基于ERAS理念手术室护理干预在全髋关节置换术患者中的实施效果分析

曾　烨

长沙市第四医院麻醉手术科 湖南 长沙 410203

【摘　要】：目的：分析基于ERAS理念手术室护理干预在全髋关节置换术患者中的实施效果。方法：研究样本选自（2024.9-2026.5）院内收治的全髋关节置换术患者，共98例。以随机数字表法将样本归入两组中，各49例，传统组实行传统护理干预，观察组实行基于ERAS理念手术室护理干预。比较两组的关节功能评分、疼痛评分、术后恢复时间、并发症情况。结果：组间关节功能评分、疼痛评分比较，护理后观察组优于传统组（P＜0.05）。组间术后恢复时间比较，护理后观察组短于传统组（P＜0.05）。组间并发症情况比较，护理后观察组少于传统组（P＜0.05）。结论：全髋关节置换术患者实行基于ERAS理念手术室护理干预，能够改善患者关节功能，减轻疼痛状态，缩短术后恢复时间，降低并发症发生风险。

【关键词】：全髋关节置换术；基于ERAS理念手术室护理干预；并发症情况

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.080

全髋关节置换术是指通过手术方式将病损髋关节替换为人工假体的术式，能够帮助患者减轻髋部疼痛，恢复局部关节功能[1]。但手术具有创伤性，术前禁食禁饮时间较长，会对机体产生一定刺激，影响胃肠功能与术后恢复[2]。为改善以上情况，对患者采取有效护理手段十分关键。传统护理多以护士按标准化流程护理为主，缺少针对性护理措施与应急防控，且多学科协同不足，护理内容覆盖有限，护理效果欠佳[3]。而基于ERAS理念手术室护理干预是一种基于循证医学，以多学科协作为核心的护理模式，主要通过优化围术期各个关键环节来减少应激反应，加快患者术后恢复进程[4]，但其用在全髋关节置换术临床护理的研究有限，在这样背景下，本文对传统护理与基于ERAS理念手术室护理的实施效果进行对照分析，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

时间：2024.9-2026.5，选择此时院内收治的98例全髋关节置换术患者作为研究样本。按随机数字表法分组，传统组（n=49）中男女比例为29：20，年龄51～76（63.79±3.11）岁；疾病患病时长9～39（24.08±2.25）个月；手术部位：左右两侧比例为35：14。观察组传统组（n=49）中男女比例为28：21，年龄51～75（63.14±2.95）岁；疾病患病时长9～38（23.71±1.89）个月；手术部位：左右两侧比例为34：15。比较两组的相关资料，结果无差异性（P＞0.05）。

①纳入标准：经临床综合检查确诊患有髋关节炎、股骨头坏死等疾病；满足全髋关节置换术治疗指征；无意识障碍与精神疾患；患者家属已经签署手术知情同意书；资料核实无缺项。

②排除标准：有凝血功能障碍；有沟通障碍；合并肝功能不全、慢性肾小球肾炎疾病；入组前已参加其他实验研究。

1.2 方法

1.2.1 传统护理干预（传统组）

护士术前热情接待患者，了解患者诉求，以简洁明了的话语传授全髋关节置换术知识与流程，纠正错误认知，增加患者熟悉度；予以患者心理慰藉，辅助完善术前检查，常规禁食8h禁饮6h；术中持续监测患者生命体征，严格遵医嘱输液，并配合医师操作，保障术中安全；术后24h密切观察生命体征变化，做好伤口护理，及时更换敷料，并遵医嘱使用抗凝与镇痛药物，呼吁尽早康复训练，加快术后身心健康恢复。

1.2.2 基于ERAS理念手术室护理干预（观察组）

①术前护理干预：组建ERAS理念手术室护理专项小组，提前进行人员培训，培训内容覆盖全髋关节置换术流程、并发症防护与康复训练等内容，强化组员业务能力；辅助患者完成术前检查，进行多样化宣教，强化患者健康认知，纠正错误观点；予以心理疏导，指导呼吸训练，放松患者身心；禁食6h，术前2h可遵医嘱予以200ml碳水化合物饮料，维持机体能量，之后严格禁食禁饮；指导患者手术体位，提前适应，提高手术耐受性；对疼痛敏感者启动超前镇痛处理，减少后续疼痛现象；讲解常见术后并发症与防护措施，提供弹力袜等用具，指导术后康复训练方式；术前30min遵医嘱予以抗生素药物，完成感染预防工作；术前30min调节手术室温度湿度适宜，打开空气循环系统，维持良好手术室环境。

作者简介：曾烨，女（1995.04.11），汉，湖南人，本科，主管护师。

②术中护理干预：根据患者实际情况决定麻醉方式，优化麻醉管理，配合麻醉医师精准调控用药比例，保障麻醉效果与安全；进行术中全流程体温保护，予以棉被覆盖、预热药液与冲洗液、提供保温毯等处理，控制患者核心体温变化，警惕低体温发生；秉持无菌理念，执行无菌操作，配合医师操作，减少术中牵拉刺激；密切监测生命体征变化，做好记录工作，一旦出现异常立即上报并遵医处置，确保患者安全；于患者骨骼突出处使用减压用品，减轻皮肤受压程度；根据患者情况合理安放引流管，妥善固定并加强监测，确保引流管通畅。

③术后护理干预：持续观察患者面色与生命体征波动，早期发现异常并报告处理；做好管道管理，维持管道通畅，观察引流液颜色，满足拔管指征后尽早拔管，并遵医嘱抗感染用药，做好伤口清洁消毒与换药处理，预防感染发生；评估患者疼痛水平，提供分散注意力、理疗措施、药物等方式，进行分级镇痛处理，提高止痛有效性；提供口香糖，呼吁患者咀嚼，刺激胃肠蠕动，加快术后恢复；术后 6h 可摄入少量温水，无异常现象摄入清淡流质食物，逐渐过渡至半流质食物，最终恢复普食，且注意膳食营养均衡，预防营养不良发生；每 2h 辅助患者变换体位 1 次，合理使用减压垫，降低压疮形成风险；穿戴弹力袜，使用间歇式压力泵处理双下肢，并遵医嘱使用抗凝药物，改善下肢血液循环，预防血栓形成；由康复科人员指导术后分阶段康复训练，术后 4 周内以踝泵训练、臀肌收缩训练等被动活动为主，由康复师辅助患者髋关节被动屈曲，减少关节僵硬与组织粘连情况；呼吁尽早下床活动，加快身体机能恢复；术后 5～8 周以坐位屈髋练习、直腿抬高训练等主动关节训练为主，不断恢复下肢功能；术后 8 周后进行抗阻与轻柔拉伸训练，强化臀部肌肉力量与下肢肌肉力量，加快髋关节功能恢复。

1.3 观察指标

（1）关节功能评分、疼痛评分：采取 Harris 髋关节评分系统在护理前后（3d）对患者关节功能进行评估，量表分段 0～100 分，越高者功能越好；采取视觉模拟评分法在护理前后（3d）对患者的疼痛情况进行评估，分段 0～10 分，越高者越痛。

（2）术后恢复时间：包含术后首次排气时间、术后首次排便时间、术后首次下床活动时间三项内容。

（3）并发症情况：在患者出院前进行并发症发生情况归纳，包括感染、压疮、深静脉血栓、组织粘连四种情况。

1.4 统计学方法

将数据录入计算机内，采取 SPSS26.0 软件处置分析，其中计量数据（关节功能评分等）经由 S-W 检验提示满足正态分布，表示形式与差异性对照验证方案依次为（均数±标准差）与 t 检验；计数数据（并发症情况）的表示形式与差异性对照验证方案依次为（n%）与 X2 检验。两组的一系列数据经比较，P＜0.05 说明数据之间有差异性。

2 结果

2.1 比较关节功能评分、疼痛评分

组间关节功能评分、疼痛评分比较，护理前数据之间无明显差异（P＞0.05）；护理后观察组优于传统组（P＜0.05）。见表 1。

表 1 关节功能评分、疼痛评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别		观察组	传统组	t	P
例数(n)		49	49		
关节功能评分(分)	护理前	52.94±6.09	53.21±6.33	0.215	0.830
	护理后	85.04±3.29	79.38±4.15	7.481	<0.001
疼痛评分(分)	护理前	6.35±1.48	6.22±1.29	0.463	0.644
	护理后	2.78±0.69	3.51±0.74	5.050	<0.001

2.2 比较术后恢复时间

护理后，组间术后恢复时间比较有明显差异性，且观察组短于传统组（P＜0.05）。见表 2。

表 2 术后恢复时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	观察组	传统组	t	P
例数(n)	49	49		
术后首次排气时间(h)	8.35±1.98	10.57±2.11	5.370	<0.001
术后首次排便时间(h)	10.91±2.06	22.09±2.43	24.566	<0.001
术后首次下床活动时间(d)	5.38±0.55	5.40±0.72	0.154	0.877

2.3 比较并发症情况

护理后，组间并发症情况比较有明显差异性，且观察组少于传统组（P＜0.05）。见表 3。

表 3 并发症情况对比（n%）

组别	观察组	传统组	X^2	P
例数(n)	49	49		
感染(%)	1(2.04)	3(6.12)		
压疮(%)	0(0.00)	2(4.08)		
深静脉血栓(%)	0(0.00)	2(4.08)		
组织粘连(%)	1(2.04)	3(6.12)		
总发生率(%)	2(4.08)	10(20.40)	5.017	0.025

3 讨论

全髋关节置换术属于外科常见术式，主要适用于终末期骨关节炎、股骨头坏死等严重髋关节疾病[5]。在围手术期间，患者可因认知低、负面情绪、疼痛等多因素影响手术效果与术后康复质量，因此，对其采取科学护理干预来加强管控具有重要意义。传统护理实施期间，由护士主导为患者提供基础照护，但存在术前准备粗放、个体化适配不足、心理支持与并发症防控薄弱等问题，护理效果不理想[6]。而基于ERAS理念手术室护理干预是一种以现有依据为参考、结合科内与患者实际情况、提供多学科协同护理的干预方式，能够从患者术前、术中、术后全流程进行精准管控，以尽可能减少患者创伤刺激，规避危险因素，防范感染、压疮等并发症发生[7]。

基于以上分析，本文对不同护理干预的效果研究比较，结果提示：观察组护理后的关节功能评分高于传统组，且疼痛评分更低（P＜0.05）。究其原因在于基于ERAS理念手术室护理干预以术前宣教缓解患者未知焦虑，以术中精细化操作降低手术应激损伤，以全程多模式主动镇痛来实现平稳疼痛控制，进而减少患者疼痛现象，同时，也可减少患者因恐惧疼痛产生的抵触情绪，促使患者更好配合康复师指导的早期康复训练，加快髋关节活动度与功能恢复。此研究中，观察组护理后的术后恢复时间短于传统组（P＜0.05）。这一结果的形成原因与基于ERAS理念手术室护理干预术前前置优化（饮食、超前镇痛）、术中精准控制（微创操作、保温与输液管理）、术后多学科综合照护（分阶段训练、多模式镇痛、咀嚼口香糖、做好换药处理）有关，进而减少患者身体负担，缩短整个术后康复进程。另外，研究也表明，观察组护理后的并发症情况少于传统组（P＜0.05）。分析原因：基于ERAS理念手术室护理干预通过术前规范宣教与优化禁食禁饮方案来调整患者身体状态，同时予以抗感染预防，进行术中无菌操作与保暖护理，维持患者良好机体免疫力，降低感染风险；通过分级镇痛与定时翻身，合理使用减压垫，减少皮肤受压程度，预防压疮形成；通过术前启动药物与术后机械联合药物的全周期血栓预防，以此减少下肢血液淤积，降低血栓形成风险；通过术中微创精准操作，减少组织牵拉，术后早期康复介入，避免长期制动，减少组织粘连风险。

综上所述，对全髋关节置换术患者实行基于ERAS理念手术室护理干预的效果较好，能够促进患者关节功能恢复，缓解疼痛现象，加快术后恢复进程，并减少并发症情况产生。

参考文献：

[1] 马兰.全髋关节置换术患者基于ERAS理念手术室护理干预的应用效果[J].新疆医学,2026,56(2)299-303.

[2] 徐琳艳.ERAS理念下的手术室护理在全髋关节置换术中的应用效果及对VAS评分的影响[J].当代医药论丛,2025,23(34)167-170.

[3] 许萍萍.ERAS理念下早期下床活动方案对髋关节置换术康复进程及并发症的影响[J].罕少疾病杂志,2025,32(6)176-178.

[4] 江露,练桂兰,黄伟麟,等.基于ERAS理念的围术期保暖护理对老年全髋关节置换患者的康复效果[J].中国骨科临床与基础研究杂志,2025,15(6)435-441.

[5] 朱伏燕,杨泽燕,彭小丽.ERAS理念下麻醉苏醒期护理对老年髋关节置换术患者认知功能的影响[J].透析与人工器官,2025,36(1)81-83.

[6] 王力,于江秀,陈瑶.以加速康复外科理念为主的手术室护理对全髋关节置换术患者疼痛程度应激反应指标的影响[J].基层医学论坛,2025,29(8)117-120.

[7] 李瑞,党杉.基于ERAS理念的手术室护理模式在全髋关节置换术患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(16)178-181.