

加速外科康复护理干预在髌膝关节置换术中的应用

刘琼 (内江市中医医院, 四川内江 641000)

摘要: 目的 探讨联合加速外科康复(ERAS)护理干预在髌膝关节置换术中的临床效果。方法 选取我院2019年3月~2021年3月收治的120例髌膝关节置换术患者,随机分为对照组和观察组各60例。对照组采用多模式镇痛护理,观察组在对照组基础上给予ERAS护理,比较两组临床指标、睡眠质量、心理状态、髌膝关节功能及生活质量。结果 观察组患者的定向力恢复时间、睁眼时间、自主呼吸时间、静息前疼痛评分、活动疼痛评分、住院时间、医疗费用等临床指标均低于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者的匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分好于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者的焦虑(SAS)以及抑郁(SDS)等心理状态测评得分均优于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者的髌膝关节功能评分均优于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者的生活质量评分均优于对照组, $P < 0.05$ 。结论 多模式镇痛护理联合ERAS护理干预,可提高髌膝关节置换术患者术后身体状态,改善睡眠质量及髌膝关节功能,加快后续转归,效果理想,值得临床推广应用。

关键词: 多模式镇痛护理; 加速外科康复护理; 髌膝关节置换术

髌膝关节置换术利用特定的人工关节代替丧失生理功能的关节,可有效根治晚期髌膝关节疾病,达到缓解疼痛、稳定关节、改善关节功能的效果^[1]。但此种术式属于有创治疗,在进行过程中,会给患者的生理、心理带来一定损伤,影响预后效果^[2]。加快外科康复护理方案是临床上较为先进的一种护理举措,将国内外先进的髌膝关节围术期护理经验与患者的生命体征指标、临床症状有机结合,制定适合患者具体情况的干预方案,有利于患者下肢髌膝关节组织及功能的重构,缩短临床治疗时间,降低围术期并发症的发生,患者得以较短时间内康复^[3-6]。本研究旨在探讨多模式镇痛护理联合加速外科康复(ERAS)护理干预的效果,具体研究如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院2019年3月~2021年3月收治的120例髌膝关节置换术患者,随机分为对照组和观察组各60例。对照组男性35例,女性25例;年龄58~77岁,

平均(67.22±1.32)岁。观察组男性36例,女性24例;年龄59~77岁,平均(67.35±1.24)岁。两组一般资料比较无统计学差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

对照组采用多模式镇痛护理措施。

观察组在对照组基础上给予ERAS护理。①术前相关准备工作的干预措施:护理人员在术前全面评估患者的临床资料,嘱咐患者术前6h禁食,2h禁水,并判断是否需要留置导尿管。详细了解患者的药物过敏史,评估患者疼痛等级,给予预防性镇痛处理,提高疼痛阈值。②术前心理干预措施:多数患者对髌膝关节手术有一种本能的恐惧、紧张以及心理应激等负面情绪,担忧术中手术操作会给机体带来剧烈疼痛。护理人员应告知患者本院相关手术的权威医师、先进的治疗技术、医疗设备以及成功经验,增加患者内心的安全感,消除其内心的顾虑,降低不良情绪对患者机体产生的负面影响。③术前健康宣教干预:多数患者的健康知识掌握程度较低,甚至不清楚自身病情以及髌膝关节置换术,护理人员对患者及其家属开展髌膝关节置换术的专

题科普活动,让患者明白实施髌膝关节置换术的整个流程、必要性以及安全性,提升患者的治疗依从性及配合度。④术中干预措施:术中手术室温度控制在 $23^{\circ}\text{C}\sim 27^{\circ}\text{C}$,非手术部位做好保暖,通过液体加温,使患者在术中保持恒温状态;护理人员动态检测患者术中生命体征指标,防止术中不良事件的发生。⑤术后体位干预:术后定时检测患者生命体征,取平卧位,观察是否出现恶心、呕吐等症状。定期辅助患者更换卧床体位,降低患者疼痛、不适感,也可有效防止出现压疮等术后常见并发症。⑥术后饮食干预:根据患者术后恢复情况,术后6h进食,术后初期结合患者的口味,制定个性化的健康饮食方案,鼓励患者进食低脂低钠高蛋白、易于消化吸收、营养丰富且食物结构多样化的食材,严禁患者吸烟饮酒以及食用生冷刺激类食物,尽量做到少食多餐;之后根据术后患者身体恢复情况,流食可以逐步过渡到半流食,最后过度至正常食物;每日保证足量饮水。⑦术后常见并发症的防治干预:用枕头垫高下肢,使膝后处于空置状态。冰敷手术部位24h,缓解关节肿胀,并观察冰敷位置状态,避免冻伤发生,若冰敷位置颜色发生变化,立刻停止冰敷;髌膝关节置换术术后初期医护人员须定期按摩患者下肢,也可采用加压泵等医疗器械,加快患者下肢远心端静脉血的回心速度,有利于患者下肢血液的正常循环;每日叮嘱患者足量饮水以增加术后血容量,降低下肢血液粘稠度,最大程度避免下肢深静脉血栓的发生;⑧术后运动干预:麻醉效果消失后,指导早期康复训练,术后初期引导患者在床上进行下肢踝关节的内收、外展以及踝泵运动、患者股四头肌收缩运动,3次/d,20min/次;直腿抬高运动,25个/次,3次/d。术后3d进行被动

运动器锻炼,30min/次,2次/d。术后5d患者可以下床活动锻炼时,医护人员引导患者进行下床站立行走运动,25min/次,3次/d;术后进行功能性锻炼时,特别要注意患者有无畸形以及功能受限等症状,可以针对性地进行引导、干预,以确保患者髌膝关节结构恢复的正常以及功能的再次康复;根据患者的身体素质以及术后恢复情况,严格规定每日的活动次数以及活动时间,防止过度劳累或者发生不良事件。

1.3 观察指标

(1)临床指标:包括定向力恢复时间、睁眼时间、自主呼吸时间、静息前疼痛评分、活动疼痛评分、住院时间、医疗费用等。其中,疼痛评分采用视觉模拟评分法(VAS)评价,总分10分,分值越高,疼痛评分越剧烈。

(2)髌膝关节功能评分。以髌膝关节功能(HSS)评分量表为评估依据,对两组患者的髌膝关节功能相关指标进行评估。

(5)生活质量:采用健康状况调查简表(SF-36)进行评价,总分均为100分,分值越高,健康状况越好。

1.4 统计学分析

采用SPSS 24.0统计软件进行分析。计数资料用 χ^2 检验,计量资料行t检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较

观察组定向力恢复时间、睁眼时间等均低于对照组, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组患者临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	定向力恢复时间 (min)	睁眼时间 (min)	自主呼吸时间 (min)	静息前疼痛评分 (分)	活动疼痛评分 (分)	住院时间 (d)	医疗费用 (万元)
观察组	60	20.36 ± 1.48	9.42 ± 1.25	8.35 ± 1.24	1.10 ± 0.24	1.57 ± 0.34	14.41 ± 1.46	1.76 ± 0.24
对照组	60	22.54 ± 1.35	10.78 ± 1.30	9.88 ± 1.43	1.89 ± 0.33	2.31 ± 0.24	15.77 ± 1.38	2.18 ± 0.23
t		8.430	5.841	6.261	14.997	13.773	5.244	9.787
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 髌膝关节功能评分

观察组患者在髌膝关节功能评分方面优于对照组, $P < 0.05$, 见表 2。

2.3 两组生活质量比较

观察组患者在生活质量上优于对照组, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 2 两组患者的髌膝关节功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	疼痛	功能	活动度	肌力	畸形情况	稳定性	总分
对照组 (n=60)	16.53 ± 2.76	13.62 ± 1.54	10.67 ± 1.98	7.28 ± 1.16	6.21 ± 1.43	6.43 ± 1.38	77.56 ± 5.87
观察组 (n=60)	22.25 ± 2.57	17.93 ± 2.24	14.54 ± 2.45	8.95 ± 1.53	8.76 ± 1.68	8.62 ± 1.59	64.85 ± 4.73
<i>t</i>	11.749	12.282	9.516	6.737	8.953	8.057	13.060
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	社会功能		精力		情感职能		精神健康	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	60	42.36 ± 4.52	57.21 ± 4.30	22.43 ± 3.62	47.23 ± 3.62	39.41 ± 3.45	49.44 ± 4.62	35.41 ± 3.55	44.30 ± 3.44
对照组	60	42.21 ± 4.50	55.33 ± 4.21	22.33 ± 3.55	45.30 ± 3.51	39.36 ± 3.33	47.23 ± 4.26	35.34 ± 3.46	42.41 ± 3.63
<i>t</i>		0.182	2.420	0.153	2.965	0.081	2.724	0.109	2.927
<i>P</i>		0.856	0.017	0.879	0.004	0.936	0.007	0.913	0.004

组别	n	生理功能		生理智能		躯体疼痛		总体健康	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	60	41.20 ± 4.27	63.42 ± 6.28	44.21 ± 5.19	72.41 ± 4.50	46.72 ± 3.43	68.30 ± 4.20	36.87 ± 3.41	43.87 ± 4.50
对照组	60	41.36 ± 4.29	60.42 ± 6.30	44.30 ± 5.28	69.87 ± 4.60	46.55 ± 3.20	66.54 ± 4.53	36.55 ± 3.35	41.25 ± 4.47
<i>t</i>		0.205	2.612	0.094	3.057	0.281	2.207	0.519	3.200
<i>P</i>		0.838	0.010	0.925	0.003	0.779	0.029	0.605	0.002

3 讨论

髌膝关节置换术对机体的损伤较大, 术后疼痛感较为严重, 影响损伤组织的恢复。多模式镇痛护理通过局部镇痛、自控镇痛等措施, 评估患者耐受程度, 制定合理、有针对性的镇痛计划, 降低疼痛带来的一系列应激反应, 但护理起效较慢, 会增加患者的心理及经济压力。

本研究观察组定向力恢复时间、睁眼时间等临床指标均低于对照组, 表明应用多模式镇痛护理联合 ERAS 护理干预, 对患者术前禁食禁水, 提高疼痛阈值; 术中控制环境温度及保温; 术后监测生命体征, 6 h 后进食, 指导早期康复训练等优化护理措施, 可缩短手术时间, 降低定向力恢复时间、睁眼时间及自主呼吸时间。ERAS 干预方案可以引导患者在术后早期进行专业的髌膝关节功能性康复训练, 有利于下肢结构及正常功能的康复, 降低髌膝关节术后下肢深静脉血栓等常见并发症的发生率。ERAS 方案可以根据患者术后的

身体机能等具体情况, 制定适合患者的干预措施, 以确保患者术后髌膝关节结构及功能的正常, 从而改善患者的生活质量。

综上所述, 应用多模式镇痛护理联合 ERAS 护理, 可改善髌膝关节置换术患者术后身体状态, 提高睡眠质量及髌膝关节功能, 加快后续转归, 值得临床广泛应用及推广。

参考文献

- [1] 张翠苹, 曹晓霞. 多模式镇痛护理干预应用于髌膝关节置换术后患者的临床观察 [J]. 心理月刊, 2019,0(20):P.94-94.
- [2] 崔佰红, 张徐萍. 髌膝关节置换术 ERAS 管理目标达成核查表的设计与应用 [J]. 全科护理, 2019,17(34):4288-4292..
- [3] 王娟茹, 张彩芳. ERAS 在髌膝关节置换术围手术期的应用效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2019,4(9):155-157.
- [4] 徐倩慧, 张洁, 陶天奇, 等. 个案管理模式联合加速康复外科护理在髌关节置换术患者围手术期中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2021,27(3):379-383.
- [5] 杜棣, 马慧芳, 乔静静, 等. 加速康复外科理念在髌膝关节置换术患者围手术期护理中的应用 [J]. 昆明医科大学学报, 2020,41(1):168-172.
- [6] 林英, 白亦光, 朱亚辉, 等. 协同护理模式联合 CPM 对髌膝关节置换术后患者功能康复的影响 [J]. 广西医科大学学报, 2020,37(2):330-334.