

手术室护理在人工髋关节置换术患者中的应用价值

刘彦王娇

宁夏回族自治区第四人民医院 宁夏 银川 750021

摘要：**目的：**探讨手术室护理在人工髋关节置换术中的应用价值，为优化护理流程、提升预后提供依据。**方法：**回顾性分析2023年1月至2024年1月我院120例该手术患者，按护理模式分观察组（60例，全程化手术室专项护理）和对照组（60例，常规护理），对比手术时长、术中出血量等指标。**结果：**观察组手术时长、术中出血量更低，术后并发症发生率更低，首次下床活动时间更早，患者满意度更高（ $P < 0.05$ ）。**结论：**全程化专项护理临床价值重要。

关键词：手术室护理；人工髋关节置换术；并发症；康复效果；护理价值

引言：人工髋关节置换术是治疗终末期髋关节疾病的金标准，能恢复关节功能、缓解疼痛、提升生活质量。近年来，我国该手术年手术量超50万例且逐年增长。但此手术创伤大，术中面临出血控制等挑战，术后易出现深静脉血栓等并发症，影响康复。手术室护理质量关乎手术安全与患者预后，传统护理侧重基础操作，缺乏专项化、全程化干预。本研究对比全程化手术室专项护理与常规护理效果，分析其应用价值，为临床护理实践优化提供方向。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取2023年1月至2024年1月我院骨科120例人工髋关节置换术患者为研究对象。纳入标准：符合手术指征且首次接受该手术；年龄55-85岁；术前凝血、肝肾功能基本正常；资料完整。排除标准：合并严重心脑血管疾病、恶性肿瘤；有凝血功能障碍、感染性疾病；精神或认知障碍无法配合护理；术后随访失联。

按护理模式分为观察组和对照组各60例。观察组男28例，女32例，年龄58-82岁，平均（ 68.5 ± 7.2 ）岁，疾病与手术类型多样；对照组男30例，女30例，年龄55-85岁，平均（ 69.2 ± 6.8 ）岁，疾病与手术类型分布与观察组相近。两组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），有可比性^[1]。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组：常规手术室护理

①术前准备：术前1天进行术前访视，简单告知手术流程、注意事项，核对患者基本信息、手术部位；术前准备手术器械、敷料、假体等物品。②术中配合：患者入室后核对信息，建立静脉通路，协助麻醉师进行麻醉；手术中传递器械、调整手术体位（侧卧位），配合

医生完成消毒、铺巾、假体植入等操作；密切监测生命体征。③术后护理：手术结束后协助包扎切口，护送患者至麻醉恢复室，与恢复室护士交接病情。

1.2.2 观察组：全程化手术室专项护理

在常规护理基础上，实施针对人工髋关节置换术的专项护理干预，贯穿术前、术中、术后三个阶段：

（1）术前阶段：精准评估与个性化准备

①术前访视优化：术前1天由手术室专科护士进行访视，采用“评估-教育-沟通”三步法：首先评估患者身体状况（体重、髋关节活动度、皮肤状况）、心理状态（焦虑程度）及认知水平；其次通过图文、视频等方式详细讲解手术流程、术中体位配合要点（侧卧位时肢体摆放要求）、术后康复注意事项；最后解答患者及家属疑问，缓解焦虑情绪，签署手术知情同意书。②术前物品精准准备：根据手术类型（全髋/半髋）、假体类型（陶瓷-陶瓷/陶瓷-聚乙烯）准备专用器械（如髋臼锉、股骨扩髓器），提前调试C臂机、手术导航系统；检查骨水泥搅拌设备性能，确保术中正常运行；准备抗血栓弹力袜、加温毯等辅助物品。③术前皮肤与体位准备：术前协助患者清洗手术区域皮肤，标记手术部位（采用“术前标记-术中核对”双确认制度）；根据患者体型调整手术床体位垫，确保侧卧位时骨盆稳定，避免术中体位偏移影响假体植入精度^[2]。

（2）术中阶段：精细化配合与风险管控

①麻醉期护理：协助患者取舒适体位进行麻醉，麻醉过程中密切观察心率、血压变化，出现血压下降及时通知麻醉师；麻醉后快速为患者穿上抗血栓弹力袜，启动加温毯（温度设定38-40℃），维持患者体温在36℃以上，减少低体温引发的凝血功能障碍。②手术体位精准摆放：采用“三点固定法”摆放侧卧位：胸部垫软枕维

持胸廓舒展，髌部垫专用体位垫固定骨盆，下肢垫海绵垫保持髌关节轻度屈曲（10-15°），避免过度牵拉导致神经损伤；使用约束带固定非手术侧肢体，确保手术区域充分暴露且患者舒适。③术中出血控制：配合医生使用止血带（若适用），严格控制止血带压力（下肢一般为300-350mmHg）和使用时间（不超过90分钟）；术中密切观察出血量，及时传递止血材料（如止血纱布、骨蜡），协助麻醉师进行输血补液。④假体植入配合：在假体植入阶段，精准传递器械，协助医生调整假体角度（髌臼假体前倾角15-20°、外展角40-45°）；使用手术导航系统时，协助固定导航探头，确保数据精准传输；骨水泥搅拌时严格按照比例配制，控制搅拌时间（2-3分钟）和注入时机，避免骨水泥栓塞。⑤感染预防：严格执行无菌操作，手术区域采用“碘伏-酒精”双重消毒，铺巾时确保无菌区域隔离严密；术中保持手术间正压通风，限制人员流动，器械护士及时清理手术台周围污染物。

（3）术后阶段：平稳过渡与康复指导

①术后苏醒期护理：手术结束后，缓慢调整患者体位至平卧位，避免体位骤变引发血压波动；持续监测生命体征至患者苏醒，观察切口渗血、引流情况；协助麻醉师进行疼痛评估，必要时给予镇痛药物。②转运与交接：护送患者至病房或恢复室时，保持髌关节中立位，避免过度屈曲、内收、内旋（“三不原则”），防止假体脱位；与病房护士详细交接手术情况、术中出血量、输血量、引流管情况及注意事项，填写护理交接记录单^[3]。③术后康复指导：术后24小时内再次访视患者，指导患者进行踝泵运动、股四头肌收缩训练，促进下肢血液循环；告知患者术后体位禁忌，示范正确的翻身、坐起方

法，避免假体脱位风险。

1.3 观察指标

①手术相关指标：手术时长、术中出血量。②术后并发症：包括深静脉血栓、假体脱位、切口感染、压疮等。③康复指标：首次下床活动时间、术后住院天数。④患者满意度：采用自制满意度问卷（Cronbach's α = 0.86），从护理态度、操作专业性、沟通效果、康复指导四个维度评分，满分100分， ≥ 90 分为非常满意，70-89分为满意， < 70 分为不满意，满意度 = （非常满意+满意）例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件进行数据分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较

观察组手术时长、术中出血量均显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组手术相关指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时长（min）	术中出血量（ml）
观察组	60	82.5 \pm 10.3	210.6 \pm 35.2
对照组	60	98.2 \pm 12.5	285.3 \pm 42.6
t 值	-	7.236	9.841
P 值	-	< 0.001	< 0.001

2.2 两组术后并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率为3.3%，显著低于对照组的15.0%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组术后并发症发生率比较[例（%）]

组别	例数	深静脉血栓	假体脱位	切口感染	压疮	总发生率
观察组	60	1（1.7）	0（0）	1（1.7）	0（0）	2（3.3）
对照组	60	4（6.7）	2（3.3）	2（3.3）	1（1.7）	9（15.0）
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.904
P 值	-	-	-	-	-	0.027

2.3 两组康复指标比较

观察组首次下床活动时间、术后住院天数均显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

表3 两组康复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	首次下床活动时间（h）	术后住院天数（d）
观察组	60	28.6 \pm 5.4	7.2 \pm 1.3
对照组	60	42.3 \pm 6.8	9.5 \pm 1.6
t 值	-	11.528	8.437
P 值	-	< 0.001	< 0.001

2.4 两组患者满意度比较

观察组患者满意度为96.7%，显著高于对照组的83.3%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表4。

表4 两组患者满意度比较[例（%）]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	60	42（70.0）	16（26.7）	2（3.3）	58（96.7）
对照组	60	28（46.7）	22（36.7）	10（16.7）	50（83.3）
χ^2 值	-	-	-	-	5.926
P 值	-	-	-	-	0.015

3 讨论

3.1 全程化手术室专项护理可提升手术效率与安全性

人工髋关节置换术对手术配合的精准度要求较高,术中假体植入角度、骨水泥使用、出血控制等环节直接影响手术效果。本研究中,观察组通过术前精准评估患者情况、优化物品准备,术中采用“三点固定法”摆放体位、配合导航系统精准植入假体,显著缩短了手术时长(从98.2min降至82.5min);同时,通过加温毯维持体温、合理使用止血材料、严格控制骨水泥注入时机,有效减少了术中出血量(从285.3ml降至210.6ml)。这表明全程化手术室专项护理通过标准化、精细化的护理配合,可减少术中不必要的操作延误,降低手术创伤,提升手术效率与安全性^[4]。

3.2 全程化手术室专项护理可降低术后并发症风险

术后并发症是影响人工髋关节置换术患者预后的主要因素,其中深静脉血栓、假体脱位、感染最为常见。观察组通过术前访视中强调体位配合要点,术中严格执行无菌操作、维持体温稳定,术后指导患者早期康复训练、规避体位禁忌,使并发症发生率从15.0%降至3.3%。具体而言,术前抗血栓弹力袜的提前使用、术后踝泵运动指导,有效降低了深静脉血栓风险;术中精准的体位固定、术后“三不原则”的强化教育,避免了假体脱位;严格的无菌操作流程则减少了切口感染概率。这说明全程化手术室专项护理通过覆盖“术前预防-术中控制-术后干预”的全链条风险管控,可显著降低并发症发生风险^[5]。

3.3 全程化手术室专项护理可促进患者早期康复

早期下床活动是人工髋关节置换术患者康复的关键环节,有助于减少卧床并发症、恢复关节功能。观察组通过术中精细化护理减少手术创伤,术后及时的康复指导(如股四头肌收缩训练),使患者首次下床活动时间从42.3h提前至28.6h,术后住院天数从9.5d缩短至7.2d。这得益于全程化护理中“以康复为导向”的护理理念,将康复指导提前至术前,术中优化护理减少机体应激,术后强化康复训练,形成了“术前准备-术中配合-术后康复”的一

体化护理链条,为患者早期康复创造了有利条件。

3.4 全程化手术室专项护理可提升患者满意度

患者满意度是评价护理质量的重要指标,观察组通过术前个性化沟通缓解焦虑、术中精细化操作提升舒适度、术后及时访视解决问题,使患者满意度从83.3%提升至96.7%。这表明全程化手术室专项护理不仅关注手术配合的专业性,更注重患者的心理需求与就医体验,通过良好的护患沟通、贴心的护理服务,增强了患者对护理工作的认可,提升了整体就医满意度^[6]。

结束语

对人工髋关节置换术患者实施全程化手术室专项护理,经术前评估准备、术中配合管控、术后过渡指导,能缩短手术时长、减少出血、降低并发症、促进康复并提升满意度。该模式体现“以患者为中心”理念,具临床推广价值。未来,可将智能化技术融入护理流程,实现精准个性化升级,同时加强护士专科培训,提升专业能力,为患者提供更优质护理。

参考文献

- [1]宋娜,王振磊.手术室护理在人工髋关节置换术患者中的应用价值[J].生命科学仪器,2025,23(01):232-233+236.
- [2]张婷婷.手术室全方位舒适护理在人工髋关节置换术患者中的应用效果[J].透析与人工器官,2024,35(03):87-90.
- [3]刘敏,杜阳.针对性手术室护理在人工全髋关节置换术中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(17):163-166.
- [4]马雅静.针对性手术室护理配合在人工全髋关节置换术中的应用效果[J].中华养生保健,2023,41(6):106-108.
- [5]谢丹.手术室专业护理分组对人工髋关节置换术患者术中配合度和时效长的影响[J].透析与人工器官,2022,33(04):55-57+64.
- [6]傅婷.手术室护理配合对人工全髋关节置换术患者出血量、血压水平的影响观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(07):1083-1085.