

加速康复外科护理在下肢骨折患者术后下肢深静脉血栓护理中的应用效果分析

付荣梅

淄博潍淄医院 山东 255000

〔摘要〕目的：分析针对下肢深静脉血栓患者，应用加速康复外科(ERAS)护理支持对其症候转归中的有效机制。方法：抽取 2023.01-2023.12 于本院行手术治疗的下肢骨折患者 60 例，双色球法分设组别，参比组(常规护理，n=30)，分析组(ERAS 护理，n=30)。比较两组干预效果。结果：分析组干预后下肢症状(皮肤温度、疼痛、肿胀)评分均低于参比组，并且参数差异成立($P < 0.05$)。分析组干预后并发症发生率低于参比组，并且参数差异成立($P < 0.05$)。结论：针对下肢深静脉血栓患者，应用 ERAS 护理支持，一方面可改善其下肢症状，另一方面还可降低其并发症发生率，可推广。

〔关键词〕下肢深静脉血栓；ERAS 护理；下肢症状；并发症；效果

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2025) 04-140-02

下肢骨折为临床常见的 ERAS 护理骨折类型，该病发生后严重影响患者正常工作及生活，及时进行手术治疗可利于症状转归^[1]。但围术期特别是术后的护理支持是较为重要的，从常规干预模式上看，其护理内容过于同质化，难以从整体上提升护理质量，本次干预中则是引入了 ERAS 护理模式支持，旨在加快其术后症状转归时间，最终结果如下：

1 对象与方法

1.1 对象资料

抽取 2023.01-2023.12 于本院行手术治疗的下肢骨折患者 60 例。参比组中男/女=16/14，年龄 32-71 (52.64 ± 4.34) 岁；分析组中男/女=15/15，年龄 31-70 (52.79 ± 4.26) 岁。比较 ($P > 0.05$)。

纳入条件：受试者均经相关检查确诊为下肢骨折者^[2]；均为下肢单一部分骨折者；均对本研究知情同意，并签署相关同意文件者。剔除处于妊娠及哺乳期者；精神障碍及表达障碍者；凝血功能不佳者；未能全程参与本研究者。

1.2 方法

1.2.1 参比组：常规护理

即为常规观察患者生命体征变化，术后嘱患者早期下床活动；查房强化下肢情况观察，并做好对症护理等。

1.2.2 分析组：ERAS 护理

①术前行健康教育，向患者解释深静脉血栓的形成机制，可能并发症及可能的风险因素如肺栓塞等；②术前提前训练：教导患者如何进行有效咳嗽及深呼吸的办法，以有效促进肺部通气，起到减少术后肺部并发症的效果；提前指导其有效咳嗽的方式，以预防患者肺部感染，促进痰液排出。③术后饮食支持：术后对无胃肠道反应者，初期可给予其少量温水口服，观察其耐受情况。可耐受后，则可为其提供半流质、流质食物类型，如米粥、果汁、肉汤等，以便于消化和吸收。④饮食过渡：随着患者胃肠道功能的转归，逐步增加食物种类及质地，直至其恢复至正常饮食状态。若是饮食过程中患者出现恶心呕吐等胃肠道反应时，需暂停进食，并给予护胃及止吐药物，待其症状缓解后再恢复饮食。④术后功能锻炼：术后 1d 开始，由家属或医护人员协助患者进行受伤部位关节的被动屈伸活动，以保持关节活动水平；术后 3-4d 可指导患

者进行踝关节屈伸、髋关节内外旋及足趾屈伸等主动锻炼，以强化机体血液循环及肌肉力量。三点式步行：术后 1 周内应用拐杖进行 3 点式步行，以确保患肢不承受体重，减少下肢静脉压力。术后 2-4 周患者可在家属协助下进行下蹲和踮足尖或起坐等更复杂的功能锻炼，以便进一步提升关节灵活性及肌肉力量水平。

1.3 观察指标

①下肢症状评分：按照 Likert0-4 分评估患者下肢症状，分值越高症状越严重^[3]。②并发症发生情况：记录发生并发症的患者例数，并将结果以百分比形式表达。

1.4 统计学评析

借助 SPSS26.0 软件，计量资料组间比较采用 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 下肢症状评分

表 1，分析组干预后下肢症状(皮肤温度、疼痛、肿胀)评分均低于参比组，并且参数差异成立($P < 0.05$)。

表 1 下肢症状评分 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	例数	肿胀	疼痛	皮肤温度
参比组	30	2.06 ± 1.04	2.47 ± 0.57	2.33 ± 0.61
分析组	30	1.15 ± 0.44	1.12 ± 0.70	1.16 ± 0.34
t		6.776	8.204	10.595
P		0.000	0.000	0.000

2.2 并发症发生情况

表 2，分析组干预后并发症发生率低于参比组，并且参数差异成立($P < 0.05$)。

表 2 并发症发生情况 (n/%)

组别	例数	便秘	严重疼痛	下肢 DVT	总发生率
参比组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.33)
分析组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
χ^2					4.285
P					0.038

3 讨论

本研究结果显示：分析组干预后下肢症状(皮肤温度、(下转第 143 页))

1.3 评价指标

(1) 术后尿管留置时间。尿管留置时间(H) = 实际拔除尿管时间 - 实际导尿的时间。(2) 导尿管重置率: 在拔除尿管后因无法排尿或排尿困难(包括尿频、尿急、尿痛、尿不尽)需重新留置导尿管的例数占对照组或者试验组总例数的比例^[12]。

1.4 统计分析

使用 SPSS26.0 进行统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差进行统计描述, 组间比较采用两独立样本 t 检验进行统计推断; 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。检验以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者干预前后, 留置尿管时长比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者导尿管重置率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者各项评价指标比较

组别	个案数	年龄	留置尿管时长 (h)	导尿管拔除后 再插管 [n(%)]
对照组	60	58.57 ± 10.96	49.58 ± 29.09	2(3.33%)
实验组	60	61.42 ± 10.94	25.80 ± 12.10	1(1.67%)
t/ χ^2 值		-1.13	5.85	72.75
P 值		$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$

3 讨论

本研究旨在通过专业化、系统化的护理方法, 缩短尿管留置时间, 加速快速康复。结果显示试验组患者术后尿管留置时间较对照组缩短 48.0%, 且导尿管重置率未出现统计学差

异。这一结果与 Alvarez-Galovich 等^[3]提出的缩短导尿管留置时间以降低并发症的理念相吻合, 同时验证了 ERAS 指南中 24 小时内拔管的可行性^[4]。

首先, 通过建立结构化术前排尿训练体系(包括量化训练频次、标准化缩肛运动及体位适应性训练), 有效提升了患者膀胱功能储备。这与刘美荣等^[8]提出的术前膀胱训练可改善术后排尿功能的结论一致。其次, 引入《术后尿管拔除评估表》实现了护理评估的标准化, 通过客观指标(如手术时长、麻醉恢复情况、尿潴留风险评分)指导拔管决策, 突破了传统经验式护理的局限性, 与 Johnson 等^[13]倡导的循证护理理念相契合。值得注意的是, 开塞露诱导排尿的创新应用显著降低了重置率, 其作用机制可能通过直肠刺激激活骶髓排尿反射通路, 这与林瑞珍等^[14]的神经反射理论解释相符。在临床安全性方面, 导尿管重置率未显著增加 ($P > 0.05$) 表明早期拔管策略具有可行性。

4 结论

本研究通过以循证为支持的集束化护理干预, 缩短了脊柱骨科患者术后尿管留置时间, 显著优化了脊柱骨科术后导尿管管理质量。该方法具有临床推广价值, 可为 ERAS 理念在骨科护理中的深化应用提供实践参考。

[参考文献]

- [1] 朱施翠, 李玲, 陈霞. 脊柱外科全麻术后患者导尿管拔除时机探讨及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2019(06):118-119.
- [2] 祁金梅, 李伦兰, 张静等. 腰椎内固定术患者拔除尿管后发生尿潴留重置尿管相关影响因素分析[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(18):1704-1707.
- 方药膳, 2022(15): 134.
- [2] 叶艳. 急性心力衰竭的重症护理干预措施探析[J]. 养生保健指南, 2023(18): 184.
- [3] 姜少花, 王丽. 浅析急性心力衰竭的重症护理干预措施[J]. 养生保健指南, 2022(11): 200.
- [4] 杨燕. 急性心力衰竭的重症护理干预措施分析[J]. 智慧健康, 2024, 6(36): 45-46.
- [5] 杨梦, 沈立秋, 黄敏敏. 急性心力衰竭的重症护理干预措施及其效果探究[J]. 饮食保健, 2023(16): 172.
- [6] 郭明莉. 急性心力衰竭的重症护理干预措施探析[J]. 特别健康, 2022(21): 179, 181.

(上接第 139 页)

者进行细致的治疗, 回答患者的问题, 缩短患者与患者的关系, 使患者更好地接受治疗; 平时要细心的照顾患者, 在出院前, 要明确患者的用药方法和注意事项, 还要制定饮食和锻炼计划, 这样才能更好的康复。研究组在常规护理的基础上进行了护理干预, 其抢救成功率、生活质量评分和患者满意度都显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 急性心衰患者应用重症护理干预可提高抢救成功率、提高患者生存质量、提高患者满意度。

[参考文献]

- [1] 岳祖蛟. 急性心力衰竭的重症护理干预措施探析[J]. 东

(上接第 140 页)

疼痛、肿胀) 评分均低于参比组, 且并发症发生率更低, 并且参数差异成立 ($P < 0.05$)。分析原因: 加速康复外科护理的实施通过多学科团队的紧密合作, 针对患者术前、术中和术后的不同阶段, 采取了一系列经过科学验证的措施, 这些措施共同作用于减轻患者的手术应激反应, 降低手术对患者造成的创伤, 并减少术后并发症的发生, 从而加快患者的术后康复速度^[4]。其中术前宣教及训练, 有利于让患者掌握术后正确咳嗽的办法, 减低长期卧床导致的肺部感染; 强化饮食指导支持可早期改善胃肠道功能, 为患者早期机体功能恢复提供支持, 也可为其早期下床活动提供条件, 上述因素综合, 有效促进了患者症状转归^[5]。

综上, 将 ERAS 护理引入到下肢深静脉血栓治疗中, 既可改善其下肢症状, 还可降低其并发症发生率, 应用价值高。

[参考文献]

- [1] 张辉, 张娟. 基于 ERAS 理念的早期离床干预对老年股骨颈骨折患者术后下肢 DVT 风险及生活质量的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(2):228-230.
- [2] 李玉. ERAS 联合舒适护理对老年股骨颈骨折患者生活质量及并发症的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2023, 34(2):202-205.
- [3] 曹梅, 张伟娜, 于子瑞. ERAS 模式对骨折手术患者下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 临床医学工程, 2022, 29(9):1297-1298.
- [4] 何芳琴, 张萍. ERAS 理念下互助模式结合思维导图健康教育模式在儿童下肢骨折术后恢复中的作用[J]. 医学食疗与健康, 2023, 21(25):91-95.
- [5] 陈秀宜. 下肢骨折患者实施基于 ERAS 理念的深静脉血栓形成预防方案的应用效果[J]. 中国伤残医学, 2022, 30(15):27-30.