

一次跌倒的危机，老年髋部骨折如何应对

桂林医科大学第一附属医院 黄昌钊

对于老年人来说，一次普通的跌倒，有时可能成为影响晚年生活的重要事件。很多老人可能只是轻轻摔了一跤，却因为骨骼老化、骨量减少，发生髋部骨折。髋部骨折不仅会带来剧烈疼痛，还可能导致长期卧床、身体功能下降，甚至引发一系列严重并发症。因此，了解髋部骨折的发生原因、处理方式以及预防方法，对于老人和家属来说都非常重要。

一、认识髋部骨折：一次跌倒为何会带来严重影响

髋部连接骨盆和大腿，是支撑人体站立、行走和运动的重要部位。髋部骨折临床上往往也称“临终骨折”，随着年龄增长，老年人的骨密度下降，骨骼变得脆弱，即使是轻微跌倒，也可能造成髋部骨折。骨折后常表现为髋部疼痛、无法站立或行走、活动受限等情况，若跌倒后出现明显疼痛或无法起身，应避免强行移动，及时就医检查。

髋部骨折的危害不仅在于骨折本身，还可能引发长期卧床带来的肺部感染、血栓、压疮和肌肉萎缩等问题，

甚至影响老人的生活自理能力。因此，老年人发生跌倒后要提高警惕，及时发现和处理髋部损伤。

二、及时治疗和科学护理，是恢复的重要基础

老年人发生髋部骨折后，需要根据骨折类型、身体状况以及基础疾病情况制定治疗方案。目前，对于身体条件允许的患者，医生通常会考虑手术治疗，例如进行内固定或人工髋关节置换，帮助患者尽快恢复活动能力，减少长期卧床带来的风险。

部分家属担心老人年龄大，认为手术风险太高，于是希望通过卧床等待骨折自行恢复。但对于很多髋部骨折患者来说，长期卧床可能带来更多问题。是否手术需要医生综合评估，包括心肺功能、身体耐受能力等，而不能单纯以年龄作为判断标准。

治疗后的护理同样关键。家属需要帮助老人做好疼痛管理，保证充足营养，尤其注意蛋白质摄入，为身体恢复提供支持。同时，要按照医护人员指导帮助老人进行适当活动，做好皮肤护理，预防压疮等并发症。

三、坚持康复训练，帮助老人重新找回生活能力

髋部骨折后的恢复，不只是等待骨头愈合，更重要的是恢复行动能力。很多老人和家属担心再次受伤，认为卧床越久越安全，实际上长期不活动会导致肌肉力量下降，关节僵硬及深静脉血栓形成，使老人以后更难重新站立和行走。

康复训练需要根据身体恢复情况逐步进行。早期可以在医生指导下进行简单的肌肉收缩、关节活动等训练，促进血液循环，减少身体机能下降。随着恢复情况改善，可以逐渐练习坐起、站立，并借助助行器拐杖等辅助工具进行行走训练。

康复过程中，老人的心理状态也非常重要。一次跌倒可能让老人产生恐惧，害怕再次摔倒，从而拒绝活动。家属应给予耐心陪伴和鼓励，帮助老人建立信心。

四、做好预防措施，降低老年髋部骨折风险

预防跌倒，是减少髋部骨折最有效的方法之一。家庭环境需要进行适

老化调整，例如保持地面干燥整洁，减少杂物堆放，在卫生间安装扶手，增加夜间照明等。很多跌倒并不是因为意外严重，而是因为生活环境中的小细节没有注意。

除了改善环境，老年人自身的身体管理也非常重要。随着年龄增长，肌肉力量和平衡能力会逐渐下降，平时可以进行适合自己的运动，如散步、太极拳、简单力量训练等，增强下肢力量和身体稳定性。同时，定期检查视力，及时调整眼镜，也有助于减少跌倒风险。

骨质疏松是老年髋部骨折的重要因素之一。很多老人认为骨质疏松没有明显症状，不需要特别关注，但骨骼健康下降往往会增加骨折风险。中老年人应重视骨密度检查，根据医生建议进行补钙、维生素D补充或规范抗骨质疏松治疗，从根本上降低骨折发生概率。

结语：老年髋部骨折是一场需要家庭、医生和老人共同面对的健康挑战。一次跌倒虽然可能带来严重影响，但通过及时发现、规范治疗、科学康复以及提前预防，可以帮助老人减少伤害，恢复生活质量。关心老年人的行动安全，从改善生活环境、关注骨骼健康开始，让每一步都走得更加安全、更加安心。

认知症照护者的自我关怀——别让爱成为压垮你的重担

湘潭颐乐康老年公寓 朱玲 张春香 胡秀英

认知症照护是一场无标准时长、无明确终点的马拉松。认知症患者病程持续数年甚至十余年，功能呈不可逆衰退。照护者——配偶或子女——承受体力消耗、睡眠剥夺、经济负担及目睹至亲丧失记忆与人格的巨大心理哀伤。然而社会关注多集中于患者，照护者身心健康常被忽视，甚至照护者自己认为“喊累就是不够爱”。事实上，照护者长期高压耗竭，不仅自身抑郁、焦虑及躯体疾病风险升高，照护质量也会因耐心耗损下降，形成“双输”。自我关怀不是自私，是保障照护可持续发展的必要投资。本文从压力识别、情绪调节、社会支持及底线设置四维度，提供自我维护策略。

一、识别照护压力的早期信号：防微杜渐

照护者常习惯性忽略自身不适，直至身心俱疲。识别压力早期信号是自我关怀第一步。生理层面需警惕：持续性疲劳（休息后难缓解）、频繁头痛或肩颈僵硬、消化不良、免疫力

下降、入睡困难或夜间频繁惊醒。心理行为层面：易怒、对小事失去耐心；对既往兴趣丧失动力；反复自责或“如果我做得更好”的强迫念头；社交退缩；或对患者健康过分担忧与情感麻木——这两种极端均为压力过载标志。建议照护者每月自查一次，若上述存在三项以上且持续两周，即视为“需采取行动”的预警信号，而非“熬一熬就过去”的小问题。

二、情绪调节技术：在风暴中给自己一个锚点

照护者会经历复杂情绪波动——悲伤、烦躁、恐惧、愤怒，这些情绪是正常反应，关键在于不被其淹没。推荐几种简易情绪调节技术：五分钟呼吸空间——每天三次（晨起、午间、睡前），闭眼专注呼吸，吸气4秒、屏息2秒、呼气6秒，可激活副交感神经，降低皮质醇。情绪命名法——强烈情绪涌起时，对自己说“我现在感到愤怒/悲伤”，命名本身即能减弱杏仁核应激反应。积极事件记录——

每天睡前写下与患者互动中“刚刚好”的三件小事，训练大脑关注积极细节。这些方法每日耗时不超过15分钟，长期坚持对情绪韧性有累积益处。

三、建立有效的社会支持网络：拒绝孤军奋战

社会孤立是认知症照护者心理崩溃的最强预测因子之一。许多照护者因“不好意思麻烦别人”或“别人理解不了”而自我隔离。打破孤立的策略包括：照护者支持小组——线上或线下每周一次，交换经验与情绪，“正常化”体验本身具疗愈价值。亲友分工协议——列出具体任务清单（如“周三下午陪散步1小时”“每月1号整理药盒”），让亲友认领，降低帮忙门槛。喘息服务资源——了解社区日间照料中心、短期托养或志愿者陪护项目，定期使用争取休息。接受帮助不是示弱，是理智的资源管理。

四、设置照护边界与承认局限：学会“足够好”原则

认知症照护中不存在“完美方

案”，无论多么努力，患者的功能仍会衰退，行为问题仍会出现。接受这一现实并非放弃，而是智慧。照护者需要为自己设置清晰的边界：明确哪些时段必须属于自己（如每天至少30分钟不被打扰的个人时间）；学会说“不”——对于超出自己能力范围或影响基本健康的额外要求，有勇气婉拒。当患者夜间频繁吵闹导致你连续多日睡眠不足时，考虑临时安排夜间陪护或与家人轮班，而不是独自硬撑。定期询问自己：“我现在的状态还能提供有质量的照护吗？”如果答案是否定的，那么优先照顾自己就是对患者最大的负责。

总结：认知症照护者的自我关怀，既是对自身生命健康的尊重，也是实现可持续照护的必由之路。照护者应正视压力信号，掌握简易情绪调节技术，主动构建社会支持网络，并勇敢设置个人边界。唯有先安顿好自己的身心，才能在漫长的照护旅途中持续给予患者有温度、有耐心的陪伴。请将这句话铭记于心：飞机上的安全提示永远要求你“先为自己戴好氧气面罩，再帮助身边的孩子”——在照护中，同样的逻辑始终成立。

突发急症送医前后，家属如何配合急诊护士高效救治

内江市第二人民医院 刘小荣

想象一下这个场景：深更半夜，老爸突然捂着胸口，脸色煞白，说胸口像压了块大石头。你的大脑“嗡”的一声炸开，肾上腺素狂飙，手忙脚乱地翻箱倒柜找医保卡，嘴里还不停地念叨：“怎么办怎么办……”

停！千万别慌！急诊室不是灾难片现场，而是一场分秒必争的“团队作战”。在这场战役里，你不是旁观者，而是护士姐姐最需要的神助攻。搞砸了，你是让抢救减速的“猪队友”；配合好了，你就是生命通道上的“加速器”。

第一关：出发前，别光顾着嚷，带上“续命三件套”

很多家属一着急，光想着把人往医院送，结果到了急诊，医生问啥啥不知，拿啥啥没有——这就好比上战场光着膀子冲。

正确的做法是，深呼吸，花5-10分钟准备好“续命三件套”：第一件：身份与金钱卡。身份证、医保卡、手机、少量现金——这些是救命的“通行证”。第二件：黑历史与作案工具。患者正

在吃的药（直接带药盒子）、近三个月的检查报告（CT、心电图等）。这能让医生一秒看懂患者的“黑历史”，避免“药物互殴”。尤其是正在吃阿司匹林这类抗凝药的，必须告诉医生。第三件：急救小物件。干净的毛巾（止血用）、患者的假牙盒（防堵塞气道）。

第二关：路上和门口，别当“祥林嫂”，学会“精准报案名”

到了医院，你可能会冲护士喊：“哎呀医生！他不行啦！”——这种话除了制造噪音，一点用没有。

记住，急诊沟通的核心是“STOP四步描述法”：

S——症状（Symptoms）：别说“不舒服”。要说“胸口正中间压榨性疼痛，像大石头压着”。T——时间（Time）：别说“刚不久”。要说“20分钟前突然开始的”。这对医生判断救治方案至关重要——比如脑中风溶栓的黄金时间只有4.5小时。O——用药与病史（Oral medications & history）：要说“有10年高血压，每天吃硝苯地平”。P——个人状态变化（Physical

& mental change）：要说“人还清醒，但一直喊疼”。

这样一说，护士姐姐立刻判断：“高度怀疑急性心梗，马上启动胸痛流程！”

第三关：抢救室里，别当“好奇宝宝”，做个“定海神针”

进了抢救室，家属最容易犯的错就是：七大姑八大姨全围上去，问东问西，甚至想上手帮忙。这时候，你需要化身“定海神针”：①只留一个“话事人”。家里人多，指定一个情绪最稳定、最了解情况的人跟医生护士沟通，其他人请去休息区待命。七嘴八舌只会让信息“打架”。②别当“好奇宝宝”。别问“为什么要做这个检查？”“这个药是干嘛的？”——医生正在争分夺秒抢救，这些问题等抢救告一段落再问。你需要做的是快速回答医生的提问，比如“他有没有过敏史？”然后清晰果断地说“有”或“没有”，千万别凭猜测回答。③签字别犹豫。当医生拿着知情同意书找你签字时，别吓得手抖。快速扫一

眼，抓住核心问题：“不做这个，死的风险多大？做了，活的希望多大？”只要医生说是救命的最优方案，就果断签字。犹豫的每一秒，都在消耗患者的生命。④别瞎指挥。护士让你帮忙解开患者上衣做心电图，你就照做。但千万别自己伸手去拔输液管、调快输液速度——那是专业活儿，你乱动可能出大事。

第四关：检查与后续，别做“甩手掌柜”，当好“二传手”

医生开了检查，家属的配合直接影响效率。

做CT前，主动帮患者取下金属物品，做心电图时，主动帮忙解开上衣，方便护士贴电极片。行动不便的患者，主动借轮椅或平车，别勉强患者走动加重病情。等病情稳定转到病房后，别忘了记好医生的嘱咐——比如“绝对卧床，不能下床”“三天后复查”。记不住就用手机录下来或写在纸上，避免一忙就忘。

终极口诀：送你一个“急诊通关口诀”，建议收藏：冷静冷静再冷静，信息精准是核心。病史用药全带齐，一人开口不乱语。不懂别装懂，签字要果断。配合护士秒通关，急救快人一步不慌张！