

ICS 11.020  
CCS C 05

T/GXAS  
团 体 标 准

T/GXAS 1045—2025

# 股骨颈骨折围手术期中医护理规范

Specification for traditional Chinese nursing in femoral neck fracture perioperative period

2025-07-18 发布

2025-07-24 实施

广西标准化协会 发布



## 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 缩略语 .....	1
5 人员要求 .....	1
6 评估 .....	1
7 围手术期护理 .....	2
8 并发症护理 .....	3
9 生活起居调护 .....	4
10 出院指导 .....	5
附录 A (资料性) 中医特色护理技术 .....	6
参考文献 .....	8



## 前　　言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西中医药大学第一附属医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学第一附属医院、梧州市中医医院、广西骨伤医院、广西国际壮医医院、兴安界首骨伤医院、河池市中医医院。

本文件主要起草人：徐德梅、曾嘉珍、周英妮、彭丁丁、黄裕、郭宁、黄献群、雷宾、黄碧秋、梁巧梅、何春艳、慕丽昕、黎黎、黄艳婴、吴双萍、杨美清、廖倩、李小波、韦素惠、邹一鸣、李稳、李想、廖秀君、蒋晶晶、黄艺、周爱华、谢雪月、梁少星、黄曼曼、罗珍、莫理璐、韦佳佳、刘霜、黄沂、周艳琼、莫华丹、赵玉玲。



# 股骨颈骨折围手术期中医护理规范

## 1 范围

本文件界定了股骨颈骨折围手术期中医护理涉及的术语和定义以及缩略语，规定了股骨颈骨折围手术期中医护理的人员要求、评估、围手术期护理、并发症护理、健康指导、出院指导的要求。

本文件适用于股骨颈骨折围手术期的中医护理。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 12346 经穴名称与定位

GB/T 13734 耳穴名称与定位

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**股骨颈骨折 femoral neck fracture**

发生于股骨头下至股骨颈基底部的骨折。

### 3.2

**围手术期 perioperative period**

从病人确定手术治疗时起，至与本次手术有关的治疗基本结束为止的一段时间，分为手术前期、手术中期和手术后期3个阶段。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

NRS：数字评分量表（Numeric Rating Scale）

VAS：视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale）

## 5 人员要求

护理人员应定期接受中医护理技术培训并考核合格熟悉骨科专科护理及中医适宜技术操作，掌握股骨颈骨折的中医辨证分型及护理要点。

## 6 评估

评估包括不限于以下内容：

- 气滞血瘀证（骨折早期）：伤后1~2周内，表现为髋部疼痛，局部肿胀、瘀斑，活动受限，动则痛甚，舌质红或有瘀斑，苔黄，脉浮数或脉浮紧；
- 营卫不和证（骨折中期）：伤后3~4周，表现为肿胀瘀阻逐渐消退，疼痛逐步减轻，肿消未尽，骨折未连或骨连未坚，活动仍有受限，舌质暗红，苔薄黄，脉弦细；
- 气血不足、肝肾亏虚证（骨折后期）：受伤4周后，髋部疼痛基本消失或时有隐痛，肿胀不明显，筋骨尚未坚固，功能尚在恢复中，肌肉酸软，体倦乏力，因病久必虚，舌质淡红，苔薄白，脉细弱。

## 7 围手术期护理

### 7.1 术前护理

- 7.1.1 及时完善相关检查,评估患者的身体状况,包括生命体征、心肺功能、肝肾功能、血液检查、血糖、营养状况、专科查体、是否使用抗凝药物、骨骼肌肉疾病、皮肤状况、心理状况等。
- 7.1.2 使用合适评估工具,对患者进行动态疼痛评估,遵医嘱采取多模式镇痛方案,并做好详细记录。
- 7.1.3 手术日前一晚进行沐浴或局部皮肤清洁擦拭。
- 7.1.4 指导患者术前8 h内禁食油炸、脂肪及肉类食品,6 h内禁饮牛奶等液体乳制品和食用淀粉类固体食品,2 h内禁饮白水、咖啡、含糖饮料、茶水、无渣果汁等无渣饮品。
- 7.1.5 术前不应进行特殊肠道准备。
- 7.1.6 指导患者软枕抬高患肢,进行手术适应锻炼,如床上大小便、翻身侧卧、抬臀等床上活动方法,预防坠床、跌倒,指导股四头肌收缩训练、踝泵运动。

### 7.2 术后护理

#### 7.2.1 病情观察及护理

- 7.2.1.1 观察患者神志、面色、生命体征及尿量变化。
- 7.2.1.2 观察患肢末梢的血液循环及足趾活动情况,触摸足背动脉,应注意皮肤颜色、温度、感觉及肿胀程度的变化情况。
- 7.2.1.3 观察术口渗血情况及引流管是否通畅、有无扭曲或脱出,记录引流液的量并按要求及时倾倒。
- 7.2.1.4 观察患肢疼痛、肿胀情况,根据医嘱及时处理。
- 7.2.1.5 体位护理:
- 指导患者根据手术情况和康复应进行正确的体位护理,预防压力性损伤和静脉血栓等并发症;
  - 全身麻醉及腰麻患者给予去枕平卧6 h,头偏向一侧,清醒后,给予患者软枕;
  - 前入路手术者,宜垫软垫抬高患肢;
  - 后入路手术者,双下肢间放置软垫,保持双下肢外展中立位,翻身时双下肢间夹软垫。
- 7.2.1.6 麻醉清醒后观察患者无恶心呕吐,宜进食30 mL~50 mL温水,如无不良反应,1 h~2 h后根据患者胃肠道反应和耐受程度指导患者进食流质、半流质、正常饮食,并遵循由少到多的原则。
- 7.2.1.7 对合并症较多的年老患者应观察有无发生脑血管意外、心脏骤停、昏迷等紧急情况。
- 7.2.1.8 麻醉清醒后指导患者在确保不影响骨折固定和愈合的基础上,进行股四头肌收缩、踝泵运动等康复训练。
- 7.2.1.9 行下肢牵引时,应保持牵引有效性。

#### 7.2.2 症状护理

##### 7.2.2.1 疼痛护理

- 7.2.2.1.1 遵医嘱对患处进行中药烫熨、中药涂擦、中药塌渍、中药外敷等治疗(操作方法按附录A)。
- 7.2.2.1.2 遵医嘱进行穴位按摩,操作方法按附录A,选取穴位:足三里、委中穴、三阴交、涌泉穴,腧穴的定位按GB/T 12346确定。
- 7.2.2.1.3 遵医嘱进行雷火灸治疗,操作方法按附录A,选取穴位:足三里、阳陵泉穴、委中穴、太冲穴、涌泉穴等,腧穴的定位按GB/T 12346确定。
- 7.2.2.1.4 遵医嘱进行耳穴压豆治疗,操作方法按附录A,选取穴位如下,耳穴的定位按GB/T 13734确定:
- 主穴:髓、神门、心、肺、脾、肝;
  - 配穴:肾等。
- 7.2.2.1.5 遵医嘱进行红外线治疗改善疼痛。
- 7.2.2.1.6 动态评估疼痛的程度、性质、原因、伴随症状,采用NRS或VAS评估患者疼痛程度,记录具体分值,评分0~3分时,应遵医嘱每日进行至少1次疼痛评估,直至出院;4分及以上时,应遵医嘱镇痛治疗后复评。评分>4分时应遵医嘱加用不同作用机制的药物进行多模式镇痛;评分>6分时,应遵医嘱联合阿片类药物进行个体化镇痛。

注：静脉给药后5 min~15 min，皮下注射和肌内注射后30 min、口服给药或直肠给药后1 h，或根据药物说明书药效达最大作用时进行复评，直至转为轻度疼痛或无痛。

7.2.2.1.7 体位护理：患肢保持外展中立位。

7.2.2.1.8 指导患者学会放松技巧，如深呼吸、看电视、听音乐等，分散注意力。

## 7.2.2.2 肿胀护理

7.2.2.2.1 遵医嘱中药涂擦、中药塌渍、中药外敷等治疗（操作方法按附录A）。

7.2.2.2.2 遵医嘱进行红外线治疗改善微循环。

7.2.2.2.3 评估肿胀部位、程度及伴随的症状，观察肢端血运、皮温、肤色及感觉、活动情况。

7.2.2.2.4 抬高患肢略高于心脏水平。

7.2.2.2.5 指导患者进行足趾自主活动及踝泵训练（踝关节背伸、跖屈、环绕运动）、股四头肌舒缩活动。

## 7.2.2.3 功能活动障碍护理

7.2.2.3.1 评估患肢末梢血运、感觉及肢体活动情况。

7.2.2.3.2 改变体位时应保护患肢，应注意骨折处遭受旋转外力的干扰。

## 8 并发症护理

### 8.1 感染

8.1.1 术前3 d指导患者擦身或洗澡，嘱患者如局部皮肤有炎症、破损应治愈后再手术。

8.1.2 配合医生积极查找潜在感染病灶并采取相应的治疗措施。

8.1.3 记录伤口引流量，24 h内引流量少于100 mL时报告医生，医生根据患者引流情况予拔管，留管时间一般在48 h内。

8.1.4 鼓励患者加强营养，纠正贫血。

8.1.5 鼓励患者利用牵引床上的拉手抬起上身和臀部或坐起。

8.1.6 鼓励患者早期进行深呼吸和咳嗽、咳痰训练，每2 h~4 h进行翻身拍背、雾化吸入，宜利用振动排痰机促进排痰。

8.1.7 术前指导患者床上排尿，不常规进行留置导尿，有留置导尿适应证的患者术后尽早拔除导尿管。如出现急性尿潴留，进行间歇性导尿替代留置导尿。尿潴留遵医嘱进行穴位按摩治疗，操作方法按附录A，选取穴位：关元穴、中极穴，腧穴的定位按GB/T 12346确定。

### 8.2 便秘

8.2.1 观察排便次数、形状、排便费力程度及伴随症状。

8.2.2 鼓励患者养成每日清晨定时排便的习惯，克服长时间如厕、排便时过度用力。

8.2.3 指导患者宜多吃增加胃肠蠕动的食物，如黑芝麻、蔬菜、瓜果等。

8.2.4 饮食指导：

——指导患者多饮水，不应食用产气多刺激性的食物，如甜食、豆制品、圆葱等；

——气滞秘患者给予行气导滞食物，如白萝卜、山楂茶、橘子等；

——气虚秘患者给予益气运脾食物，如黄芪、陈皮、党参等煮汤食用；

——热秘患者宜食用白萝卜、蜂蜜汁等清热、润肠、通便食物。

8.2.5 指导患者或家属在餐后1 h按顺时针方向做腹部按摩15 min~30 min。

8.2.6 遵医嘱进行穴位按摩治疗，操作方法按附录A，选取穴位：胃俞、脾俞、内关、足三里、中脘、关元等穴，腹胀者加涌泉，用揉法，腧穴的定位按GB/T 12346确定。

8.2.7 宜选用耳穴压豆进行治疗，选取穴位：大肠、直肠、交感、皮质下、脾、三焦，耳穴的定位按GB/T 13734确定。

8.2.8 热秘者取大黄、芒硝、枳实、厚朴研成细末后，用香油调制后敷贴于神阙穴，腧穴的定位按GB/T 12346确定。

8.2.9 冷秘者取青葱洗净沥干、用葱白，加食盐，置于研钵内捣烂成糊状后敷贴于神阙穴，腧穴的定位按GB/T 12346确定，厚度0.2 cm~0.3 cm，外用医用胶贴包裹，用纱布固定，每日1~2次，每次1

h~2 h。

8.2.10 阳虚秘者取肉蓉或吴茱萸炒热后于腹部进行热熨。

### 8.3 压力性损伤

8.3.1 应常规进行压力性损伤风险评估，并基于结果采取相应的预防措施。

8.3.2 密切监测患者皮肤状况，包括骶骨、健侧大转子、跟骨等骨隆突处皮肤，同时还应关注辅具、器械或设备导致的受压部位皮肤状况。

8.3.3 每2 h进行床上体位变换1次。

8.3.4 对足跟、骶尾部等压力性损伤的高危部位，应给予软垫保护。

8.3.5 定期清理皮肤，使用润肤剂。

8.3.6 用活血化瘀的药（药物、药液）进行湿敷受压部位，根据所选药物评估是否避开破损皮肤。

### 8.4 8.4 静脉血栓栓塞症

常规进行血栓风险评估，并基于结果采取相应的预防措施：

——基础预防：

- 如无禁忌，抬高下肢，使下肢高于心脏水平20 cm~30 cm；
- 指导并督促患者加强股四头肌收缩及踝泵运动每天3~4次，每次20~30组；并进行足趾自主活动、深呼吸、咳嗽等运动；
- 应根据病情恢复情况指导患者尽早下床活动；
- 在满足治疗需求的前提下，应选择外径最小、创伤最小的输液装置；
- 规范置入和维护各类静脉内导管；
- 应避免进行下肢和患肢静脉穿刺。

——物理预防：

- 评估患者有无禁忌证，遵医嘱实施合适的物理预防措施；
- 指导患者如出现肢体疼痛、瘙痒、麻木、发凉、气促、呼吸困难等症状时，应立即告知医护人员；
- 应观察病情变化，如出现肢体疼痛、皮肤颜色变化、皮温凉、足背动脉搏动减弱或消失，以及出现气促、呼吸困难、胸闷、晕厥等症状时，应立即停用，并报告医生进行相应处理；
- 告知患者及家属不应自行移除腿套或随意调节装置。

注：对于患侧肢体不宜应用物理预防者，应在健侧单独实施物理预防措施。

——药物预防：

- 遵医嘱正确给予药物预防措施；
- 给药后及时评估有无出血等不良反应并遵医嘱给予准确处理；
- 应对患者做好下列健康教育：若出现皮肤瘀斑、牙龈出血、鼻出血、尿血、血便或黑便、月经量增多等症状，应及时告知医护人员。

——中医外治：

- 遵医嘱给予消肿止痛药物贴敷肿胀部位；
- 遵医嘱给予艾灸双下肢，穴位可选择涌泉穴、足三里穴、血海穴。

## 9 生活起居调护

### 9.1 生活起居调护

9.1.1 顺应四时，根据气候变化应注意保暖。

9.1.2 鼓励患者进行力所能及的自理活动。

9.1.3 嘱患者改善生活方式，如戒烟、戒酒，遵医嘱控制血糖、血脂等。

9.1.4 指导患者深呼吸和有效咳嗽。

9.1.5 下床活动时指导正确使用助行器或拐杖。

9.1.6 如患者出现引疼痛、活动受限等因素导致失眠，宜遵医嘱进行耳穴压豆治疗，操作方法按附录A，选取穴位如下，耳穴的定位按GB/T 13734确定：

——主穴：神门、皮质下、心、交感、枕；  
 ——配穴：三焦、胃、大肠。

## 9.2 饮食调护

### 9.2.1 血瘀气滞，瘀血内阻证（早期），伤后1~2周内的患者：

——应饮食清淡、易消化，宜食行气止痛、活血化瘀的食品，如白萝卜、山楂、冬瓜排骨汤、丝瓜瘦肉汤等，少食甜食、土豆等胀气食物；  
 ——药膳宜选桃仁粥：桃仁10 g~15 g（捣烂）、粳米50 g，红糖适量，熬粥温热内服，每日2次。

### 9.2.2 营卫不和，筋骨未续证（中期），伤后3~4周内的患者：

——宜食和营通络、接骨续筋的食品，如黑木耳、黑豆骨头汤、牛大力骨头汤、鸡汤、鱼汤等高蛋白食物；  
 ——药膳宜选黑豆猪骨汤：黑豆100 g、猪骨500 g、陈皮1/4个，炖煮1 h以上，汤肉共进，连用2周。

### 9.2.3 气血不足，肝肾亏虚证（骨折后期），受伤4周后的患者：

——宜进滋补肝肾、补益气血的食品，如黄芪、当归泡水茶饮、虾、肉、蛋、牛奶、杜仲山药粥、羊肉汤等，适量地食用杏仁、核桃等坚果类食物；  
 ——药膳宜选杜仲山药粥：鲜山药50 g、杜仲、续断各10 g、粳米50 g，先煎续断，杜仲，去渣取汁，后入粳米及捣碎的山药，共煮为粥，每日1次。

### 9.2.4 病情允许情况下，应指导患者每日饮水1 500 mL~2 500 mL。

## 9.3 情志调理

### 9.3.1 向患者介绍疾病的发生、发展及转归，介绍成功病例，取得患者理解和配合。

### 9.3.2 当患者因疼痛时出现情绪烦躁，宜使用安神静志法。

注：安神静志法指患者闭目静心全身放松，平静呼吸，或听轻音乐，以达到周身气血流通舒畅。

## 9.4 康复指导

### 9.4.1 在医生（或康复师）的指导下，帮助和督促患者康复训练。

### 9.4.2 指导和协助卧床、手术后麻醉消失的患者进行下肢的主动和被动运动，包括足趾自主活动和股四头肌功能锻炼，每天3~4次，每次20~30组。运动频次可根据患者的活动耐受能力适当调整。

### 9.4.3 指导患者行双肘支撑、健足踩床，卧床期间应教患者学习床上抬臀方法。

### 9.4.4 根据病情恢复情况指导患者尽早下床活动，下床行走时，指导患者使用助行器或拐杖练习下床站立、行走，上楼梯时，健肢先行，下楼梯时，患肢先行，待X线检查达骨性愈合后宜弃拐负重行走。

## 10 出院指导

### 10.1 出院前应评估患者需求，并制订个体化、循序渐进的生活、功能康复锻炼指导和多模式的干预措施。

### 10.2 配合医生尽快开展再次骨折风险评估。

### 10.3 对照护者给予疾病相关知识、康复指导、社会支持、心理照护等维度专业支持。

### 10.4 行髋关节置换术后患者，指导患者正确使用双拐或助行器，不应做剧烈的活动，如跑步、打网球等，后侧入路手术患者3个月内应避免下蹲、跪腿、坐矮凳子、盘腿、弯腰拾物、前倾系鞋带、患侧卧位等动作。

### 10.5 如出现患肢肿胀、疼痛、关节活动受限，及时就诊。

### 10.6 指导患者按时服用抗骨质疏松药物、抗凝药物。

### 10.7 出院前对患者进行危险因素评估，包括患者个人因素及居住环境因素。

附录 A  
(资料性)  
中医特色护理技术

A.1 穴位按摩

- A.1.1 取舒适体位, 确定按摩穴位。
- A.1.2 涂抹润滑介质, 用拇指或圆钝的器具着力于体表穴位。
- A.1.3 根据患者的症状、发病部位、年龄及耐受性, 选用患者舒适的手法和刺激强度进行按摩。
- A.1.4 操作时压力、频率、摆动幅度均匀, 动作柔和、持久。
- A.1.5 随时询问患者对手法的反应, 观察施术部位的皮肤情况, 及时调整手法及力度或停止操作。
- A.1.6 每次操作时间10 min~15 min。

A.2 中药烫熨

- A.2.1 药包加热至60 °C~70 °C。
- A.2.2 局部涂凡士林, 用双层包布包裹药包, 在操作者手背上试温。
- A.2.3 将药袋置于患处熨敷, 随时移动药袋, 用力均匀, 来回推熨, 开始时用力轻而速度快, 随着药温降低则用力增加同时速度减慢, 药袋温度过低时则重新加温至合适温度。
- A.2.4 观察患者对热感的反应, 局部皮肤情况, 一旦出现水疱, 应立即停止。
- A.2.5 每次操作时间15 min~30 min。

A.3 中药塌渍

- A.3.1 将加热至38 °C~43 °C的药液(或常温药液)倒入容器内, 将敷料或方纱在药液中浸湿, 用镊子取出, 稍加拧挤至不滴水, 展开敷料或方纱敷于患处, 若患处为四肢远端, 则将四肢远端浸泡于药液中。
- A.3.2 每隔3 min~5 min用镊子夹取纱布浸取药液淋于敷料上, 保持湿润。
- A.3.3 每次操作时间15 min~30 min。

A.4 中药涂擦

- A.4.1 取卧位, 暴露患处, 注意保暖, 必要时用屏风遮挡。
- A.4.2 清洁皮肤, 将配制的药物用棉签均匀地涂于患处。面积较大时, 宜用镊子夹棉球蘸药物涂布, 蘸药干湿度适宜, 涂药厚薄均匀。必要时纱布覆盖, 胶布固定。
- A.4.3 涂药完毕, 协助患者衣着, 安排舒适体位。
- A.4.4 每次操作时间15 min~30 min。

A.5 中药贴敷

- A.5.1 将中药粉放置于清洁容器中, 加入适量水或蜂蜜调成糊状, 放置微波炉中加热。
- A.5.2 取卧位, 暴露患处, 清洁皮肤, 必要时剃除毛发, 范围大于药膏面积。
- A.5.3 根据敷药面积取大小合适的敷贴或玻璃纸, 将膏药用油膏刀或压舌板均匀摊在敷贴或玻璃纸上, 厚薄适中, 以0.2 cm~0.3 cm为宜在四周围上棉花。
- A.5.4 将摊好的膏药放在手背上试温。
- A.5.5 将膏药敷于患处, 用胶布或绷带固定包扎, 松紧适中。
- A.5.6 观察、询问患者局部及全身有无过敏现象, 出现丘疹、水泡、瘙痒或症状加重等现象, 应及时停止敷贴。

A. 5.7 敷贴时间为4 h~6 h。

#### A. 6 耳穴压豆

A. 6.1 将医用胶布剪成0.5 cm×0.5 cm, 逐个取王不留行籽粘在胶布中央。

A. 6.2 用探针在耳穴相应穴位探查反应点, 确定贴压部位。

A. 6.3 找准穴位后, 用镊子夹取贴附药籽的小方块胶布, 先将胶布一角固定在穴位的一边, 然后将药籽对准穴位, 用左手手指均匀按压胶布, 直至平整。

A. 6.4 每次以贴压5~7穴为宜, 轻轻揉按1 min~2 min, 每日按压3~5次, 隔1~3天换1次, 每次取一侧耳穴, 双侧耳穴轮流使用。

A. 6.5 治疗过程中注意观察患者对治疗中使用的胶布有无过敏情况, 询问患者有无不适, 若出现红疹、瘙痒、水疱等现象应暂停使用。

#### A. 7 雷火灸

A. 7.1 点燃雷火条置于恒温雷火灸盒内, 盖好灸盒盖子, 四肢部位用松紧带固定灸盒, 盒子上覆盖上大浴巾; 或点燃雷火条置于雷火灸灸具内, 进行横行灸、斜行灸、雀啄灸、拉辣式灸等手法治疗。

A. 7.2 根据中医辨证、补泻原则及患者的温热感调节雷火条高度与温度。

A. 7.3 补法: 施灸温度低 (灸药火力小), 时间20 min~30 min; 泻法: 雷火灸施灸温度高 (灸药火力大), 时间长超过40 min~60 min。

A. 7.4 施灸过程中询问患者有无热感, 及时调整距离。随时观察局部皮肤、有无汗出、局部皮肤红润情况及病情。

A. 7.5 指导患者施灸后避免吹风, 注意保暖, 适量饮用温水, 4 h内不宜洗澡。

#### A. 8 艾灸

A. 8.1 遵医嘱根据疾病的不同的不同及辩证选取不同部位进行艾灸, 选穴: 足三里穴、阳陵泉穴、委中穴、太冲穴、涌泉穴等。

A. 8.2 艾灸手法: 温和灸、雀啄灸、回旋灸。

A. 8.3 施灸时, 以施灸部位出现红晕为度。

A. 8.4 每次灸20 min, 每日1次。

A. 8.5 进行艾灸时, 应避免烫伤, 对于空腹、过饱、极度疲劳以及对灸法恐惧的患者, 应谨慎施灸。

A. 8.6 施灸后宜卧床休息5~10 min, 不宜立即进行剧烈运动。

A. 8.7 指导患者施灸后避免吹风, 注意保暖, 适量饮用温水, 30 min内不宜洗澡。

## 参 考 文 献

- [1] T/CNAS02—2019 便秘的耳穴贴压技术
- [2] T/CNAS 28—2023 成人住院患者静脉血栓栓塞症的预防护理
- [3] ZYYXH/T1.8—2006 中医护理常规技术操作规程(中医骨伤科护理常规)
- [4] 股骨颈骨折中医护理方案(试行)桂中医药医发(2024)16号
- [5] 孙秋华. 中医护理学·5版[M]. 北京:人民卫生出版社, 2022.
- [6] 宋咪, 孔丹, 高远, 等. 中华护理学会骨科护理专业委员会. 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.
- [7] 韩云, 贾飞飞, 鹿青, 等. 老年髋部骨折患者围术期下肢深静脉血栓基础预防专家共识(2024版) [J]. 中华创伤杂志, 2024, 40(9):769-780.
- [8] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司. 老年髋部骨折诊疗与管理指南(2022年版) [J]. 中华创伤骨科杂志, 2023, 25(4):277-283.
- [9] 北京护理学会骨科专业委员会, 中华医学会骨科学分会护理学组, 中华医学会创伤学分会护理学组. 中国老年髋部骨折围手术期护理专家共识(2023) [J]. 中华创伤骨科杂志, 2023, 25(5):369-379.
- [10] 中国民族卫生协会卫生健康技术推广专家委员会. 老年髋部骨折患者围手术期常见问题多学科管理共识[J]. 中国医药指南, 2024, 22(24):1-8.
- [11] 白求恩·骨科加速康复联盟, 白求恩公益基金会创伤骨科专业委员会, 白求恩公益基金会关节外科专业委员会, 中国医疗保健国际交流促进会加速康复外科学分会创伤骨科学组. 骨科手术围手术期禁食禁饮管理指南[J]. 中华创伤骨科杂志, 2019, 21(10):829-834.
- [12] 中华医学会外科学分会外科感染与重症医学学组, 中国医师协会外科医师分会肠瘘外科医师专业委员会. 中国手术部位感染预防指南[J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22(4):301-314.
- [13] 黄沂, 周艳琼. 中医特色护理技术操作规程[M]. 南宁:广西科技出版社, 2023.
- [14] 中华中医药学会. 中医骨伤科临床诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社, 2020.
- [15] 黄桂成, 王拥军. 中医骨伤科学·新世纪第五版[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021.
- [16] 李乐之, 路潜. 外科护理学·7版[M]. 北京:人民卫生出版社, 2021.
- [17] 郭爱敏, 周兰姝, 王艳玲. 成人护理学(上册)·4版[M]. 北京:人民卫生出版社, 2023.
- [18] 国家卫生健康委加速康复外科专家委员会骨科专家组, 中国研究型医院学会骨科加速康复专业委员会, 中国康复技术转化及促进会骨科加速康复专业委员会. 骨科加速康复围手术期疼痛管理专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2022, 15(10):739-745.
- [19] 中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会血栓闭塞性脉管炎专家委员会. 血栓闭塞性脉管炎中西医结合专家共识[J]. 血管与腔内血管外科杂志, 2019, 5(6):471-479.

中华人民共和国团体标准  
股骨颈骨折围手术期中医护理规范  
T/GXAS 1045—2025  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究