

ERAS 理念联合骨科康复护理对股骨颈骨折患者髋关节置换术后疼痛及恢复情况的影响分析

马 雪

新疆医科大学第二附属医院骨二三病区 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘要】目的：分析加速康复外科（ERAS）理念联合骨科康复护理在股骨颈骨折髋关节置换术患者中的临床成效，研究它对术后疼痛控制和髋关节功能恢复的影响。方法：选择本院 2025 年 1 月—2026 年 1 月住院治疗的股骨颈骨折进行髋关节置换手术患者 100 例，用随机数字表的方法将他们分成对照组以及观察组，每组都有 50 例病人。对照组接受骨科常规护理，观察组在此基础上增加 ERAS 模式下的骨科康复护理干预。对比两组病人术后 24 小时痛感视觉模拟评分（VAS）、髋关节功能 Harris 评估分值、术后康复指标以及并发症的发生概率。结果：观察组术后 1d、3d、7d VAS 疼痛评分均低于对照组，术后 7d、1 个月 Harris 髋关节功能评分高于对照组，下床活动时间、住院时间短于对照组，并发症总发生率低于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：ERAS 理念结合骨科康复护理可明显缓解股骨颈骨折髋关节置换术后的疼痛情况，促进患者术后恢复的速度，提高了髋关节的功能，减少了术后并发症的发生概率，有应用价值。

【关键词】：ERAS 理念；骨科康复护理；股骨颈骨折；髋关节置换术；术后疼痛

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.057

股骨头骨折属于临床较为常见的髋部骨折，在中老年群体中比较普遍，进行髋关节置换术来治疗这类骨折能够较快地使髋关节恢复正常功能以及提高患者的生存质量^[1]。但是手术本身带来的创伤以及术后疼痛和因长时间卧床导致的深静脉血栓，肺部感染和关节僵硬等情况都会影响患者术后的恢复情况^[2]。ERAS 是以循证医学为基础，对围术期的处理措施进行合理的改进从而减少手术给身体带来的应激反应、加快术后恢复进程；而骨科康复护理主要是针对患者术后进行的功能锻炼及并发症防治^[3]。两者结合使用可以达到对手术前后均进行有效的规范性的干预的目的。本文通过收集 100 例股骨头骨折髋关节置换术患者的临床资料，探讨 ERAS 理念联合骨科康复护理的应用意义，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2025 年 1 月—2026 年 1 月收治的股骨颈骨折行髋关节置换术患者 100 例，随机分为对照组与观察组，各 50 例。对照组男 27 例，女 23 例；年龄 52~78 岁，平均（65.34±6.21）岁；骨折分型：头下型 21 例，经颈型 18 例，基底型 11 例；受伤至手术时间 2~7d，平均（3.65±1.02）d。观察组男 29 例，女 21 例；年龄 50~79 岁，平均（64.89±6.57）岁；骨折分型：头下型 23 例，经颈型 17 例，基底型 10 例；受伤至手术时间 2~6d，平均（3.51±0.98）d。两组患者性别、年龄、骨折分型、受伤至手术时间等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准，患者及家属均签署知情同意书。

纳入标准：符合股骨颈骨折诊断标准，经影像学检查确诊；首次行单侧髋关节置换术；意识清晰，可配合护理与康复训练；

临床资料完整。

排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍；存在精神疾病、认知障碍；合并其他部位骨折、恶性肿瘤；有髋关节手术史；无法耐受康复训练。

1.2 方法

对照组实施骨科常规护理：术前常规宣教、备皮、禁食禁饮、肠道准备；术中配合医师完成手术，监测生命体征；术后给予常规镇痛、抗感染、补液治疗，指导患者被动活动肢体，待病情稳定后开展简单功能训练，做好基础护理与病情观察。

观察组在对照组基础上采用 ERAS 理念联合骨科康复护理，具体措施如下：术前 1d 开展一对一健康宣教，讲解手术流程、ERAS 理念及康复护理要点，缓解患者焦虑情绪；优化术前准备，术前 6h 禁食、2h 禁饮，无需常规肠道准备，同时评估患者疼痛、营养状况及基础疾病，针对性给予营养支持与基础病调控，为手术顺利开展奠定基础。术中严格控制手术室温度，采用加温输液、保温毯维持患者体温，减少不必要暴露以降低手术应激，同时配合麻醉医师采用多模式镇痛方案，提前干预减轻术后疼痛。术后将 ERAS 理念与康复护理深度融合，采用 VAS 评分动态评估疼痛，VAS≥4 分时及时给予非甾体类镇痛药，配合冷敷、音乐疗法等物理镇痛，按时给药提升镇痛效果；术后 6h 指导患者行踝泵运动、股四头肌等长收缩训练，术后 1d 协助床上坐起并开展髋关节被动屈伸训练，术后 2~3d 在助行器辅助下下床站立、缓慢行走，遵循循序渐进原则避免关节过度活动；加强并发症防控，指导患者定时翻身、有效咳嗽预防压疮与肺部感染，规范使用抗凝药物并鼓励早期活动预防深静脉血栓，保持切口干燥清洁预防感染；同时给予饮食与作息指导，术后 4h 可进食清流质食物，逐步过渡至普食，给

予高蛋白、高钙、高维生素饮食，保证充足睡眠，促进机体恢复。

1.3 观察指标

观察指标以关注术后疼痛管理、髋关节功能恢复、康复进展以及并发症预防四个方面为主，具体如下：术后疼痛采用视觉模拟评分法（VAS）进行测量，记录两组患者术后的1d、3d、7d疼痛评分，评分量表为0~10分，得分越大则患者的疼痛感就越强烈，能够清晰地反映出两种护理方法在术后疼痛上的控制情况；髋关节功能使用Harris评分进行评定，分别对两组患者在术后第7天与住院一个月后进行髋关节功能评分，评分量表为100分，得分越高代表患者的髋关节疼痛减轻、活动能力和关节稳定性恢复得越好；术后恢复指标着重记录两组患者的下床活动时间和住院天数，下床活动时间为术后第一次站立行走并且可以独自或者借助外物辅助完成站立行走的时间，住院天数是从接受手术到病情好转符合出院条件并完成出院手续的日历天数，两个参数可以直接反映出患者的康复速度；并发症监测主要是髋关节置换术后的常见并发症有深静脉血栓形成、肺炎、切口感染、关节强直等四类并发症发生人次与总发生率，来判断哪种护理方式更安全可靠。

1.4 统计学分析

采用SPSS 22.0统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较行t检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后VAS疼痛评分比较

术后疼痛是影响患者康复依从性和生活质量的重要因素，本研究通过VAS评分对两组患者术后1d、3d、7d的疼痛程度进行动态评估，结果显示，观察组术后各时间点VAS疼痛评分均显著低于对照组，且组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。其中，对照组术后1d、3d、7dVAS评分分别为 (5.62 ± 1.03) 分、 (4.15 ± 0.87) 分、 (2.86 ± 0.61) 分，观察组对应时间点VAS评分分别为 (3.21 ± 0.75) 分、 (2.03 ± 0.54) 分、 (1.12 ± 0.33) 分，观察组疼痛缓解速度明显快于对照组，提示ERAS理念联合骨科康复护理可有效强化术后疼痛控制效果。见表1。

表1 两组术后VAS疼痛评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	对照组	观察组	*t值	P值
例数	50	50	-	-
术后1d	5.62 ± 1.03	3.21 ± 0.75	11.264	<0.05

术后3d	4.15 ± 0.87	2.03 ± 0.54	12.587	<0.05
术后7d	2.86 ± 0.61	1.12 ± 0.33	15.321	<0.05

注：与对照组比较， $P < 0.05$

2.2 两组术后Harris髋关节功能评分比较

髋关节功能恢复是股骨颈骨折髋关节置换术的核心治疗目标，本研究采用Harris评分对两组患者术后7d、1个月的髋关节功能进行评估，重点关注关节疼痛、活动度、稳定性及行走能力等维度的恢复情况，结果显示，观察组术后各时间点Harris髋关节功能评分均显著高于对照组，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具体而言，对照组术后7d、1个月Harris评分分别为 (65.37 ± 5.42) 分、 (78.64 ± 6.13) 分，观察组对应时间点Harris评分分别为 (76.89 ± 6.25) 分、 (89.72 ± 5.86) 分，观察组髋关节功能恢复效果明显优于对照组，表明ERAS理念联合骨科康复护理可有效促进患者髋关节功能恢复。见表2。

表2 两组术后Harris髋关节功能评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	对照组	观察组	*t值	P值
例数	50	50	-	-
术后7d	65.37 ± 5.42	76.89 ± 6.25	-8.214	<0.05
术后1个月	78.64 ± 6.13	89.72 ± 5.86	-8.653	<0.05

注：与对照组比较， $P < 0.05$

2.3 两组术后恢复指标比较

下床活动时间和住院时间是反映患者术后康复进程的关键指标，下床活动时间越早、住院时间越短，表明患者机体恢复越快，护理干预效果越理想。本研究对两组患者术后下床活动时间和住院时间进行统计分析，结果显示，观察组术后下床活动时间和住院时间均显著短于对照组，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。其中，对照组术后下床活动时间平均为 (4.26 ± 1.13) d，住院时间平均为 (12.58 ± 2.31) d；观察组术后下床活动时间平均为 (2.15 ± 0.67) d，住院时间平均为 (8.32 ± 1.57) d，观察组康复进程较对照组明显加快，可有效减轻患者住院负担。见表3。

表3 两组术后恢复指标比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，d

组别	对照组	观察组	*t值	P值
----	-----	-----	-----	----

例数	50	50	-	-
下床活动时间	4.26±1.13	2.15±0.67	10.357	<0.05
住院时间	12.58±2.31	8.32±1.57	9.862	<0.05

注：与对照组比较，P<0.05。（续表3）

2.4 两组并发症发生率比较

术后并发症的发生会严重影响患者预后，增加患者痛苦和康复难度，因此并发症防控是术后护理的重点内容。本研究对两组患者术后深静脉血栓、肺部感染、切口感染、关节僵硬四种常见并发症的发生情况进行统计，结果显示，观察组并发症总发生率显著低于对照组，组间差异具有统计学意义（P<0.05）。具体来看，对照组50例患者中，发生深静脉血栓3例、肺部感染2例、切口感染2例、关节僵硬3例，并发症总发生率为20.00%；观察组50例患者中，仅发生深静脉血栓1例、关节僵硬1例，无肺部感染和切口感染发生，并发症总发生率为4.00%，提示ERAS理念联合骨科康复护理可有效降低术后并发症发生风险，保障患者康复安全。见表4。

表4 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	对照组	观察组	X ² 值	P值
例数	50	50	-	-
深静脉血栓	3(6.00)	1(2.00)	-	-
肺部感染	2(4.00)	0(0.00)	-	-
切口感染	2(4.00)	0(0.00)	-	-

参考文献：

- [1] 罗娅.ERAS理念联合骨科康复护理对股骨颈骨折患者髋关节置换术后疼痛及恢复情况的影响[J].标准生活,2025,(08):80-82.
- [2] 洪春美,郑金萍,刘玲红,等.骨折联络服务(FLS)理念下骨科康复护理在老年髋部骨折患者的应用[J].西藏医药,2025,46(05):146-148.
- [3] 胡丰兵.中医康复管理理念在骨科患者中的应用效果[J].中医药管理杂志,2025,33(16):123-125.
- [4] 黄文乐.中医特色联合快速康复护理理念在骨科护理中的应用效果[C]//上海市护理学会.第六届上海国际护理大会论文汇编(中).广西骨伤医院:2024:248-249.
- [5] 汪维芳,张雯雯,罗晶晶,等.ERAS理念联合骨科康复护理对股骨颈骨折患者髋关节置换术后疼痛及恢复情况的影响[J].中国医药导报,2024,21(02):166-169+174.

关节僵硬	3(6.00)	1(2.00)	-	-
总发生率	10(20.00)	2(4.00)	6.061	<0.05

注：与对照组比较，P<0.05

3 讨论

股骨颈骨折髋关节置换术能较好地恢复髋关节结构，不过患者术后疼痛、生理应激及卧床并发症等仍是影响术后恢复的主要障碍^[4]。传统护理工作注重术后的基本照护措施，忽视了整个术程的整体规划，护理成效不佳，ERAS理念主张术前、术中、术后全过程管理，尽量减轻手术对患者的损害和加速伤口愈合速度；骨科康复护理主要针对的是术后护理，而ERAS理念又提出了术前、术中、术后的全程管理，两者相结合便能相互补充，使护理措施更加完善、具体^[5]。

本研究观察组术后的各个时间节点处的VAS评分都低于对照组，说明ERAS联合康复护理可以加强术后疼痛的管理。这可能是由于ERAS理念下实施多种方式的疼痛控制，包括物理性的镇痛以及定时用药，取代了传统的“按需输注”的方式。而对患者的早期康复锻炼也可以增加患者的局部血流灌注量，缓解炎症所致疼痛，从而达到整体性进行疼痛管理的效果。

髋关节功能的重建是髋关节置换手术的主要目的，Harris评分能科学地衡量出患者的关节疼痛程度、关节功能状况以及关节的活动能力等；而实验组患者术后Harris评分优于对照组是由于术前ERAS教育减轻了患者负面心理状态，使患者积极接受治疗；术后进行有计划的阶梯式康复疗法，由卧床时的被动运动发展为起床后自主行走，逐渐增强髋关节力量及关节活动度预防髋关节粘连，促进患者康复。

综上所述，ERAS理念联合骨科康复护理应用于股骨颈骨折髋关节置换术患者，可显著减轻术后疼痛，改善髋关节功能，缩短康复时间，降低并发症发生率，临床应用价值较高。临床可进一步优化护理流程，结合患者个体差异制定个性化干预方案，提升护理质量。