

感染的因素分析及治疗[J]. 中国感染与化疗杂志, 2013(6): 433-437.

- 7 Hong HS, Chang MC, Liu CL, et al. Is aggressive surgery necessary for acute postoperative deep spinal wound infection? [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2008, 33(22): 2473-2478.

8 段琨, 巩守. 保留内固定治疗腰椎后路内固定术后早期深部感染的临床疗效观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, (17): 67-68.

[收稿日期 2017-09-20][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

加速康复外科理念在老年髋部骨折患者围手术期护理中的应用

付海清

作者单位: 421001 湖南, 衡阳市南华大学附属第一医院

作者简介: 付海清(1982-), 女, 学士学位, 主管护师, 研究方向: 外科护理。E-mail: 768409000@qq.com

[摘要] **目的** 观察加速康复外科(ERAS)理念在老年髋部骨折围手术期护理中的应用效果。**方法** 采用临床随机对照实验设计, 选择 2015-01~2016-10 老年髋部骨折患者 80 例, 随机分为干预组(40 例)和对照组(40 例), 对照组实施传统常规护理, 干预组在加速康复外科的理念指导下进行护理管理, 干预时间从围手术期至出院后 6 个月。内容包括疼痛管理、感染管理、血栓管理、饮食管理、康复管理、随访管理。**结果** 术后干预组舒适度评分较对照组均有提高, 疼痛评分较对照组降低, 治疗后 6 个月髋关节功能优于对照组, 干预组手术后总并发症发生率较对照组明显减少, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 应用 ERAS 理念可以提高老年髋部骨折患者康复效果及满意度, 缓解疼痛, 提高髋关节功能。

[关键词] 加速康复外科; 髋部骨折; 围手术期; 护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2017)11-1102-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.11.26

老年髋部骨折是指发生于 60 岁以上人群的股骨颈或股骨转子间骨折, 随着中国进入老龄化社会, 骨质疏松性骨折患者越来越多。髋部骨折是对老年人影响最大的一类骨质疏松骨折。不像那些发生在腕部或肩部的骨折, 髋部骨折带来的疼痛和下肢活动障碍会迫使病人长期卧床, 难以活动。卧床会带来四大并发症: 呼吸系统感染、泌尿系统感染、深静脉血栓和褥疮, 这些并发症的发生会危及患者的生命^[1], 如何快速恢复老年人术前生活能力是目前面临的难题。加速康复外科(Enhanced Recovery after Surgery, ERAS)是采用有循证医学证据证明有效的围手术期处理措施, 可降低手术创伤的应激反应、减少并发症、提高手术安全性和患者满意度, 从而达到加速康复的目的^[2~4]。ERAS 理念已在多个领域内广泛应用, 但是在骨科特别是老年髋部骨折文献报道较少。我院对收治的 80 例老年髋部骨折患者分别

给予常规护理及 ERAS 理念护理管理, 比较不同的护理效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015-01~2016-10 在我院创伤骨科收治的老年髋部骨折手术患者 80 例。纳入标准: (1) 年龄 > 65 岁; (2) 患者自愿参与本研究并且具有一定的理解和语言表达能力; (3) 经放射检查确诊为髋部骨折(股骨颈骨折、股骨转子间骨折), 排除病理性骨折; (4) 在研究期间能够接受随访调查。排除标准: (1) 精神错乱, 骨折前生活不能自理; (2) 合并严重心脑血管等内科疾病无法手术。骨折前将 80 例诊断为髋部骨折并且符合纳入标准的老年患者按照入院的先后顺序进行编号, 应用随机数字表, 将患者进行随机分组, 其中干预组 40 例, 对照组 40 例。

1.2 方法 对照组按照老年髋部骨折传统护理规

范实施常规护理,按择期手术标准对患者进行术前评估、检查、术前准备、备皮、术前宣教,术后留置导尿管、引流管、监测生命体征、氧气吸入,术后去枕平卧,严格禁食禁水 6 h 以上,患者诉疼痛时给予止痛药,指导患者进行功能锻炼及并发症预防,出院时进行出院宣教。干预组在传统常规护理的基础上按照 ERAS 理念设计的所有环节增加模块化管理,主要分为疼痛管理、感染管理、血栓管理、饮食管理、康复管理、随访管理几个模块。

1.2.1 疼痛管理 入院时患者常伴有焦虑、紧张情绪,需要重视对患者进行术前教育,与患者充分沟通,同时配合物理治疗及自我行为疗法。患者入院即进行疼痛评估,进行首次疼痛教育,采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS),改变传统观念在患者疼痛时按需给药,而是给予镇痛新理念按时按量给药。调整患者骨折后的舒适体位,如果 VAS 评分 < 3 分予 NSAIDs 类药物、物理治疗、心理支持为主,中度疼痛(VAS 评分 4 ~ 6 分)予轻度疼痛方案加间断使用阿片类止痛药,重度疼痛(VAS 评分 7 ~ 10 分),入院即可进行髂筋膜、股神经持续神经阻滞,术中手术医生予切口周围及关节囊区域罗哌卡因局部注射。术后疼痛管理分为术后预防性镇痛和治疗性镇痛,首先采取 NSAIDs 类药物进行预防性镇痛,如果 VAS 评分 > 3 分则立即转为治疗性镇痛。主要措施包括调整患者舒适体位,心理护理减轻患者心理负担,冰敷和抬高患肢,减轻炎症反应,疼痛较重可选择阿片类镇痛药物,根据情况选择镇痛泵自控镇痛或持续周围神经阻滞镇痛。患者术前术后均有不同程度焦虑、睡眠差情况,可给予催眠或抗焦虑药物,这类药物虽然不具备直接的镇痛作用,但可以缓解焦虑、改善睡眠等,间接地发挥镇痛作用。出院以后应继续予以镇痛治疗,直至功能康复良好,以口服 NSAIDs 类药物为主。

1.2.2 感染管理 围手术期加强营养支持,鼓励患者咳嗽增加心肺功能。术前查看患者是否存在潜在性感染灶,肢体远端足趾是否有足癣、皲裂,术区皮肤是否有压疮、破损,术前 1 d 肥皂水清洗皮肤及消毒髌部,术前不常规用剃刀备皮,避免毛囊损伤,若一定需要备皮则用剪刀剪除毛发。需全麻插管或经鼻插管者可术前鼻腔涂抹莫匹罗星软膏,消除定植的金黄色葡萄球菌。术中使用保温措施,如保温毯、加温输液等,避免患者低体温。切皮前 30 min 预防性使用抗生素,术后加强管道护理,如手术时间 < 1.5 h 不插导尿管,麻醉清醒后当天尽早拔除导尿

管,注意引流管不能返折、脱落,根据引流量尽早术后第 2 天拔除引流管,避免带管外出检查,防止引流液返流及检查途中脱管。

1.2.3 血栓管理 根据中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南^[5],围手术期常规使用低分子肝素抗凝预防深静脉血栓,术后抬高患肢促进静脉回流,麻醉清醒后尽早指导行肢体功能锻炼。

1.2.4 饮食管理 鼓励患者进食高蛋白食物(鸡蛋、肉类),术前纠正低蛋白血症;食欲欠佳者可使用胃肠动力药及助消化药。术前禁食时间根据 ERAS 理念精确控制,术前至少 8 h 禁食不易消化固体,如肉类、油炸食物,术前 6 h 内禁食面条、米饭、馒头等淀粉类食物,术前 2 ~ 4 h 可饮用少量清水、无渣果汁、糖水等。术后麻醉清醒后若无恶心呕吐可立即进食清水,逐渐过渡到流质饮食,早期进食可减少静脉补液量。

1.2.5 康复及随访管理 肢体康复锻炼始终贯穿围手术期全程,与康复科康复医师一起制定个性化康复方案。不推荐使用 CPM,以患者主动功能锻炼为主,鼓励患者术后早期坐起,早期下地活动。住院期间指导患者掌握锻炼方法、助行器使用、上下床及如厕。分别在患者出院后两周、第 1 个月、第 3 个月、第 6 个月电话护理干预,指导睡眠、疼痛、饮食和功能锻炼。根据不同病种和手术方式建立微信群,建立科室微信公众平台,在群内解答问题,通过公众平台群发康复锻炼视频、预防跌倒、防治骨质疏松及护理等健康教育内容。

1.3 评价方法 采用 Kolcaba^[6]简化的舒适状况量表对两组患者术后 24 h、术后 72 h、术后一周舒适度进行评分,术后 6 个月回院复查评价髌关节 Harris 评分,统计比较两组术后肺部感染、尿路感染、深静脉血栓、褥疮发生率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后干预组 Kolcaba 评分较对照组均提高, VAS 评分较对照组降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 6 个月髌关节 Harris 评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。干预组手术后总并发症发生率较对照组明显减少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组术后 Kolcaba 评分、VAS 评分和 Harris 评分比较[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组 别	例数	Kolcaba 评分			VAS 评分			Harris 评分
		术后 24 h	术后 72 h	术后 1 W	术后 24 h	术后 72 h	术后 1 W	术后 6 个月
干预组	40	38.21 ± 1.21	66.67 ± 1.78	81.04 ± 2.64	4.08 ± 0.59	3.08 ± 0.68	2.08 ± 0.08	79.82 ± 3.79
对照组	40	35.23 ± 1.16	48.84 ± 1.48	62.47 ± 3.12	5.44 ± 0.36	3.74 ± 0.06	2.75 ± 0.29	74.58 ± 3.60
<i>t</i>	—	11.25	48.56	28.67	—12.30	—6.07	—14.02	6.32
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组术后并发症发生率比较[$n(\%)$]

组 别	例数	并发症				
		肺部感染	尿路感染	深静脉血栓	褥疮	总并发症发生率
干预组	40	1	1	0	1	7.5
对照组	40	3	4	2	1	25

注:两组总并发症发生率比较, $\chi^2 = 36.450, P = 0.000$

3 讨论

3.1 本研究结果提示,应用 ERAS 理念护理管理老年髋部骨折后,干预组术后 6 个月髋关节 Harris 评分明细高于对照组,说明干预可以促进老年髋部骨折患者的关节功能的恢复。研究结果表明干预组在减少术后疼痛 VAS 评分及提高患者术后舒适度方面有明显优势。患者术后不愿意活动主要原因是疼痛、禁食时间过长、各种管道如尿管及仪器的束缚,导致患者不愿意主动活动患肢,关节活动受限,关节粘连,进一步增加血栓风险,长期卧床加重骨质疏松,使患者错过最佳的康复时机。而 ERAS 理念采用已有循证医学证据减少围手术期应激措施^[7],如减少各种管道的留置,精确控制术前禁食和术后进食时间,通过进食来代替补液,加强围手术期镇痛,主张早期活动等,能进一步降低围手术期并发症发生率。

3.2 加速康复外科与微创外科是引领 21 世纪现代外科前进的两个重要发展方向,1997 年,丹麦学者 Kehlet 等^[8]首次提出了加速康复外科(ERAS)的概念。ERAS 的核心理念是减少/减轻外科手术及相关处理所致的应激因素,有利于机体较迅速地恢复被扰乱的内生理平衡,手术病人的康复速度与所受围手术期应激程度成反比,应激越弱,康复越快。因此,如何减少应激反应及手术并发症,促进病人康复,一直是外科追求的理想。ERAS 理念已经在胃肠外科、泌尿外科、胸心外科、骨科的关节外科等多个领域应用获得成功。2016 年我国发布了《中国髋、膝关节置换术加速康复—围术期管理策略专家共识》^[7],并运用于临床。老年髋部骨折对老年人生活质量有严重影响,甚至危及生命,治疗的目的是尽快恢复患者

的活动能力,减轻疼痛,避免卧床带来的并发症。ERAS 理念可以提高老年髋部骨折患者康复效果及满意度,改变老年髋部骨折是择期手术治疗传统理念,术前术后通过一系列已证实的循证医学证据提高患者治疗过程的舒适度,

3.3 目前面临的困难和阻碍 ERAS 广泛开展的主要因素是传统习惯和理念,如术前长时间禁食、术后长期卧床、放置引流管、尿管、术后去枕平卧、按需止痛等。我院调查既往手术病人平均术前禁食时间长达 16 h,术后禁食时间平均 > 6 h。如此长时间的禁食无疑对手术病人的内环境造成极大刺激,如何精确控制禁食时间需要护理部、手术医生、麻醉科、营养科进行多学科协作。对于疼痛,既往传统观念认为患者有需求时才给予治疗,而目前我们改变被动为主动管理疼痛,尽量追求少痛或无痛,实现以最小创伤,获得患者最快的康复与最佳的疗效。

参考文献

- 1 陈 鹏,刘文和,颜林淋,等. 老年人骨质疏松性髋部骨折 100 例治疗探讨[J]. 中国临床新医学,2012,5(5):410-412.
- 2 Rahman L, Oussedik S. Patient preparation for total knee arthroplasty: reducing blood loss, thromboprophylaxis and reducing infection risk. Total Knee Arthroplasty[M]. Germany: Springer, 2015: 57-67.
- 3 Chiung-Jui Su D, Yuan KS, Weng SF, et al. Can early rehabilitation after total hip arthroplasty reduce its major complications and medical Expenses? Report from a Nationally Representative Cohort[J]. Biomed ResInt, 2015, 2015: 641958.
- 4 Van Egmond JC, Verburg H, Mathijssen NM. The first 6 weeks of recovery after total knee arthroplasty with fast track: A diary study of 30 patients[J]. Acta orthop, 2015, 86(6): 708-713.
- 5 田 伟. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志,2016,36(2):65-71.
- 6 Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome[J]. ANS Adv Nurs Sci, 1992, 15(1):1-10.
- 7 周宗科,翁习生,曲铁兵,等. 中国髋、膝关节置换术加速康复—围术期管理策略专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2016, 9(1): 1-9.
- 8 Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002,183(6): 630-641.