腕关节活动，防止骨折再移位。

2.3.2 随访观察

制定全程随访计划，共随访 3 个月，具体如下：

第 1 周（复位后 3 天、7 天）：重点观察患肢末梢血液循环、皮肤颜色、感觉及肿胀情况，检查石膏固定松紧度并及时调整；复查 CR 片，确认骨折无再移位；解答患者疑问，强化固定期间注意事项。

第 2-4 周：每周随访 1 次，观察骨折愈合情况，通过 CR 片评估骨痂生长情况；指导患者进行早期功能训练，观察训练过程中有无不适；继续调整固定松紧度，避免因肿胀消退导致固定松动。

第 2-3 个月：每 2 周随访 1 次，复查 CR 片确认骨折愈

合后，及时拆除石膏；评估腕关节活动度、疼痛程度，调整康复训练方案；指导患者逐步恢复日常活动，避免过度负重。

2.3.3 分阶段康复指导

根据骨折愈合进程，制定个性化分阶段康复训练方案，具体如下：

①早期（复位固定后 1-2 周，肿胀消退期）：

训练目标：促进肿胀消退，预防肌肉萎缩与关节僵硬；

训练内容：指导患者进行手指屈伸、握拳、松拳训练，每日 3 次，每次 10-15 分钟；进行上臂肌肉等长收缩训练，避免腕关节活动，防止骨折移位。

②中期（复位固定后 3-6 周，骨痂形成期）：

训练目标：改善腕关节部分活动功能，促进骨痂生长；

训练内容：在石膏固定保护下，进行腕关节被动屈伸训练（由家属或医护人员协助），每日 2 次，每次 10 分钟；逐步增加主动屈伸训练，幅度以不引起剧烈疼痛为宜；配合腕部热敷，每次 15 分钟，每日 2 次，促进血液循环。

③后期（拆除石膏后，骨折愈合期）：

训练目标：恢复腕关节正常活动功能与力量；

训练内容：拆除石膏后，逐步增加腕关节屈伸、旋转训练，每日 3 次，每次 15-20 分钟；进行抗阻力训练（如握力器），增强腕部肌肉力量；指导患者进行日常活动训练（如穿衣、吃饭、洗漱），逐步恢复生活自理能力；避免提重物、剧烈运动等可能导致骨折再次损伤的行为。

2.4 评价标准

①腕关节功能评分：采用 Gartland-Werley 评分量表，从疼痛、功能、活动度、畸形四个维度评分，总分 0-25 分，分数越低腕关节功能越好；②腕关节活动度：采用量角器测量腕关节屈伸活动度（屈曲角度+伸展角度），数值越大活动功能越好；③疼痛程度评估：采用 VAS 视觉模拟评分法，总分 0-10 分，分数越低疼痛越轻。

2.5 统计学指标

采用 SPSS26.0 统计软件进行统计分析，计量资料用均值 ± 标准差 (±s) 表示，采用 t 检验，计数资料用率 (%) 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗前后桡骨远端骨折患者腕关节功能评分比较

40 例桡骨远端骨折患者均完成随访，治疗后患者腕关节功能显著改善，Gartland-Werley 评分明显低于治疗前，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；见表 1。

表 1 治疗前后桡骨远端骨折患者腕关节功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数	Gartland-Werley 评分
治疗前	40	18.6 ± 3.9
治疗后	40	6.8 ± 2.7
t 值	—	6.214
P 值	—	0.021