

基于ERAS理念的围术期整体护理方案在全髋关节置换术患者中的应用研究

陈丽丽 郭晓丽 朱秀静

近年来我国人口老龄化趋势加重,股骨颈骨折、髋关节炎等髋关节疾病发生率逐年升高,对老年人群的身体素质和日常生活造成明显不良影响^[1]。全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)是指借助人工关节假体更换病变损坏髋关节,促进功能恢复^[2]。但THA手术难度较大,对患者造成的创伤较小,并发症发生率也较高,且患者多数为老年群体,机体各项机能明显衰退,这些因素均会影响手术和治疗效果^[3]。加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)相比较于其他传统单一干预方案能够综合多学科技术的优点,给予患者全方位护理干预,以降低手术应激反应,促进患者快速康复,对今后临床干预有一定积极作用^[4]。本次研究探讨基于ERAS理念的围术期整体护理在THA患者中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年1月至2021年12月于温州市中心医院行单侧全髋关节置换术的60例住院患者进行研究,纳入标准包括:①年龄>18岁;②初次THA治疗;③气管插管全身麻醉;④具备正常沟通交流能力;⑤所有研究对象手术操作由同一组医疗团队完成;⑥签署知情同意书。排除标准为:①急诊手术;②发病前合并步行障碍;③既往有严重器官功能障碍;④有精神病史;⑤合并严重并发症或麻醉不良反应;⑥入住ICU;⑦依从性差或主动退出研究。本次研究经医院伦理委员会批准。采用历史对照研究法分组,2021年1月至2021年

12月30例患者为观察组,选取2020年1月至2020年12月30例患者为对照组。观察组中男性19例、女性11例;年龄56~74岁,平均年龄为(63.96±15.08)岁;疾病类型:骨性关节炎14例、股骨头坏死10例、股骨颈骨折6例。对照组中男性17例、女性13例,年龄58~72岁,平均年龄为(65.27±14.24)岁,疾病类型:骨性关节炎12例、股骨头坏死11例、股骨颈骨折7例。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组为常规围术期护理。观察组为基于ERAS理念的围术期整体护理干预。①术前:综合评估患者的身心状况,遵医嘱给予营养支持和抗血栓药物治疗并控制血糖;指导患者正确使用助行器,穿合适的弹力丝袜;提供个性化心理咨询以缓解紧张和焦虑;以口头、视频、手册等多种形式介绍围手术期治疗护理方案;无胃肠运动障碍或肠梗阻的患者术前10 h口服12.5%碳水化合物饮料800 ml,术前2 h口服350 ml;麻醉前6 h禁食蛋白液体,麻醉前4 h禁食碳水化合物,麻醉前2 h禁食透明液体;术前将室温预热至21℃~25℃,用液体温度计将输入的液体及血液制品加热至37℃;②术中:将关节腔冲洗液加热至38℃~40℃;保持中心体温不低于36℃;采用符合患者需要的输注方法,借助容量监测指标控制补液量;③术后:尽早拔除导管,确保留置时间≤24 h;加强术后疼痛教育,以预防性镇痛与多模式个体化镇痛相结合方式展开,优先口服非甾体类抗炎药,减少阿片类镇痛药的使用,达到数字评定量表≤3分的管理目标。制定术后康复运动计划并由责任护士协助、监督完成,包括术后仰卧下肢外展、弯曲髋关节和膝关节、扩胸运动、弯曲背部和脚踝、髋关节矫直/屈曲/外展练习、步行、站立等,活动期间密切监测患者生命体征

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.010.026

基金项目:2021年温州市基础性科研项目经费自筹立项(Y20211150)

作者单位:325000 浙江温州,温州市中心医院麻醉手术科

及耐受性,若有不适,应立即卧床休息。

1.3 观察指标 比较两组患者的手术时间、术中出血量、下床活动时间、住院时间、拆线时间,术前、术后3 d、1个月、3个月髋关节功能评分,术后12 h、24 h、72 h的视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS),术后1周、2周、4周的日常生活活动能力(activity of daily living, ADL)评分及不良反应发生率。

表1 两组患者围手术期指标比较

组别	手术时间/min	术中出血量/ml	下床活动时间/d	住院时间/d	拆线时间/d
观察组	53.02±9.14*	181.72±37.43*	1.18±0.32*	9.61±1.88*	15.98±0.88
对照组	68.91±9.21	364.96±54.62	2.87±0.57	13.14±2.19	15.90±0.91

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,观察组患者手术时间、下床活动时间和住院时间均短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=6.71、14.16、6.70、15.16, P 均 < 0.05),两组拆线时间比较,差异无统计学意义($t=0.35$, $P > 0.05$)。

2.2 两组患者髋关节功能评分比较见表2

表2 两组患者髋关节功能评分比较/分

组别	术前	术后3 d	术后1个月	术后3个月
观察组	40.22±4.48	50.96±5.32*	79.73±5.92*	89.94±3.27*
对照组	40.29±4.50	42.72±5.64	68.05±5.38	78.71±3.79

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组术前髋关节功能评分比较,差异无统计学意义($t=0.84$, $P > 0.05$)。术后3 d、术后1个月和术后3个月,观察组患者髋关节功能评分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.82、8.00、12.29, P 均 < 0.05)。

2.3 两组患者术后VAS评分比较见表3

由表3可见,术后观察组患者12 h、24 h及72 h

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料以例(%)表示,比较采用Fisher检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期指标比较见表1

VAS评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=13.47、5.91、9.00, P 均 < 0.05)。

表3 两组患者术后VAS评分比较/分

组别	术后12 h	术后24 h	术后72 h
观察组	2.46±0.58*	1.84±0.61*	1.02±0.60*
对照组	4.53±0.61	3.36±1.27	2.39±0.58

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者术后ADL评分比较见表4

表4 两组患者术后ADL评分比较/分

组别	术后1周	术后2周	术后4周
观察组	23.79±3.05*	46.58±3.05*	84.49±5.14*
对照组	12.51±2.37	34.17±4.78	57.88±9.85

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,观察组患者1周、2周及4周时ADL评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=16.00、11.99、13.12, P 均 < 0.05)。

2.5 两组患者并发症发生率比较见表5

表5 两组患者并发症发生率比较/例(%)

组别	n	肺部感染	假体周围感染	下肢深静脉血栓	泌尿系感染	尿储留	压力性损伤	并发症发生率
观察组	30	0	0	0	0	0	0	0*
对照组	30	2(6.67)	0	0	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	6(20.00)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表5可见,观察组患者的总并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

THA手术近年来逐渐成熟,已经成为临床治疗髋关节疾病的最有效手术之一,我国每年近40万患

者接受THA,且以30%的速度逐年升高^[5]。考虑THA患者常伴随机体功能降低、脏器功能受损、情绪悲观等情绪,加之手术创伤较大,术后各类并发症频发,手术疗效受到影响,影响术后康复,增加医疗资源浪费^[6]。因此,优化THA围手术期管理措施,

对于促进患者康复,减少医疗资源浪费有重要意义。

大量临床实践证明ERAS模式安全可行^[7]。本次研究结果显示,采取基于ERAS理念的围术期整体护理方案患者术后手术时间、术中出血量、下床活动时间及住院时间、Harris髋关节功能评分、VAS评分、ADL评分等均明显优于给予常规护理患者,且术后并发症发生率较低(P 均 <0.05),可见基于ERAS理念的围术期整体护理方案能够加快患者康复,提高THA的手术效果。分析原因,与常规护理干预措施比较,ERAS模式强调以患者为中心,术前心理干预可以纠正患者对疾病及手术的不良认知,提高患者的配合度。术前给予营养支持和抗血栓药物治疗并控制血糖,能够有效降低术后胰岛素抵抗发生率,术前无胃肠运动障碍或肠梗阻的患者定点间隔口服碳水化合物饮料可避免机体热量及蛋白质丢失,维持血容量,增强活动耐力,减轻应激反应^[8]。采取手术室保暖措施,提前加热输注液体及关节腔冲洗液,能有效避免低体温诱发的应激反应,提高机体免疫功能,降低感染,保护机体凝血机制^[9]。术后早期拔除尿管,可以降低术后泌尿系统感染率,且有利于早期开展康复训练^[10]。术后充分镇痛也是ERAS模式的重要环节,改善患者疼痛,缓解应激反应,能够提高患者术后功能锻炼的参与度。术后尽早开展功能训练,能够预防关节粘连与挛缩,提高髋关节活动范围。

综上所述,基于ERAS理念的围术期整体护理方案能够显著加快患者康复,改善全髋关节置换术的手术效果。但本次研究也存在部分局限性,本次研究的样本量较少,且术后随访时间较短,缺乏对

远期疗效的随访,今后仍需进一步探究。

参考文献

- 1 王明友,王洪平,兰玉平.快速康复结合人工膝关节置换术治疗高龄股骨转子间骨折疗效的Meta分析[J].海南医学,2021,32(6):794-801.
- 2 王勇军,阎伟,郑志永.全髋关节置换术后股骨假体周围骨折2例[J].临床骨科杂志,2022,25(6):841.
- 3 吴琪,赵建宁.全髋关节置换术后假体周围组织的病理生理[J].生物骨科材料与临床研究,2022,19(3):72-76.
- 4 肖蒙,周学颖,邹小丽,等.专科护理质量评价指标在老年髋关节置换病人围术期护理管理中的应用效果[J].护理研究,2022,36(15):2817-2820.
- 5 朱成鑫,徐靖泽,邵松.直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术的早期疗效比较及术后持续疼痛危险因素分析[J].蚌埠医学院学报,2022,47(10):1388-1393.
- 6 Sepehri A, Howard LC, Neufeld ME, et al. Compartment syndrome after hip and knee arthroplasty[J]. Orthop Clin North Am, 2022, 53(1):25-32.
- 7 兰文霞,李耀平,吴丽娟.基于多学科协作的快速康复外科护理模式在结直肠癌患者围手术期管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28(3):370-373.
- 8 何慧斌,张盘德.ERAS对人工髋关节置换术后患者髋关节功能、胃肠功能的影响[J].黑龙江医药,2022,35(1):165-167.
- 9 王章宇,廖军义,程强,等.加速康复下机器人辅助全髋关节置换术与传统全髋关节置换术的早期临床效果比较[J].中华骨与关节外科杂志,2022,15(8):584-590.
- 10 黄笑笑,洪张翔,魏伟瑾.基于ERAS理念的全程综合优质护理对食管癌患者的心理状态及生活质量的影响[J].海南医学,2022,33(6):813-816.

(收稿日期 2023-06-15)

(本文编辑 高金莲)