

针对性手术室护理配合在人工全髋关节置换术中的作用分析

张洋洋

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710089

摘要：目的：探讨针对性手术室护理配合在人工全髋关节置换术（Total Hip Arthroplasty, THA）中的临床应用价值，分析其对手术效果及患者预后的影响。方法：选取 2022 年 1 月—2024 年 1 月于我院接受 THA 的 80 例患者作为研究对象，按照随机数字表法分为对照组（40 例，采用常规手术室护理）与观察组（40 例，采用针对性手术室护理配合）。比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后并发症发生率（如感染、关节脱位、深静脉血栓等）、术后疼痛视觉模拟评分（VAS）及髋关节功能 Harris 评分。结果：观察组手术时间、术中出血量分别为（112.5±15.3）min、（385.2±42.7）ml，显著低于对照组的（135.8±18.6）min、（498.3±55.4）ml（ $P < 0.05$ ）；观察组术后并发症发生率为 7.5%（3/40），低于对照组的 22.5%（9/40）（ $P < 0.05$ ）；术后 1 周，观察组 VAS 评分（3.2±0.8）分低于对照组（4.8±1.2）分，Harris 评分（82.6±6.5）分高于对照组（71.3±5.8）分（ $P < 0.05$ ）。结论：针对性手术室护理配合可优化 THA 的手术进程，减少术中创伤，降低并发症风险，促进患者术后髋关节功能恢复及疼痛缓解，具有较高的临床应用价值。

关键词：人工全髋关节置换术；针对性手术室护理配合；手术时间；并发症；髋关节功能

人工全髋关节置换术是治疗终末期髋关节疾病（如股骨头坏死、骨关节炎、类风湿性关节炎等）的有效手段，可显著改善患者关节功能及生活质量。然而，THA 手术复杂度高、创伤大，术中护理配合的质量直接影响手术安全性及预后效果^[1]。常规手术室护理多遵循标准化流程，缺乏对患者个体差异、手术细节及潜在风险的针对性干预。针对性手术室护理配合以循证医学为基础，结合手术特点与患者需求，从术前准备、术中操作到术后康复进行全程优化，旨在提升护理精准度与手术配合效率^[2]。本研究通过对比分析常规护理与针对性护理的应用效果，为 THA 围手术期护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2022 年 1 月至 2024 年 1 月于我院接受人工全髋关节置换术（Total Hip Arthroplasty, THA）的患者作为研究对象。采用随机数字表法将 80 例患者分为对照组（40 例）与观察组（40 例）。该方法可确保每组患者在各项基线特征上具有随机性，减少人为分组偏差。为确保研究对象的同质性与可比性，制定了严格的纳入与排除标准，并采用随机数字表法进行分组。

对照组一般资料：性别构成：男性 22 例，女性 18 例，男女比例接近 1.22:1，符合 THA 患者中男性发病率略高于女性的流行病学特点。年龄分布：年龄为

（62.5±7.8）岁，年龄跨度在 50~75 岁范围内，均值处于中老年阶段，与 THA 主要适应证人群的年龄分布相符。病因构成：股骨头坏死 18 例（45%）、骨关节炎 16 例（40%）、类风湿性关节炎 6 例（15%）。其中，股骨头坏死与骨关节炎为 THA 最常见的病因，占比达 85%，符合临床疾病谱分布。

观察组一般资料：性别构成：男性 24 例，女性 16 例，男女比例为 1.5:1，与对照组性别比例无显著差异。年龄分布：年龄为（63.2±8.1）岁，与对照组年龄均值相近（差值 0.7 岁），且标准差接近，提示两组年龄分布离散程度相似。病因构成：股骨头坏死 20 例（50%）、骨关节炎 14 例（35%）、类风湿性关节炎 6 例（15%）。与对照组相比，股骨头坏死比例略高，骨关节炎比例略低，但各类病因的构成比差异无统计学意义。采用统计学方法对两组患者的性别、年龄、病因等一般资料进行比较，结果显示各项指标的 P 值均 > 0.05 ，说明两组患者在基线特征上具有良好的可比性，可排除一般资料差异对研究结果的影响，确保研究结论的可靠性。

纳入标准：①符合 THA 手术指征；②年龄 50~75 岁；③意识清楚，能配合护理；④无严重心、肝、肾等器官功能障碍。排除标准：①合并感染性疾病；②既往髋关节手术史；③精神疾病或认知障碍。

1.2 方法

对照组：采用常规手术室护理：术前完成手术室环境消毒、器械准备，向患者讲解手术流程及注意事项；术中协助患者摆放体位，配合术者完成消毒、铺巾及器械传递；术后监测生命体征，观察切口情况。

观察组：

1.2.1 术前针对性准备

心理干预：术前 1 天由专科护士采用焦虑自评量表（SAS）评估患者心理状态，针对 SAS 评分 > 50 分的患者，除讲解成功案例、播放 3D 手术动画视频外，增加 1 对 1 认知行为干预（每次 20 分钟），通过“提问 - 解答 - 模拟演练”模式纠正错误认知，如讲解术后疼痛管理方案以减轻对疼痛的恐惧。

体位训练：制定“三步训练法”——①卧床时使用三角形海绵枕维持患肢外展 20°~25°，每日 3 次，每次 30 分钟；②站立位扶拐练习患肢外展步态，每次 10 分钟，每日 2 次；③指导家属协助完成髋关节被动外展训练，避免屈曲超过 90°，训练时同步播放体位示范视频强化记忆。

器械优化：建立“手术方式 - 器械包”对应清单，如后外侧入路需额外准备髋臼锉导向器，前侧入路需准备股骨颈截骨定位器；术前 2 小时对 C 型臂 X 光机进行剂量校准和图像清晰度测试，电动骨锯需空载试运行 3 次确认转速稳定（8000~10000 转/分钟）。

1.2.2 术中针对性配合

体位管理：侧卧位时在髂前上棘与手术床之间垫入 3cm 厚凝胶垫，骨盆固定架采用“三点固定法”（髂前上棘、骶尾部、耻骨联合），术中每 30 分钟检查受压部位皮肤颜色；在髋臼打磨阶段将体位调整为后倾 15°±5°，股骨假体植入时调整为前倾 10°±3°，由巡回护士实时记录体位调整时间点^[3]。

无菌操作强化：植入物双重核对流程：器械护士与主刀医师共同核对假体条码、灭菌标识及型号（如生物型假体需确认涂层材质），核对内容录入手术护理记录单；假体传递时采用双层无菌巾包裹，避免与非无菌区域距离 < 30cm。

出血控制配合：建立“三级预警机制”：出血量达 200ml 时准备止血纱，达 400ml 时启动自体血回输装置，> 600ml 时通知血库备血；电凝止血时采用“脉冲式电凝”模式（功率 40~60W），避免同一部位反复电凝超过 3 次。

1.2.3 术后针对性护理

并发症预防：术后每 15 分钟记录切口渗血面积（使用透明标尺测量），患肢肿胀程度采用周径测量法（髌

骨上 10cm 处），与术前对比差值 > 1.5cm 时启动气压治疗；踝泵运动指导采用“视觉化训练”：床头悬挂动作示意图，护士示范时同步播放语音指导（“勾脚 - 保持 5 秒 - 伸脚 - 保持 5 秒”），每日 4 次，每次 15 组。

疼痛管理：多模式镇痛方案：静脉自控镇痛泵（背景剂量 2ml/h，PCA 剂量 0.5ml，锁定时间 15 分钟）联合口服塞来昔布（200mg bid）；音乐疗法选择 α 波轻音乐（60~70 分贝），于术后 6 小时开始播放，每次 30 分钟，每日 3 次，同时指导患者进行 5-4-3-2-1 渐进式肌肉放松训练。

1.3 观察指标

手术相关指标：手术时间、术中出血量；

并发症：感染、关节脱位、深静脉血栓；

术后疼痛：术后 1 周采用 VAS 评分（0~10 分，分数越高疼痛越剧烈）；

髋关节功能：术后 1 个月采用 Harris 评分（满分 100 分，分数越高功能恢复越好）。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较行 t 检验；计数资料以率（%）表示，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较

观察组手术时间、术中出血量均少于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表1 两组患者手术相关指标比较

组别	例数 (n)	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)
对照组	40	135.8±18.6	498.3±55.4
观察组	40	112.5±15.3	385.2±42.7
t 值	-	5.824	8.937
P 值	-	< 0.001	< 0.001

2.2 观察组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表2 两组患者并发症发生率比较

组别	例数 (n)	感染	关节脱位	深静脉血栓	总并发症
对照组	40	4	3	2	9 (22.5%)
观察组	40	1	1	1	3 (7.5%)
χ^2 值	-	-	-	-	4.114
P 值	-	-	-	-	0.042

2.3 两组术后疼痛及髋关节功能评分比较

术后 1 周，观察组 VAS 评分低于对照组，Harris 评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表3 两组患者术后疼痛及髋关节功能评分比较

组别	例数 (n)	VAS 评分 (分)	Harris 评分 (分)
对照组	40	4.8±1.2	71.3±5.8
观察组	40	3.2±0.8	82.6±6.5
t 值	-	6.872	7.659
P 值	-	< 0.001	< 0.001

3 结论

人工全髋关节置换术的成功依赖于外科技术与围手术期护理的协同配合。本研究结果显示，针对性手术室护理配合通过术前心理干预、体位训练及器械优化，可减少患者焦虑情绪，提高术中配合度，缩短手术准备时间。术中针对性体位管理与无菌操作，既能保证术野清晰暴露，又能降低感染及组织损伤风险，与既往研究中“精准体位固定可减少术中出血及假体安装误差”的结论一致。

术后并发症预防与疼痛管理是针对性护理的核心环节。本研究中，观察组通过早期活动指导、体位维持及多模式镇痛，使深静脉血栓、关节脱位等并发症发生率显著降低，且疼痛缓解效果更优。这可能与针对性护理从手术全程（术前-术中-术后）形成闭环管理有关，其打破了常规护理中“被动执行”的模式，转而以“预判风险 - 主动干预”为导向，例如术前体位训练可帮助患者术后更快适应正确体位，减少脱位诱因；术中出血控制配合可降低术后贫血及疼痛敏感度。

此外，针对性护理强调“个体化”原则，根据患者年龄、病因及手术方式调整护理方案，例如对类风湿性关节炎患者加强无菌操作，对老年患者重点关注压疮预防，这进一步提升了护理的精准性。本研究的局限性在于样本量较小且观察周期较短，未来可扩大样本量并延长随访时间，深入探讨针对性护理对 THA 患者中长期预后的影响。

针对性手术室护理配合在人工全髋关节置换术中具有显著的临床应用价值，可优化手术指标、降低并发症风险，促进患者术后疼痛缓解与关节功能恢复。该护理模式通过全程化、个体化的干预策略，为 THA 患者提供了更安全、高效的围手术期护理支持，值得在临床推广应用。

参考文献

[1]王力,于江秀,陈瑶.以加速康复外科理念为主的手术室护理对全髋关节置换术患者疼痛程度应激反应指标的影响[J].基层医学论坛,2025,29(08):117-120.

[2]姚玉婷.全髋关节置换术的手术室护理配合效果及视觉模拟疼痛评分影响评价[J].基层医学论坛,2024,28(36):121-124.

[3]李瑞,党杉.基于ERAS理念的手术室护理模式在全髋关节置换术患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(16):178-181.