

手术室护理配合在人工全髋关节置换术中的作用分析

张文博

西安交通大学第一附属医院东院区 陕西 西安 710089

摘要: **目的:** 探究手术室护理配合在人工全髋关节置换术中的应用价值。**方法:** 选取2022年3月至2023年3月于我院行人工全髋关节置换术的100例患者, 随机分为观察组和对照组, 各50例。对照组采用常规手术室护理, 观察组采用精细化手术室护理配合。比较两组手术时间、术中出血量、术后首次下床时间、并发症发生率及患者护理满意度。**结果:** 观察组手术时间(85.26 ± 10.35) min、术中出血量(210.58 ± 35.62) ml、术后首次下床时间(3.12 ± 0.85) d, 均优于对照组的(110.32 ± 15.47) min、(320.45 ± 42.78) ml、(5.67 ± 1.23) d ($P < 0.05$)。观察组并发症发生率4.00%, 低于对照组的18.00% ($P < 0.05$)。观察组护理满意度96.00%, 高于对照组的80.00% ($P < 0.05$)。**结论:** 在人工全髋关节置换术中实施精细化手术室护理配合, 可缩短手术时间、减少出血量、促进患者早期活动、降低并发症发生率, 提高患者满意度, 值得临床推广。

关键词: 手术室护理配合; 人工全髋关节置换术; 作用效果

人工全髋关节置换术是治疗终末期髋关节疾病的有效手段, 能显著改善关节功能、缓解疼痛。但该手术操作复杂, 对手术室护理配合要求高。优质的护理配合可保障手术顺利进行, 减少不良事件。随着医疗技术的进步, 患者对手术安全性和术后康复的期望不断提高, 探索高效的手术室护理模式成为临床研究的重要方向^[1]。本文旨在分析手术室护理配合在该手术中的作用, 为优化护理方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2023年3月在我院接受人工全髋关节置换术的100例患者作为研究对象。按照随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组50例。观察组中, 男28例, 女22例; 年龄55-78岁, 平均(65.32 ± 6.85)岁; 疾病类型: 股骨头坏死22例, 股骨颈骨折18例, 髋关节骨关节炎10例。对照组中, 男26例, 女24例; 年龄56-79岁, 平均(66.15 ± 7.02)岁; 疾病类型: 股骨头坏死20例, 股骨颈骨折20例, 髋关节骨关节炎10例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: 符合人工全髋关节置换术指征, 经影像学检查确诊; 患者及家属知情同意并签署同意书; 无严重精神疾病及认知障碍。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规手术室护理: 术前1天进行访视, 告知患者手术时间、地点及术前注意事项, 如禁食禁水时间、备皮等。准备手术所需常规器械和物品, 进行消毒灭菌;

患者入室后核对信息, 建立静脉通路, 协助麻醉。手术中按医生要求传递器械, 监测生命体征, 出现异常及时报告; 术后协助将患者送回病房, 与病房护士交接, 告知患者及家属术后注意事项, 如伤口护理、饮食等。

1.2.2 观察组

采用精细化手术室护理配合, 具体如下: (1) 术前护理配合: ①术前访视: 由巡回护士与器械护士共同于术前1天访视患者。详细了解患者病情、心理状态、既往病史及过敏史。用通俗易懂的语言讲解手术流程、麻醉方式、手术优势及成功案例, 减轻患者紧张焦虑情绪。指导患者进行术前适应性训练, 如床上排便、股四头肌收缩训练等。解答患者疑问, 签署手术同意书时再次确认患者知情情况。②手术间与器械准备: 术前2小时调节手术间温度至22-25℃, 湿度50-60%。检查手术器械包的灭菌指示卡, 确保灭菌合格。准备齐全人工全髋关节假体、骨水泥、止血材料等特殊物品, 核对假体型号与患者信息是否一致。检查手术器械性能, 如电钻、骨锯等, 确保正常运行。器械护士提前1小时洗手, 整理器械台, 按手术步骤摆放器械, 检查器械完整性与功能。(2) 术中护理配合: ①入室护理: 患者进入手术室后, 巡回护士热情接待, 再次核对患者姓名、住院号、手术部位等信息。协助患者平卧于手术床, 建立两条静脉通路, 一条用于输液, 一条用于输血及给药, 选择大孔径留置针穿刺。协助麻醉医师进行硬膜外麻醉或全身麻醉, 麻醉过程中密切监测患者生命体征。摆放手术体位为侧卧位, 患侧在上, 用体位垫固定, 确保患者舒适且不影响呼吸循环, 保护受压部位皮肤, 防止压疮。②

手术配合：器械护士专注手术进程，准确、快速传递器械。在假体植入环节，协助医生核对假体型号，传递骨水泥时注意掌握时间，避免骨水泥凝固影响植入效果。密切观察手术野情况，及时传递止血材料，协助医生止血。巡回护士密切关注手术进展，及时补充手术用品，调节手术灯亮度，保证手术视野清晰。监测患者生命体征、出血量及尿量，准确记录，发现异常立即报告医生并协助处理。③无菌管理：严格执行无菌操作原则，手术人员刷手、穿手术衣、戴手套符合规范。器械护士监督手术人员无菌操作，发现污染及时纠正。保持手术区无菌布单干燥整洁，如有渗血及时更换。限制手术间人员流动，减少空气污染。（3）术后护理配合：①患者转运与交接：手术结束后，器械护士整理器械，巡回护士协助医生包扎伤口，检查敷料是否固定牢固。两人共同将患者平稳转运至复苏室，转运过程中保持患者肢体处于功能位，避免髋关节过度屈曲、内收。与复苏室护士详细交接患者手术情况、术中出血量、输液量、生命体征及术后注意事项。②复苏护理：在复苏室密切观察患者意识恢复情况、生命体征及伤口渗血情况。待患者清醒、生命体征平稳后，协助医生将患者送回病房，与病房护士交接，告知术后体位要求、饮食指导及康复训练计划。③器械处理：术后器械护士将污染器械分类处理，先用多酶溶液浸泡30分钟，再用高压水枪冲洗，然后进行超声清洗、干燥、灭菌。特殊器械如假体试模单独清洗消毒，避免损坏。④健康指导：术后第1天到病房访视患者，查看伤口情况，指导患者进行踝关节屈伸、足趾活动等早期功能锻炼，告知患者避免髋关节脱位的注意事项，如避免深蹲、盘腿等动作。

1.3 观察指标

（1）手术相关指标：包括手术时间、术中出血量、术后首次下床时间。（2）并发症发生情况：统计术后深

静脉血栓、切口感染、髋关节脱位等并发症发生例数。

（3）护理满意度：采用自制满意度量表，内容包括护理态度、操作技能、健康指导等，满分100分。≥90分为非常满意，80-89分为满意，70-79分为基本满意，<70分为不满意。满意度 = （非常满意+满意+基本满意）例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 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

观察组均优于对照组（ $P < 0.05$ ），详见表1。

表1 两组手术相关指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

分组	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后首次下床 时间(d)
观察组	50	85.26±10.35	210.58±35.62	3.12±0.85
对照组	50	110.32±15.47	320.45±42.78	5.67±1.23
<i>t</i>		7.552	5.025	6.364
<i>P</i>		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组并发症发生率比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ），详见表2。

表2 两组并发症发生率比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	深静脉 血栓	切口感染	髋关节 脱位	总发生率
观察组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
对照组	50	4(8.00)	3(6.00)	2(4.00)	9(18.00)
χ^2					6.352
<i>P</i>					< 0.05

2.3 两组护理满意度比较

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），详见表3。

表3 两组护理满意度比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	非常满意	满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	50	30(60.00)	15(30.00)	3(6.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	20(40.00)	15(30.00)	5(10.00)	10(20.00)	40(80.00)
χ^2						7.258
<i>P</i>						< 0.05

3 讨论

精细化护理强调从术前、术中到术后的全程干预，通过优化护理流程、强化细节管理，为手术提供全方位支持，这与THA手术对高质量护理的需求高度契合。深入研究精细化手术室护理配合在THA中的应用，对提高

手术成功率、减少并发症、促进患者快速康复具有重要的临床意义^[2]。

本研究结果显示，在手术相关指标方面，观察组手术时间显著短于对照组（ $P < 0.05$ ），这与精细化护理配合中术前的充分准备密切相关。术前，护理团队对手术

器械、假体型号进行反复核对,确保术中无需临时寻找或更换物品,减少了无效操作时间;器械护士提前熟悉手术步骤,按使用顺序摆放器械,术中传递准确迅速,避免了因器械传递失误导致的时间延误。观察组术中出血量明显少于对照组($P < 0.05$),这得益于术中严格的止血配合和精细操作。器械护士在手术过程中密切关注术野出血情况,及时传递止血钳、止血材料等,协助医生快速止血;巡回护士准确记录出血量,根据医嘱及时输注止血药物,维持患者凝血功能稳定。观察组术后首次下床时间显著早于对照组($P < 0.05$),这与术前适应性训练和术后早期康复指导密不可分。术前指导患者进行股四头肌收缩、踝关节屈伸等训练,增强了患者肢体肌力和关节活动度,为术后早期活动奠定了基础;术后第1天即进行康复指导,帮助患者掌握正确的活动方法,避免因恐惧疼痛或担心脱位而不敢活动^[3]。

并发症发生率分析:观察组术后总并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。深静脉血栓是THA术后最常见的严重并发症之一,观察组发生率为2.00%,对照组为8.00%($P < 0.05$)。精细化护理通过多环节干预预防血栓形成:术前评估患者血栓风险,对高危人群提前进行健康宣教,指导其了解血栓危害及预防措施;术中维持患者体温稳定(手术间温度控制在22-25℃),避免低温导致的血管收缩和血液高凝;术后指导患者早期进行踝泵运动,促进静脉回流,同时按医嘱使用抗凝药物。切口感染是THA术后灾难性并发症,观察组发生率为2.00%,对照组为6.00%($P < 0.05$)。这得益于精细化护理中严格的无菌管理:手术间术前进行空气消毒,术中限制人员流动,减少空气污染;器械护士监督手术人员无菌操作,对违反无菌原则的行为及时纠正;切口敷料

更换时严格执行无菌技术,避免交叉感染^[4]。观察组未发生髌关节脱位,对照组发生率为4.00%($P < 0.05$),这与术后正确的体位管理和康复指导有关。

护理满意度分析:观察组护理满意度高于对照组($P < 0.05$),这反映了患者对精细化护理的高度认可。术前访视中,护理人员通过耐心沟通和心理疏导,缓解了患者的焦虑情绪,增强了其对手术的信心;术中护理人员操作规范、态度亲切,关注患者舒适度,使患者在陌生的手术环境中感受到安全感;术后及时的健康指导和访视,让患者感受到持续的关怀,增强了医患信任感^[5]。综上所述,精细化手术室护理配合通过优化术前准备、强化术中配合、完善术后干预,在缩短THA手术时间、减少出血量、降低并发症发生率、提高患者满意度方面均表现出显著优势。

参考文献

- [1]戴永梅.手术室护理配合在人工全髋关节置换手术中的效果及对手术时间与术中出血量的影响[J].养生科学,2024(5):99-101.
- [2]杜霞.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分析[J].当代医药论丛,2024,22(26):6-8.
- [3]贾妍,何红兰.手术室护理配合用于人工全髋关节置换术中对患者呼吸频率及血压水平变化的影响研究[J].现代诊断与治疗,2023,34(16):2501-2503.
- [4]李菊.手术室护理配合在人工全髋关节置换手术中的应用价值[J].中外女性健康研究,2022(11):133-134,139.
- [5]梁亮芳.针对性手术室护理配合在人工全髋关节置换术中的应用价值体会[J].黑龙江中医药,2022,51(1):262-264.