

(94.01 ± 10.10) 分, 优于对照组的 (83.01 ± 10.10) 分, $P < 0.05$ 。

5.2 2 组病患满意度调查评分比较: 观察组中, 良好沟通的态度、良好操作技巧、健康教育、心理疏导、并发症护理五项评分高于对照组。其中, 对照组良好沟通的态度、良好操作技巧、健康教育、心理疏导、并发症护理分别是 (13.51 ± 1.45) 分、(14.12 ± 0.73) 分、(14.01 ± 1.97) 分、(12.12 ± 0.21) 分、(13.21 ± 0.21) 分。观察组良好沟通的态度、良好操作技巧、健康教育、心理疏导、并发症护理分别是 (17.01 ± 1.31) 分、(17.21 ± 0.72) 分、(18.04 ± 1.11) 分、(18.21 ± 0.31) 分、(17.01 ± 0.21) 分。

5.3 2 组手术的时间、住院的时间对比: 观察组手术的时间、住院的时间优于对照组, $P < 0.05$ 。其中观察组手术时间为 (83.45 ± 11.37) 分钟、住院时间为 (8.41 ± 1.45) 天。对照组手术时间为 (98.21 ± 14.31) 分钟、住院时间为 (10.46 ± 1.78) 天。

5.4 2 组下肢 DVT、褥疮发生率对比: 观察组下肢 DVT、褥疮总的发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。观察组下肢 DVT1 例, 褥疮 1 例, 总发生率为 5%, 而对照组下肢 DVT4 例, 褥疮 5 例, 发生率为 22.50%。

讨 论

股骨粗隆间骨断裂是高龄人群常见的骨断裂损伤类型, 在骨科疾病中, 股骨粗隆间骨断裂发病率较高, 且以高龄人群为主, 可由骨质疏松等因素引起, 对病患日常活动和身心健康造成严重损害, 且易发生并发症^[2]。随着医学的不断发展, 临床治疗方案不断完善, 使高龄人群股骨粗隆间骨断裂病患得到更有效的治疗。此外, 通过改进护理方法可以使治疗方案更加有效。护理是治疗过程中的重要环节, 护理水平的高低在一定程度上影响着治疗效果。股骨粗隆间骨断裂的手术护理要求很高, 为有效减少手术创伤, 改善预后, 有必要选择合适的手术室的护理措施。

目前, 我国人口老龄化非常严重, 且呈增长趋势, 高龄人群股骨粗隆间骨断裂病患的数量也在不断增加。在实际的临床治疗中, 高龄人群多为股骨粗隆间骨断裂, 并伴有多种慢性病。多数的病患会有不良的心理情绪, 因此在高龄人群病患的术后护理中通常效果不是很理想。因此, 要取得良好的治疗效果, 做好高龄人群股骨粗隆间骨断裂病患的手术室的护理显得尤为重要^[3]。手术治疗有助于抑制病情进展, 促进骨断裂创面愈合, 但如果护理不当, 容易引起髓内翻等不良反应, 给病患带来更多痛苦。手术治疗虽然可以最大限度地复位股骨粗隆间骨断裂, 但这是以高龄人群创伤、身体功能相对

较差等因素为基础的。因此, 提高围术期临床护理的水平显得尤为重要, 这有助于最大限度地减少手术对病患的身体损害^[4]。手术室整体护理主要基于系统化、人性化的护理理念, 采用一系列结构化护理服务优化手术室内的护理要点^[5-6]。其中, 术前护理要点有助于做好术前的各项准备工作, 包括检查病患信息、了解病情, 提高手术护理要点的针对性; 心理干预则主要针对高龄人群病患的紧张不安情绪。通过一定的心理咨询有助于缓解病患的负性情绪, 进而提高病患的临床依从性。另一方面, 手术开展途中的护理要点主要针对术中可能发生的风险事件, 通过优化手术开展途中的护理的水平, 最大限度提高病患舒适度, 有利于手术的顺利进行^[7]。术后护理主要着眼于实现护理要点的连续性, 术后护理可以让病患及其家属及时了解手术结果, 减少疑虑, 从而提前为术后康复工作做好准备。手术室的全面护理与传统护理不同, 是在基础护理的前提下, 对病患进行术前心理护理和相关要点指导。术中保证手术室适宜温度, 加强生命体征监测, 有助于病患保持舒适心情完成手术, 提高手术成功率。术后对病患进行并发症护理和饮食指导, 使病患营养充足, 提高抵抗力, 降低并发症发生率。

综上所述, 股骨粗隆手术病患采用手术室的护理可有效加速病患的康复进程, 改善生活质量。

参考文献

- [1] 张佳, 徐志强, 罗啟凡. 下肢体温护理措施对股骨粗隆间骨折 PFNA 内固定者术后 DVT 发生的影响[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(16): 2739 - 2741.
- [2] 李海燕. 循证护理对老年股骨粗隆间骨折患者术后恢复及并发症的影响[J]. 青岛医药卫生, 2020, 52(04): 314 - 316.
- [3] 朱敏英. 对股骨粗隆间骨折患者实施针对性护理干预对缓解其疼痛的效果进行分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(21): 124.
- [4] 韩宝侠, 高卉, 徐炜, 苟小军. 居家骨科护理平台在老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者护理中的应用[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(14): 2007 - 2010.
- [5] 王月馨. 股骨粗隆间骨折患者进行预防压疮护理的效果研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(20): 192 - 193.
- [6] 王燕梅. 康复护理在老年股骨粗隆间骨折内固定术患者中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(20): 64.
- [7] 曾秋春, 王湘勃. 改良股骨近端防旋髓内钉治疗股骨粗隆间骨折 56 例的护理干预[J]. 中国现代医生, 2020, 58(19): 159 - 161.

收稿日期: 2020 - 09 - 07

老年股骨头坏死围术期护理中临床护理路径的应用效果观察

宋晓贤

(辽宁省大连市庄河市中医医院, 辽宁 庄河 116400)

摘要 目的: 观察老年股骨头坏死围术期护理中临床护理路径的应用效果。方法: 我院 2019 年 4 月 - 2020 年 4 月收治的 64 例老年股骨头坏死患者为本次研究对象, 按照围术期护理中是否开展临床护理路径将患者分为对照组 (32 例: 未开展临床护理路径, 而行常规护理) 与观察组 (32 例: 行临床护理路径), 比较 2 组患者护理干预效果。结果: 观察组患者术后 3 天 Harris 评分以及 VAS 量表得分均低于对照组, 数据差异明显 ($P < 0.05$)。观察组患者术后并发症发生率为 3.13%, 低于对照组, 数据差异明显 ($P < 0.05$)。观察组患者术后下床活动时间、平均住院时间比对照组短, 数据差异明显 ($P < 0.05$)。观察组围术期护理满意度为 96.88%, 高于对照组, 数据差异明显 ($P < 0.05$)。结论: 老年股骨头坏死围术期护理中临床护理路径干预效果显著优于常规护理。

关键词 老年股骨头坏死; 围术期护理; 临床护理路径

中图分类号: R 473 文献标识码: B 文章编号: 1673-6567(2022)06-0075-04 DOI 编码: 10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.06.043

股骨头坏死的发生与股骨头外伤、股骨头周围血管损伤、大剂量使用类固醇等因素有关,在上述因素作用下患者股骨头坏死患者局部疼痛明显,且自主活动明显受限。目前手术治疗为常用治疗手段,但是患者术后髋关节功能恢复缓慢,术后护理可直接影响患者预后。流行病学调查显示,股骨头坏死高发群体为 30-50 岁中年人,此外,随着我国社会老龄化程度加深,股骨头坏死发生率逐年攀升^[1]。老年股骨头患者普遍对自身手术流程、注意事项等相关知识缺乏全面了解,此外,担忧手术治疗效果、手术费用,均可在一定程度上增加了老年股骨头坏死患者手术期间生理与心理应激反应,同时,老年股骨头患者围术期相关护理措施繁多,而我国医疗资源有限,护理人员长期处于机械性工作中,护理干预过度或不及均可在一定程度上影响老年股骨头坏死患者术后机体恢复情况。基于有限的医疗卫生资源下如何提升护理质量成为临床护理研究的热点问题。在上世纪 80 年代美国为应对医疗卫生资源有限的局面,开展临床护理路径,临床护理路径与常规护理路径相比,相关护理干预措施的实施以时间为序,以提升临床护理质量,促进患者康复为主要目的。近些年,部分医学研究者提出,对于老年股骨头坏死手术患者围术期开展临床护理路径以促进患者机体康复^[2]。本次研究受此启发,比较我院 2019 年 4 月-2020 年 4 月 64 例老年股骨头坏死开展临床护理路径以及常规护理患者术后关节功能、躯体疼痛、并发症、术后下床活动时间、平均住院时间以及患者护理满意度,具体情况报告如下。

临床资料

1 一般资料:我院 2019 年 4 月-2020 年 4 月收治的 64 例老年股骨头坏死患者按照围术期护理中是否开展临床护理路径将患者分为对照组与观察组。观察组患者中男($n=16$)、女($n=16$),年龄区间为 62-80 岁、平均为(73.52±1.42)岁;病程/平均病程为 1 个月-5 年,平均为(3.02±0.11)年;文化程度:初中、高中、高中以上分别 16 例、11 例、5 例。对照组患者中男($n=17$)、女($n=15$),年龄区间为 64-80 岁、平均为(73.55±1.44)岁;病程/平均病程为 1 个月-5 年,平均为(3.02±0.14)年;文化程度:初中、高中、高中以上分别 16 例、11 例、5 例。2 组患者男女比例、平均年龄、平均病程经统计学验证无差异可对比($P>0.05$)。(1)纳入标准:①参考我国万学红、卢雪峰主编第九版《诊断学》中股骨头坏死临床诊断标准,患者均患侧髋关节疼痛,影像学检查显示股骨头骨质不均匀,股骨头塌陷,结合辅助检查均确诊股骨头坏死;②本次研究经患者及其家属同意且符合医学伦理会批准。(2)排除标准:①排除不耐受手术治疗的患者;②排除非手术行股骨头治疗患者;③排除确诊认知能力以及精神功能异常患者。

2 方法:对照组采用常规护理。(1)术前:护理人员按照手术计划协助患者完成术前准备工作,并在协助患者行术前相关科室完成检查,护理人员在协助患者完成术前检查工作以及术前准备工作的同时与患者及其家属攀谈,大体告知患者及其家属手术流程、相关注意事项并列举既往手术治疗成功案例,从而增加患者及其家属对手术治疗的信心。(2)术中:①患者进入手术室后,护理人员核对患者姓名、性别、年龄、疾病诊断、手术类型等相关资料,在确保患者各项资料与患者手术申请单填写资料一致的情况下,开展相关手术操作。②护理人员协助患者取术中体位,并向患者大体介绍手术室环境以及参与手术医护人员情况,列举手术团队既往成功治愈案例,从而增强患者对手术治疗的信心,条件允许的情况下可播放节奏舒缓的音乐以安抚患者负面情绪,在术中手术医护人员应避免谈论手术相关内容。③护理人员询问患者对手

术室温度、湿度主观感觉,依据患者对手术室温度与湿度的主观感觉适当调整手术室温度与相对湿度,一般情况下,手术室温应控制在 24℃-28℃,相对湿度应控制在 50%-60%。此外,护理人员在术前应用电热毯对手术床进行加热,术中输液、灌注液均在应用前进行加温,在加温至 36℃-38℃后使用。④护理人员术中记录患者体液丢失情况以及依据患者术中体液丢失情况,科学补液,此外,护理人员持续监测患者各项生命体征,配合主治医师手术进展,传递相关手术器械,以提升手术效率,尽快完成术中操作。(3)术后:①护理人员持续监测患者各项生命体征,同时护理人员遵照医嘱落实相关护理工作。②护理人员在患者意识清醒后,如实告知患者手术治疗结果,对患者术中配合给予夸奖,并结合既往术后积极配合相关护理措施,预后良好案例,嘱患者家属遵照医嘱开展相关护理。此外,护理人员为患者及其家属发放健康手册,请患者及其家属观看相关科普视频,在实施健康宣教的过程中,护理人员耐心聆听患者及其家属的倾诉,同时给予患者及其家属相关问题科学解答。③用药护理:对于术后接受药物治疗的患者,护理人员在患者用药前,如实告知相关药物对患者疾病预后的作用以及长期用药可能出现的不良反应,请患者家属在患者用药期间,做好日常监护工作,谨防患者在术后用药出现不良反应。若患者在术后用药出现不良反应,陪护患者家属应及时通知护理人员,医护人员结合患者术后情况落实相关处理。④饮食护理:护理人员结合患者术后机体恢复情况,指导患者术后进餐,若患者术后各项生命体征平稳,则在患者神志恢复后即准许患者少量饮水,待患者排气后准许患者进食软烂、易消化的食物。此外,护理人员应嘱患者术后调整饮食方案,限制患者饮酒量,同时请患者遵循低胆固醇、低脂肪、低蛋白、多纤维食物,保证患者术后排便畅通。⑤康复锻炼:护理人员结合患者术后机体恢复情况,指导患者术后开展运动康复,患者卧床期,护理人员应指导患者家属每隔 3-4 小时按摩患者下肢腓肠肌以促进下肢血液循环,同时,护理人员指导患者家属主动活动双下肢踝关节、膝关节以及上肢关节,以预防下肢静脉血栓形成。此外,在患者各项生命体征平稳的情况下,鼓励患者取坐位,并在拐杖、辅助步行工具的帮助下,患者尝试下床活动,一般情况下,患者先在室内行走,每天 2-3 次,每次持续 10 分钟左右,而后不断延长患者步行距离以及运动锻炼时间,在避免患者过度负重的情况下,护理人员为患者讲解肢体功能锻炼的方法,指导患者患侧肢体功能锻炼,患者适度屈伸、外展、内收髋关节,并根据自身疼痛耐受能力不断扩展髋关节屈伸、外展、内收范围,每天 1-2 次,每次持续运动 10 分钟左右。观察组采用临床护理路径。(1)入院第 1 天,①评估。护理人员收集患者体温、脉搏、血压、心率等生命体征,并结合患者面色、神志、局部疼痛情况、患肢远端血运、患肢感觉与活动情况评估患者病情。②检查。告知患者及其家属相关辅助检查科室位置,嘱患者家属携带患者前往相关科室完成检查。③护理。护理人员结合科室床位情况,妥善安置患者,做自我介绍,并向患者及其家属介绍病区环境,遵照医嘱落实皮肤护理、基础护理或牵引护理,以缓解患者局部疼痛。(2)术前 1 天:①评估。护理人员测量患者血压、脉搏、心率并评估患者局部疼痛情况、患肢血运情况。②检查。抽血配血,并通知血库备血。③护理。在患者卧床休息期间护理人员落实术前健康教育以及心理护理,结合股骨头坏死相关健康宣传资料,向患者科普股骨头坏死拟定手术方案、手术流程、术中注意事项,在开展常规健康教育的同时指导患者行扩胸运动、抬臀训练以及股四头肌收缩、舒张训练,此外,护理人员在开展健康教育的过程中耐心与患者沟通,向患者列举既往手术治疗成功案例,以提升患者对手术治

疗的信心,同时嘱患者术前 10 小时禁食,术前 6 小时禁饮。

(3) 手术当天:①治疗。护理人员测量患者体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,同时询问患者二便、睡眠情况,观察患者术区局部皮肤颜色、患肢远端血运情况,并应用数字模拟 VAS 量表评估患者患肢疼痛程度,遵照医嘱术中用药。②检查。护理人员结合患者手术方案准备相关手术器械,并将手术室温度调整至 24℃ - 28℃,相对湿度在 50% - 60%,预先对手术台进行加热。③护理。患者进入手术室后护理人员核对患者各项资料,依据患者对手术室温度主观感觉,再度调整手术室温度、相对湿度,并协助患者取去枕平卧位,麻醉生效后患肢取外展中立位。术中护理人员在配合主治医师完成术中操作的同时,密切监测患者各项生命体征,同时,观察并记录患者术中出血情况、术中引流管情况、患肢肢体感觉、趾活动情况,在不影响手术操作的同时将患肢适当抬高,以改善患者下肢静脉回流。在完成手术后,护理人员应持续监督患者术后 6 小时,患者去枕取平卧位,术后禁食 6 小时。同时护理人员应叮嘱患者家属术后 24 小时陪床,禁止患者家属双手未经消毒,随意触碰伤口、引流管或患者皮肤。(4) 术后第 1 天:①评估。护理人员测量患者体温、脉搏、心率、血压,并记录患者排尿量,检查患者术肢皮肤与末端血运情况,此外,护理人员应观察患者患肢是否出现足下垂、患肢末端血运情况,并应用数字模拟 VAS 量表评估患者躯体疼痛情况。②活动。患者卧床,但是该时间段护理人员可指导患者行踝关节以及股四头肌舒缩锻炼,锻炼 2 - 3 次,每次锻炼 10 分钟,在静息状态下,患者患肢应借助软枕适当抬高,保证患肢取中立位。此外,通过间歇导尿的方式,训练患者膀胱反射,若患者术后发生尿潴留,护理人员应通过局部热敷以及按摩等方式,以促进患者排尿。③饮食。患者排气后护理人员准许患者进食米粥、米汤等半流食,排便后准许患者进食固态食物,逐渐恢复至普食。(5) 术后第 2 天至出院前 1 天:评估、饮食同前,活动项目中术后第 2 天在患者各项平稳的情况下,护理人员指导患者取半卧位,同时开展股四头肌舒缩训练,并鼓励患者踝关节主动屈伸运动,每次运动 10 分钟,2 - 4 次。术后第 3 天至术后第 4 天拔除患者引流管与尿管,协助患者坐于床边上行膝踝抗阻力运动,每次运动 10 分钟,2 次 - 4 次。术后第 5 天护理人员协助患者床边站起,并尝试试床行走,术后第 6 天至出院前结合患者步行能力,为患者提供步行辅助工具,以逐渐提升患者下肢运动能力。(6) 出院当天:护理人员观察患者手术切口恢复情况、患肢活动情况,为患者发放出院通知单,同时结合患者出院带药,对患者及其家属开展用药指导,告知患者及其家属复诊须知。此外,为患者发放健康宣传手册,请患者出院后在术后 3 - 6 周由不负重,逐渐开展负重步行训练,每天 1 - 2 次,逐渐增加患者步行能力。

3 观察指标:(1) 比较 2 组患者术前、术后 3 天髋关节功能以及躯体疼痛情况,其中 Harris 评分评估患者髋关节功能,该量表包括疼痛(0 - 44 分)、功能(0 - 47 分)、畸形(0 - 4 分)以及关节活动度(0 - 5 分),总分为 100 分,评分越高则表示患者髋关节功能越高,其中 ≥ 90 分为显效,80 - 89 分较好,70 - 79 为尚可, < 70 分差;VAS 量表得分在 0 - 10 分,患者躯体疼痛越严重则患者 VAS 量表得分越高,0 - 3 分为轻度,4 - 6 分为中度,7 - 9 分为重度,10 分为极重度。(2) 比较 2 组患者术后机械性压力损伤、便秘、切口感染等并发症发生情况以及术后下床活动时间、平均住院时间。(3) 2 组患者术后出院时请其对围术期护理满意度进行评价,评分区间在 0 - 10 分,临床护理满意度越高则评分越高,其中临床护理满意度共为十分满意(7 - 10 分)、基本满意(4 - 6 分)以及不满意(0 - 3 分)。

4 统计学处理:应用 SPSS21.0 系统处理结果中变量资料,相关计量数据描述为“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式并用 t 检验,相关计数数据描述为(%)的形式且组间差异分析行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 预示组间资料数据差异明显,统计学意义成立。

5 结果

5.1 2 组患者术前、术后 3 天髋关节功能以及躯体疼痛情况对比:观察组患者术前 Harris 量表得分为(56.67 \pm 2.45)分,对照组患者术前 Harris 量表得分为(56.64 \pm 2.42)分, $t = 2.576$, $P > 0.05$ 。观察组患者术后 3 天 Harris 量表得分为(85.45 \pm 2.06)分,对照组患者术后 3 天 Harris 量表得分为(73.43 \pm 2.04)分, $t = 24.685$, $P < 0.05$ 。观察组患者术前 VAS 量表得分为(7.64 \pm 0.11)分,对照组患者术前 VAS 量表得分为(7.61 \pm 0.12)分, $t = 21.072$, $P > 0.05$ 。观察组患者术后 3 天 VAS 量表得分为(3.23 \pm 0.15)分,对照组患者术后 3 天 VAS 量表得分为(5.43 \pm 0.18)分, $t = 23.518$, $P < 0.05$ 。

5.2 2 组患者术后并发症发生情况对比:观察组患者术后 0 例(0.00%)机械性压力损伤、1 例(3.13%)便秘、0 例切口感染,对照组患者术后 3 例(9.38%)机械性压力损伤、4 例(12.50%)便秘、3 例(9.38%)切口感染,观察组患者术后并发症发生率为 3.13%,比对照组的 31.26% 低, $\chi^2 = 5.32$ 。

5.3 2 组患者术后下床活动时间以及平均住院时间对比:观察组术后下床活动时间为(6.32 \pm 1.25)天,对照组术后下床活动时间为(8.41 \pm 1.23)天,2 组患者术后下床活动时间差异明显($t = 11.254$, $P < 0.05$)。观察组平均住院时间为(12.33 \pm 1.21)天,对照组平均住院时间为(15.45 \pm 1.23)天,2 组患者平均住院时间差异明显($t = 11.254$, $P < 0.05$)。

5.4 2 组患者对围术期护理满意度对比:观察组十分满意 16 例(50.00%)、基本满意 15 例(46.88%)、不满意 1 例(3.12%),对照组十分满意 13 例(40.63%)、基本满意 11 例(34.38%)、不满意 8 例(24.99%);观察组患者对围术期护理满意度为 96.88%,高于对照组的 75.01%, $\chi^2 = 5.709$ 。

讨 论

股骨头坏死的发生与关节脱位、骨骼外伤、类固醇长期使用或系统性疾病有关,在上述因素作用下股骨头血供减少甚至中断,骨细胞及骨髓成分坏死,股骨头结构塌陷,股骨头原理解剖结构的改变可影响股骨头生理特性的正常发挥,严重影响患者下肢运动能力^[3]。股骨头临床治疗包括药物保守治疗以及手术治疗,其中手术治疗是开展髋关节置换术,以改善患者髋关节功能,但是手术治疗与保守治疗相比,属于侵入性治疗手段,该治疗方式实施过程中,患者身心可受到不同程度生理应激反应。股骨头手术患者围术期常规护理以“疾病”为护理,一方面忽视患者及患者家属内心真实诉求,另一方面存在医疗干预过度以及医疗干预不足等问题,进而影响患者手术治疗效果。此外,我国临床卫生资源有限,也是导致医疗护理干预过度或护理干预不足等问题发生的主要原因,上世纪美国也面临类似的问题,上世纪美国医疗卫生机构开始实施临床护理路径^[4]。

临床护理路径与常规护理相比,常规护理实施过程中,护理人员相关护理干预措施的实施,主要依赖于医师医嘱,相关护理干预措施繁复,而护理人员每天处于高负荷工作状态中,机械性工作可致使临床护理差错发生率升高。临床护理路径在疾病治疗基础上重视个体差异,在围术期相关护理内容固定不变的情况下,结合患者围术期不同时间疾病发展阶段,而对每天护理工作重点进行规定,将时间作为相关护理工作实施的依据,从而减少护理差错的发生,同时有利于护理人员全面准确地观察患者病情,有序开展临床护理工作,以从

容、熟练的诊疗护理技能,赢得患者以及患者家属的信任,提升护理质量,缩短患者住院时间^[5]。曾爱莲等临床研究显示,实施了临床护理路径的观察组的患者护理满意度为 94.34%,显著高于未开展临床护理路径的对照组。本次研究与曾爱莲临床研究结果一致,实施临床护理路径的观察组患者对临床护理满意度高,此外,本次研究在既往研究基础上,观察落实 2 种不同护理模式的老年股骨头坏死手术患者术后恢复情况。本次研究结果显示,实施临床护理路径的观察组患者术后护理干预 3 天后 Harris 量表得分为(85.45 ± 2.06)分,显著高于对照组;观察组术后护理干预 3 天 VAS 量表得分为(5.43 ± 0.18)分,并发症发生率为 3.13%;观察组患者术后护理干预 3 天 VAS 量表得分以及并发症发生均低于对照组,观察组患者术后下床活动时间比对照组早,平均住院时间比对照组短。由此可见,老年股骨头坏死围术期患者临床护理路径与常规护理相比,更有利于患者术后机体恢复。

综上所述,老年股骨头坏死围术期临床护理路径有较高

的临床推广价值。

参考文献

- [1] 邹妍,李艺,罗庆芬,等. 临床护理路径在老年股骨头坏死围术期护理中的效果[J]. 中国实用医药,2018,13(27):135-137.
- [2] 李琤,谭彪. 临床护理路径用于老年股骨头坏死围术期护理中的研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(55):252,256.
- [3] 马玉莲. 临床护理路径在老年股骨头坏死围术期中的效果[J]. 养生保健指南,2019,21(28):24.
- [4] 庄金秀,周晶. 临床护理路径在老年股骨头坏死围术期中的效果[J]. 中国医药指南,2020,18(6):248-249.
- [5] 梁玉珍. 临床护理路径在老年股骨头坏死围术期护理中的效果观察[J]. 中国实用医药,2019,14(8):183-184.
- [6] 曾爱莲,曹小娟. 临床护理路径在老年股骨头坏死患者围术期护理中的应用分析[J]. 世界临床医学,2017,11(22):177.

收稿日期:2020-10-22

手术室人性化护理在人工髋关节置换术患者的应用价值

王 翠

(大连大学附属新华医院, 辽宁 大连 116021)

摘要 目的:分析人工髋关节置换术患者干预中手术室人性化护理的作用。方法:本次研究对象为大连大学附属新华医院在 2017 年 2 月-2020 年 3 月收治的人工髋关节置换术患者共 40 例,随机等分为对照组和观察组,每组患者各 20 例,对照组给予常规护理,观察组实施手术室人性化护理,对 2 组患者的护理满意度进行分析。结果:观察组护理满意度为 90%,比对照组的 70% 显著较高, $P > 0.05$ 。观察组患者的手术持续时间和出血量比对照组显著较少, $P < 0.05$ 。结论:在人工髋关节置换术患者的干预中应用手术室人性化护理具有显著的作用,其可以有效地控制患者的手术时间,减少患者的出血量,值得临床推广。

关键词 手术室人性化护理;人工髋关节置换术;满意度

中图分类号:R 473 文献标识码:B 文章编号:1673-6567(2022)06-0078-02 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.06.044

人工全髋节置换术是一种新型的技术,其通常被应用在骨折和肢体功能障碍等患者的治疗干预中,该手术方式干预的时候,主要就是通过利用关节假体来对人体中坏死的组织进行替换,以此来保证坏死组织的正常功能,促进患者关节功能的恢复^[1],让患者提高生活质量。但是在接受置换的患者中,很大一部分患者都是老年人,其在患有肢体功能障碍的同时,还有高血压、糖尿病等合并疾病,不利于患者的术后恢复,所以手术室人性化护理方式的使用,可以显著地提高手术成功率,减少不良反应的发生。现将研究结果报告如下。

临床资料

1 一般资料:选取 2017 年 2 月-2020 年 3 月大连大学附属新华医院收治的人工髋关节置换术患者共 40 例,随机等分为对照组和观察组,每组患者各 20 例,其中对照组男女性患者比例为 11/9,年龄 46-81 岁,平均年龄为(59.5 ± 11.5)岁。观察组男女性患者比例为 12/8,年龄 45-83 岁,平均年龄为(61.5 ± 12.5)岁。观察比较 2 组患者一般资料, $P > 0.05$,有可比性。

2 方法:对照组给予患者常规护理,手术中对患者进行生命体征监测,观察患者的状态,护理人员要积极的和医生配合,促进手术的完成。观察组在对照组的基础上进行手术室人性化护理,术前巡回护士进行访视,了解患者年龄、性别、诊断、心理状态、各种检查化验结果、麻醉方式、手术方法等,做到对患者的基本情况心中有数。并向患者介绍术前准备、注意事项、询问过敏史,积极做好患者心理护理,消除紧张情绪,积极配合手术。术中:(1)在手术中安排专门的器械护士为医生递送手术器械,积极的配合医生完成消毒、清理等工作,这样可以有效的缩短手术时间。(2)护理人员在手术的过程中,

注意做好对患者的保暖,保证患者的呼吸通畅,防止患者坠床。然后将加强对患者的体位摆放,在进行穿刺操作的时候,要将骨折的腿放在病床上,在两腿之间放置 1 个软垫,防止患者疼痛。(3)要保证患者手术时的静脉通道通畅,调节好液体输入的速度,以便保证患者的手术顺利完成。巡回护士可以在患者的一旁陪伴,帮助患者按摩患肢,湿润嘴唇,随时补充术中用物,促进手术的顺利完成。

3 临床观察指标:(1)对 2 组患者的护理满意度进行对比^[2];主要可以分为非常满意、满意和不满意,总分为 100 分,分数越高护理满意度越高。(2)对 2 组患者的手术情况进行对比:包括手术持续时间和术中出血量。

4 统计学分析:将 40 例人工髋关节置换术患者的数据采用 SPSS20.0 软件处理,以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,组间用非独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验,计数资料用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

5 结果

5.1 2 组患者满意度比较:观察组护理满意度为 90%,比对照组的 70% 显著较高, $P < 0.05$,见表 1。

表 1 2 组患者满意度比较($n, \%$)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	20	8(40.0)	10(50.0)	2(10.0)	18(90.0)
对照组	20	2(10.0)	12(60.0)	6(30.0)	14(70.0)
χ^2	-				12.500
P	-				0.001

5.2 2 组患者的手术情况比较:观察组患者的手术持续时