

临床护理路径在髋关节置换术中的应用分析

蒙咏梅

桂平市人民医院 广西贵港 545006

【摘要】目的 探讨临床护理路径在髋关节置换术中的应用。**方法** 选择我院 2021 年 2 月-2022 年 2 月行髋关节置换术患者 60 例,分为实验组和对照组,各组 30 例,对照组采用常规护理进行干预,实验组采用临床护理路径护理进行干预,记录对比两组患者护理前后 Harris 评分和 Barthel 评分,以及术后首次下床活动时间和住院时间,住院期间并发症发生情况和护理满意度。**结果** 护理干预后两组患者 Harris 评分和 Barthel 评分均升高,且实验组高于对照组 ($P < 0.05$),实验组首次下床时间和住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$),实验组并发症发生情况 (3.33%) 低于对照组的 (20.00%) ($P < 0.05$),实验组满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 临床护理路径在髋关节置换术中能够提高 Harris 评分和 Barthel 评分,缩短术后恢复时间,减少并发症的发生,提高护理满意度,值得推广。

【关键词】 临床护理路径; 髋关节置换术; Harris 评分; Barthel 评分; 并发症

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 12-138-02

随着社会发展,人们在饮食和生活习惯上的改变,以及生活压力增大,饮食不节制,长时间坐位,髋关节疾病发生率逐渐增高,包括骨质疏松、股骨头坏死、髋关节退行性变等^[1]。临床常采用人工髋关节置换术进行治疗,但是髋关节置换术后会引发伤口感染、静脉血栓等并发症的发生,且不少患者会因手术带来创伤感到恐惧,对其疾病的治疗以及康复产生影响^[2]。科学有效的护理干预措施能够很好地帮助治疗。临床护理路径为医生护士共同协作,给予患者最优的治疗方案以及护理方案^[3]。此次实验探讨临床护理路径在髋关节置换术中的应用,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 2 月-2022 年 2 月收治入院的髋关节置换术患者 60 例,使用随机投掷法将其分为两组,分别为实验组和对照组,各组 30 例,其中实验组男 16 例,女 14 例,年龄 45-85 岁,平均 (63.24 ± 6.38) 岁,股骨颈骨折 13 例,股骨头坏死 17 例。美国麻醉师协会分级 (ASA): I 级 13 例,II 级 14 例,III 级 3 例,体质指数 (BMI) $21.63-26.57 \text{ kg/m}^2$,平均 $(23.96 \pm 2.01) \text{ kg/m}^2$ 。对照组男 13 例,女 17 例,年龄 45-85 岁,平均 (63.41 ± 6.24) 岁,股骨颈骨折 12 例,股骨头坏死 18 例。ASA 分级: I 级 13 例,II 级 13 例,III 级 4 例, BMI 指数: $21.44-25.97 \text{ kg/m}^2$,平均 $(23.87 \pm 2.10) \text{ kg/m}^2$ 。两组患者性别、年龄、ASA 分级以及 BMI 指数均无明显差异 ($P > 0.05$),可以比较。

纳入标准: ①依据《中医骨伤科临床诊疗指南·人工髋关节置换围手术期康复专家共识》^[4] 中标准,符合髋关节置换术患者; ②患者及家属签署知情同意书。

排除标准: ①伴随抑郁症等精神疾病; ②伴随心、脑、肝、肾功能异常; ③伴随其他器质性病变。

1.2 方法

对照组采用常规护理干预,包括术前对患者进行健康宣教,术中生命体征的检测,术后对患者进行用药、饮食以及生活指导,进行体位护理,预防压疮。

实验组采用临床护理路径进行干预,方法为: (1) 建立临床护理路径小组,由接诊护士、责任护士组成,投票选择一位组长进行计划的制定与实施,带领小组完成任务。(2) 设计制作临床护理路径流程图,按照表中内容对患者进行动态、连续的健康指导,制作护理标识,以图片结合文字的方式,

对踝泵运动、屈膝屈髋训练、拐杖以及助行器的使用和方法进行描述,制作成为 $30 \times 40 \text{ cm}$ 护理标识,用透明安全的亚克力板将其固定于病房显眼位置,以提醒患者正确康复方法,提高患者的依从性。(3) 临床护理路径流程。入院当天,对患者进行健康宣教,要使用亲切的语言对新入院患者进行介绍,包括医院环境,主治医师,责任护士,用通俗易懂的语言介绍疾病相关资料和治疗方法,了解并帮助缓解患者的不良情绪大多数患者会因为担心手术会产生后遗症,影响日常生活,从而产生焦虑、恐惧等不良情绪,护理人员应通过分享些临床成功案例,来鼓励患者积极配合治疗,拉近医患关系。术前准备,帮助患者参与各项身体检查,了解患者对手术产生的恐惧紧张等不良情绪,并及时进行开导,对治疗方案、手术过程、术后康复和手术风险等进行详细介绍。用轻松愉悦的话题与患者交流转移患者注意力,缓解患者不良情绪,对病情严重患者可能会有抑郁急躁等情绪,必要时请心理医生给予开导,提高患者配合度。术后回病房,帮助患者进行体位护理,健侧卧位:健侧肢体自然放置,患者头部垫枕,在患者胸前放置软枕,患侧上肢肩关节前屈 90° ,放置于枕上,患侧下肢屈曲 $< 90^\circ$ 向前放置于另一软枕上。仰卧位:在患者肩部、膝关节各放置一个软枕,膝关节屈曲放置于膝部软枕上,防止髋关节屈曲以及外展,以防髋关节假体脱位。以上两种体位需要两小时更换一次,以防压疮。术后 2d 在患者病情稳定的情况下给予康复训练指导,将床头摇高至 $30^\circ-60^\circ$,进行踝泵运动以及股四头肌等长收缩训练。术后 3d 进行仰卧位患肢屈膝屈髋训练,注意避免内收外旋,屈髋 $< 90^\circ$ 。术后 4-7d,评估患者恢复情况,在病情允许时协助指导患者下床站立,先由患侧不负重到完全负重,使用助行器辅助行走。出院指导。告知患者避免髋关节屈曲 $> 90^\circ$,不交叉双腿,不坐矮椅子,不盘腿坐,和功能锻炼的重要性,15d 后电话回访,询问康复状况以及相关并发症。

1.3 观察指标

(1) 记录对比两组患者治疗前后 Harris 评分和 Barthel 评分,采用髋关节评分量表 (Harris Hip score, Harris) 对患者髋关节功能进行评价,采用 Barthel 指数评定量表,对日常生活活动进行评定,根据量表评分确定患者自理能力。

(2) 记录对比两组患者术后首次下床活动时间以及住院时间

(3) 记录对比两组患者护理过程中出现的并发症发生情况,包括下肢深静脉血栓形成、髋关节脱位、压疮以及伤口感染。

(3) 采用我院自行设计的满意度调查问卷, 对护理满意度进行评价。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 SPSS20.1 进行计算与分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验法比较; 计数资料以 n (%) 表示,

表 1: 两组 Harris 和 Barthel 评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	Harris 评分		Barthel 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=30)	59.24±6.29	86.87±7.39*	43.86±4.69	85.96±7.36*
对照组 (n=30)	58.98±6.74	79.68±6.86*	43.77±4.87	77.39±7.21*
t	0.154	3.906	0.073	4.556
P	0.878	< 0.001	0.942	< 0.001

注: * 表示与同组治疗前对比, $P < 0.05$ 。

2.2 首次下床活动时间和住院时间

实验组首次下床活动时间和住院时间少于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 并发症

实验组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组并发症发生率对比 [n (%)]

组别	深静脉血栓形成	髌关节脱位	压疮	伤口感染	发生率
实验组 (n=30)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
对照组 (n=30)	1 (3.33)	2 (6.67)	2 (6.67)	1 (3.33)	6 (20.00)
χ^2					4.581
P					0.032

2.4 满意度

实验组满意度高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4: 两组满意度对比 [n (%)]

组别	非常满意	满意	不满意	满意率
实验组 (n=30)	12 (40.00)	18 (60.00)	0 (0.00)	30 (100.00)
对照组 (n=30)	11 (36.67)	15 (50.00)	4 (13.33)	26 (86.67)
χ^2				4.286
P				0.038

3 讨论

髌关节疾病可由外界暴力引起的股骨颈骨折, 如交通事故以及高处坠落等。由非创伤性因素, 包括激素类药物引起的股骨头坏死, 具体发病机制尚未明确; 长期饮酒也是造成股骨头坏死的因素之一; 深海潜水员和飞行员等因职业原因发生“减压病”, 其易引发股骨头坏死; 镰状细胞贫血、系统性红斑狼疮等慢性病易引发股骨头坏死。临床上常采用髌关节置换术来治疗股骨颈骨折、股骨头坏死等疾病, 手术具有一定风险, 且术后并发症较多^[5]。常规护理干预能够预防部分并发症, 但是缺乏针对性, 以及科室内工作人员专业水平具有一定差异, 无法明显提高其护理质量^[6]。临床护理路径护理方式以患者为中心, 细化临床内容, 组织护理人员有计划、有纪律、有预见性的进行护理工作, 能够明显提升护理效果^[7]。

护理后两组 Harris 评分和 Barthel 评分均升高, 且实验组高于对照组 ($P < 0.05$), 临床护理路径护理, 通过术后全面、有效的制定护理计划。鼓励患者早期进行一定程度的康复训练, 可以帮助患者更快恢复, 同时提高了恢复质量, 从而提高了患者髌关节功能以及日常活动功能。实验组首次下床活时间以及出院时间均少于对照组 ($P < 0.05$), 临床护理路径利用康复标识, 时刻提醒患者康复训练的重要性以及正确方法, 提高患者依从性, 以及明确的术后指导, 包括

使用 χ^2 检验法比较; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Harris 和 Barthel 评分

护理干预后两组患者 Harris 评分和 Barthel 评分均升高, 且实验组高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 2: 两组首次下床时间和住院时间对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	首次下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	30	1.65±0.51	10.82±1.54
对照组	30	2.87±0.68	14.87±1.28
t		7.861	11.078
P		< 0.001	< 0.001

饮食、用药以及康复等, 能够促进患者康复, 减少康复时间。实验组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。通过对患者术后进行良肢位体位护理以及踝泵运动以及股四头肌等长收缩训练, 预防了压疮的发生, 避免了因静脉血流动缓慢以及血液淤积等情况。

综上所述, 临床护理路径在髌关节置换术中能够改善患者髌关节功能, 提高日常生活能力, 减少康复所用时间, 降低并发症的发生情况, 提高护理满意度, 值得临床推广。

参考文献

[1] 马军霞, 牛灵芝. 快速康复护理模式在髌关节置换术中患者的应用效果 [J]. 血栓与止血学, 2022, 28 (2): 335-336.

[2] 何雪莲, 周丽华, 杨蕊. 专业心理护理疏导对髌关节置换术患者康复依从性和康复效果的影响 [J]. 心理月刊, 2020, 15 (22): 130-131.

[3] 陈丹微, 陈香, 陈惠虹. 协同护理在髌关节置换术患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (6): 102-105.

[4] 中华中医药学会骨伤科分会髌关节功能障碍诊疗指南制定工作组. 中医骨伤科临床诊疗指南·人工髌关节置换围手术期康复专家共识 [J]. 康复学报, 2017, 27 (4): 1-6.

[5] 石小军, 赵海燕, 热勒肯·叶尔生, 等. 不同手术入路全髌关节置换术后并发症对比: 单中心大样本回顾性病例对照研究 [J]. 中华骨与关节外科杂志, 2020, 13 (11): 898-904.

[6] 王巧珍, 王繁, 陆汝燕, 等. 个性化居家骨科护理方案对人工髌关节置换术后患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (22): 71-73.

[7] 孙兰, 李长玉, 张蕾. 基于快速康复理念的临床护理路径对髌关节置换术患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (4): 86-89.