

- [5] 于瑞雪.“一病一品”护理在重度颅脑损伤术后昏迷患者中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(11):171-173.
- [6] 郭钰,邵青青,吕砚青.危机管理渗透式无缝一体化急救模式对颅脑外伤患者急救时间、神经功能及生命体征的影响价值[J].山西医药杂志,2022,51(3):357-359.
- [7] 张萍,徐绍红,孙存芹.基于破窗效应的护理干预模式对颅脑外伤术后患者CRBSI发生率的影响[J].中国医药导报,2022,19(23):170-173.
- [8] 李慧娟.风险管理护理在颅脑外伤患者中的应用价值[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(2):121-122.
- [9] 张勤.颅脑外伤急诊抢救护理过程中应用系统监测的效果及对并发症发生率的影响[J].吉林医学,2022,43(1):254-257.
- [10] 钱玲英,鲁佗,范弘嘉,等.医护同步责任制护理管理在急诊颅脑外伤患者中的应用效果[J].齐鲁护理杂志,2022,28(20):54-57.

收稿日期:2024-04-10

责任编辑:雷长国

# 针对性手术室护理在人工全髋关节置换术中的应用价值及并发症发生率分析

朱桂姬

(福建医科大学附属三明市第一医院,福建 三明 365000)

**【摘要】目的:**探讨在人工全髋关节置换术患者围手术期手术室护理中选择针对性护理对术后并发症的影响。**方法:**将进行人工全髋关节置换术的223例髋部骨折患者采用随机数字表法分成两组;对照组103例在手术室护理中选择常规护理模式,研究组120例则选择针对性护理模式;比较两组患者的术后疼痛、并发症、恢复时间、心理状态及生活质量评分。**结果:**研究组术后第1、2、3d疼痛评分低( $P < 0.05$ );术后,与对照组比较,研究组并发症发生率低,首次离床活动时间、住院时间短( $P < 0.05$ );护理后,与对照组比较,研究组的焦虑、抑郁评分低,生活质量四个维度的评分高( $P < 0.05$ )。**结论:**在髋部骨折患者人工全髋关节置换术围手术期应用针对性手术室护理可取得良好的干预效果。

**【关键词】**髋部骨折;人工全髋关节置换术;针对性护理;手术室护理

**【中图分类号】**R472.3 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-4983(2025)02-0221-03

髋部骨折是临床上常见的骨折类型,主要是由于外部高能量应力作用导致髋部骨骼发生创伤性骨折,在骨折发生后,患者患侧下肢功能会出现明显障碍,下肢活动受到限制,给其日常生活带来极大的不便,致使其生活质量水平下降<sup>[1]</sup>。人工全髋关节置换术是临床治疗髋部骨折的主要术式,但处于围手术期,患多面临心理状态不良、术后疼痛以及术后并发症等多类护理问题,对术后康复不利,所以需强化对患者实施针对性、全面性的护理干预<sup>[1-3]</sup>。而针对性手术室护理为一种融入针对性护理理念的手术室护理模式,通过针对护理风险进行干预,使护理措施的针对性增强。目前,该护理模式在人工全髋关节置换术患者围手术期的应用报道较少,为明确其应用价值,本研究就此展开探讨。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究选取福建医科大学附属三明市第一医院2022年6月至2023年6月期间接受人工全髋关节置换术的223例髋部骨折患者为对象,患者采用随机数字表法分组。对照组(103例)包含男性53例、女性50例;年龄范围在41岁到79岁,平均(62.35±7.02)岁;骨

折类型为股骨颈骨折61例、股骨粗隆间骨折42例。研究组(120例)包含男性63例、女性57例;年龄范围在40岁到78岁,平均(62.04±7.19)岁;骨折类型为股骨颈骨折69例、股骨粗隆间骨折51例。两组患者上述基本资料经统计无显著差异( $P > 0.05$ )。本研究已通过伦理委员会审核批准,患者知情并同意参与。

**纳入标准:**确诊髋部骨折,需接受人工全髋关节置换术,患者为成年人(≥18岁),术前意识清醒。排除标准:心脑血管病变、凝血功能异常、颅脑外伤、精神或认知障碍、恶性肿瘤、其他部位骨折。

**1.2 方法** 对照组常规护理。术前,手术室护士访视患者,解释髋部骨折和手术知识,指出术前注意事项。在术中,对患者体位进行指导,以自觉舒适的仰卧体位为宜,在患者局部突起皮肤与床面接触位置垫好软垫,并严密监测生命体征,积极配合手术主刀医师的操作,及时递送手术器械。术后监测患者生命体征,意识恢复后说明注意事项。并将患者送至骨外科病房,与病房护士做好交接。

研究组实施针对性手术室护理。组建针对性手术室

护理小组，在小组内对于髌部骨折患者围手术期的护理问题进行分析 and 讨论，制定针对性手术室护理方案，护理方案包括常规护理措施及以下护理措施：(1) 术前心理护理。在术前，手术室护士下到患者病房对其进行访视，展示手术后髌部骨折成功愈合的案例，激励患者建立治疗信心，并鼓励患者表达感受。分析患者心理状态，判断是否有不良情绪，然后进行相应的心理安抚。帮助患者疏导不良情绪。(2) 术中体温护理。在患者入室前1h，对手术室内温度进行调整，设置温度为26~28℃，提前准备好手术室；患者入室之后，把空调的温度控制在22℃，维持处于恒温方式；对手术位置进行全面的消毒处理，因为碘伏蒸发的过程中将会带走一定的热量，需要对患者皮肤组织保暖，可适宜的对碘伏加温处理。在手术过程中输注液体亦或是运用冲洗液之前，完成液体加温处理，将液体的温度控制在37℃，有效的规避液体温度降低，导致体温受影响。在手术中，全程运用毛毯将患者的肢体覆盖，同时全程完成监测体温方式，例如若是体温指标异常性的降低，需要运用加温毯开展温控。(3) 术后疼痛护理。在手术之后麻醉苏醒观察期，需运用图

文形式为患者进行疼痛健康教育，告知其在麻醉消退之后会有疼痛感，告知患者术后疼痛的原因，镇痛方法，和病房内护士进行对接，告知病房护士强化对患者疼痛评估和管理工作

1.3 观察指标 (1) 疼痛评分。术后第1、2、3 d，使用视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛感，评分范围0~10分，分数高疼痛严重。(2) 心理评分。使用焦虑自评量表和抑郁自评量表进行心理测评，分别评估焦虑和抑郁情绪。量表分数范围为0至100分，50分/53分以上表示存在焦虑/抑郁情绪，分数越高，焦虑/抑郁程度越严重。(3) 生活质量评分。应用WHOQOL-BREF量表分析，单项分数0~100分，分数越高生活质量好。

1.4 统计学方法 对研究数据运用统计学软件SPSS21.0处理。计数资料以[n(%)]形式描述，选择χ<sup>2</sup>检验；计量资料以(x̄±s)的形式描述，数据呈正态分布，选择t检验。P<0.05时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后疼痛评分情况 研究组术后第1、2、3 d 疼痛评分低(P<0.05)。见表1。

表1 两组术后疼痛评分对比(x̄±s, 分)

组别	术后第1 d	术后第2 d	术后第3 d
对照组	6.32 ± 1.27	5.74 ± 1.15	4.95 ± 1.08
研究组	4.46 ± 0.81*	3.85 ± 0.76*	3.37 ± 0.62*

注：与对照组对比，\*P<0.05。

2.2 术后并发症发生率情况 表2统计结果表明：研究组患者的术后并发症总发生率显著低于对照组(P<0.05)。

后首次离床活动时间、住院时间短(P<0.05)。

2.4 心理评分 护理后，研究组焦虑评分、抑郁评分低于对照组(P<0.05)。见表4。

2.3 术后恢复时间情况 表3统计结果表明：研究组术

表2 两组术后并发症发生率对比[n(%)]

组别	切口渗液	切口感染	低体温	总发生率
对照组	4 (3.88)	2 (1.94)	1 (0.97)	7 (6.80)
研究组	1 (0.83)	0 (0)	0 (0)	1 (0.83)*

注：与对照组对比，\*P<0.05。

表3 两组术后恢复时间对比(x̄±s)

组别	首次离床活动时间/h	住院时间/d
对照组	15.78 ± 1.43	5.04 ± 0.92
研究组	14.10 ± 1.17*	3.95 ± 0.84*

注：与对照组对比，\*P<0.05。

表4 两组心理评分对比(x̄±s, 分)

组别	时间	焦虑评分	抑郁评分
对照组	护理前	53.79 ± 3.62	55.91 ± 3.50
	护理后	44.21 ± 2.89#	47.02 ± 2.93#
研究组	护理前	53.60 ± 3.79	55.74 ± 3.68
	护理后	40.63 ± 2.67##	43.89 ± 2.56##

注：与护理前对比，#P<0.05；与对照组对比，\*P<0.05。

2.5 生活质量评分情况 表5 统计结果表明: 护理后, 两组患者在生活质量评价的4个维度上的评分显著高于

护理前 ( $P < 0.05$ ); 组间比较, 研究组高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表5 两组生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	生理	心理	环境	社交
对照组	护理前	74.21 ± 5.30	73.64 ± 5.27	74.52 ± 5.19	74.39 ± 5.02
	护理后	82.93 ± 6.85 <sup>#</sup>	82.40 ± 6.13 <sup>#</sup>	83.27 ± 6.30 <sup>#</sup>	83.14 ± 6.54 <sup>#</sup>
研究组	护理前	74.68 ± 5.12	73.91 ± 5.19	74.80 ± 5.24	74.75 ± 5.08
	护理后	89.75 ± 6.48 <sup>#*</sup>	89.07 ± 6.02 <sup>#*</sup>	90.14 ± 6.15 <sup>#*</sup>	89.96 ± 6.27 <sup>#*</sup>

注: 与护理前对比,<sup>#</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组对比,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

髋部骨折是指发生在髋部的骨折, 如股骨颈骨折、股骨粗隆间骨折等, 患者髋关节活动度受到骨折影响而出现活动范围缩小情况, 并伴有髋关节肿痛, 严重危害患者身心健康。髋部骨折在临床治疗时主要采取手术治疗, 人工全髋关节置换术作为常用术式, 通过采用人工髋关节替代原本损坏的髋关节, 能够使骨折愈合, 使髋关节功能逐渐恢复<sup>[4-5]</sup>。

然而, 髋部骨折患者受到病情的影响, 躯体不适感明显, 加上对人工全髋关节置换术的了解欠缺, 在手术治疗期间易产生负面情绪, 对其手术治疗效果产生不良影响<sup>[6]</sup>。并且, 由于髋部骨折发生后, 患者骨折部位出现较多失血, 术后可能发生切口渗液等并发症, 伴有明显不适感, 影响其生活质量, 需在围手术期采取对应性护理<sup>[7]</sup>。

传统围手术期护理, 一般对患者实施常规护理干预, 例如健康宣教、监测生命体征, 存在的相关问题给予其针对性的护理, 但是护理效果并不理想。近年来, 针对性护理在临床中的应用越来越频繁, 在手术室护理中融入针对性护理理念, 形成了针对性手术室护理模式, 该模式识别护理风险, 总结患者常见问题, 并制定针对性强的护理方案, 弥补了常规护理的不足<sup>[8]</sup>。

本研究中, 研究组患者术后的首次离床活动时间、住院时间比对照组短, 术后疼痛评分、并发症总发生率比对照组低 ( $P < 0.05$ ); 护理后, 研究组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组, 而生活质量四个维度的评分高于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明针对性手术室护理措施在人工全髋关节置换术围手术期应用具有良好的护理效果, 可减轻髋部骨折患者术后的疼痛感, 降低术后并发症风险有助于患者快速康复并改善其心理和生活质量。这归功于针对性手术室护理关注围手术期心理问题、术中低

体温和术后疼痛等对护理内容适当的补充。以尽可能满足患者的护理需求, 妥善规避护理风险因素。

综上, 在髋部骨折患者进行全髋关节置换术的围手术期, 实施针对性手术室护理有助于减轻术后疼痛, 降低并发症风险, 加速康复, 并改善患者心理状态, 提高生活质量。

### 参考文献

- [1] 袁亚萍, 吴晓妹, 刘晓丽, 等. 基于加速康复外科理念的临床护理路径对全髋关节置换患者术后恢复的影响[J]. 临床与病理杂志, 2023, 43(3): 571-579.
- [2] 李佳, 黄菊. 基于 HAPA 模型的菜单式护理在老年全髋关节置换术患者中的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(4): 570-574.
- [3] 王淑华, 薛玉梅, 刘洋. 手术室规范化护理在人工全髋关节置换术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(10): 147-149.
- [4] 殷婷, 包磊, 徐志鹏. 临床护理路径在人工全髋关节置换术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(22): 4-6.
- [5] 车琦, 李慧芳, 陈伟伟, 等. 精细化护理管理对老年全髋关节置换术后的康复效果分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(11): 1511-1514.
- [6] 汪英, 丁兰兰, 康京华, 等. 基于快速康复外科理念的协同护理在全髋关节置换术患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(19): 3561-3563.
- [7] 何秀珠, 卢梦丹, 邹碧玲. 老年髋部骨折患者行全髋关节置换术后并发 DVT 的危险因素及护理对策[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(12): 136-138.
- [8] 刘敏, 杜阳. 针对性手术室护理在人工全髋关节置换术中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(17): 163-166.

收稿日期: 2024-08-02

责任编辑: 雷长国

欢迎投稿 欢迎订阅