

# 基于 ERAS 模式下一例髋关节置换术患者的护理

杨志芬

临沧市人民医院 云南临沧 677000

**摘要:**我国处于老龄化社会阶段,股骨头坏死发生率呈现上升趋势。THA 术常被用于股骨头坏死患者,可有效缓解患者痛苦,改善机体髋关节功能,纠正畸形关节。与其他手术进行对比,THA 术要求更高,且对患者应激反应大,术后并发症发生率高,进一步影响患者术后疗效。由此,采取合理的护理措施,确保术后疗效是改善人工髋关节置换术患者预后的关键。

**关键词:**ERAS 模式;一例;髋关节

近年来,我国医疗技术水平进一步发展,ERAS 理念得到不断完善,被广泛用于骨科疾病,可有效减轻患者创伤程度,还可减少应激反应,缓解患者疼痛程度,最终提高疗效。

## 1 个案意义

本次个案选取我院收治的一例人工髋关节置换术的患者,该患者病程长、营养状况差、血红蛋白较低,对手术缺乏信心,术中及术后并发症风险较高,对该患者实施 ERAS 理念护理干预,包括术前预康复、缩短禁食时间、术后早期下床、早期进食等护理措施,旨在探讨 ERAS 理念对髋关节置换术患者的护理效果。

## 2 个案简介

### 2.1 一般资料

患者,林某某,男,58岁,2023年7月22日因“双侧髋关节痛9年余”收治入院,入院查体:扶拐跛行入科,双侧髋关节屈髋30~40°固定,双下肢不能伸直,双侧髋关节周围无肿胀,皮肤完整,腹股沟中点压痛阳性,大转子无叩痛,不能内收、外展,功能明显首先,髋关节以下肌力、张力正常,肢端循环、感觉、活动正常,生理反射存在,病理反射未引出,入院完善检查,诊断为“双侧股骨头坏死;高血压3级很高危组”。

### 2.2 病情进展

入院查血红蛋白81g/L,术前予叶酸片、人促红素注射液升血色素,预防贫血治疗,加强康复训练宣教、疼痛评分、静脉血栓风险评估,积极完善各项术前检查;于8月1日在全麻下行双侧髋关节置换术,手术顺利,安返病房,术后根据病情予以拔出尿管,多模式镇痛,加强康复指导、饮食、疼痛宣教,鼓励早期活动。

### 2.3 结局

8月13日患者好转,术后恢复良好,出院。

### 2.4 具体实施措施

2.4.1 成立 ERAS 个案管理小组,并对成员进行培训考核成立质控组,建立责任护士考核标准,针对疼痛管理(患者疼痛知晓率,护士疼痛管理执行方面)、康复锻炼方面,患者满意度方面,对责任护士进行综合考核。

#### 2.4.2 术前预康复

患者术前血红蛋白较低,因关节疼痛病程较长,活动较少,肺功能较差,长期病痛使患者治疗信心欠缺。予术前预康复,提高患者术前生理储备,旨在减少并发症,加快康复进程。

##### 2.4.2.1 运动

指导患者床上训练排便,手术体位训练,术前学会使用助行器行走,指导直腿抬高,贴床屈膝运动,患肢外展练习,抬臀练习以及吹气球呼吸功能的锻炼;

##### 2.4.2.2 营养

遵医嘱人促红素注射液等升血色素,制定个体化的营养方案,增加优质蛋白和新鲜蔬菜水果的摄入;ERAS 理念所遵循的护理原则是不给予患者术前肠道准备,在手术前禁食4~6h,术前2小时左右,嘱患者饮脉动饮料100ml,手术当天给予患者能量合剂。

##### 2.4.2.3 心理

普及 ERAS 相关知识,督促家属陪伴,指导患者放松训练,促进睡眠;



图1 术前呼吸功能锻炼



图2 术前行走练习



图3 术前行走练习

### 2.4.3 术后加速康复措施

#### 2.4.3.1 制定围手术期镇痛方案

措施1: 动态的疼痛评估, 是进行有效疼痛控制的首要环节

使用NRS疼痛评分表进行动态、全面评估: 疼痛部位、疼痛性质、疼痛时间、疼痛类型、VAS疼痛评分、疼痛对患者的影响; 评估时机: 每班、疼痛时、疼痛处理后评价处

理效果;

措施2: 反复评估, 多模式镇痛、阶梯式调整药物、剂量及给药方式; 确定患者保持无痛状态, 提高生活质量。

表1 疼痛评估及镇痛方案实施表

疼痛评分≤3分 (轻度疼痛)	疼痛评分4-6 (中度疼痛)	疼痛评分≥7 (重度疼痛)
NSAIDs(塞来昔布)+ 非药物治疗	弱阿片类药物(地佐辛)+NSAIDs(塞来昔布)+ 非药物治疗	强阿片类药物(吗啡)+NSAIDs(塞来昔布)+ 辅助药物+非药物治疗

(1) 术前准备: 药物治疗+心理护理;

(2) 术中准备: 采用鸡尾酒方案。

药物组成包括: 罗哌卡因100mg+肾上腺素1mg+复方倍他米松注射液1ml, 利用生理盐水将鸡尾酒稀释, 在假体植入前后分别注射到关节囊内及周围韧带组织, 来达到镇痛小高层, 再加用抗生素预防手术部位感染。

(3) 多模式镇痛: ①给药多途径: 静脉注射、肌肉注射、自控式镇痛泵, ②药物选择多模式: 阿片类、NSAIDs、COX-2抑制剂联合应用, ③个体化镇痛。

措施3- 指导病人疼痛自我应对方法:

指导其做深呼吸、全身肌肉放松, 分散注意力; 疼痛缓解期鼓励患者咳嗽, 促进肺复张及痰液排出。

2.4.3.2 运动康复: 鼓励早期下床活动

股四头肌等长收缩练习, 20 min/次, 3次/d;

抬臀练习, 直腿抬高练习, 患肢外展练习, 贴床屈膝运动, 踝泵运动: 足踝环转运动, 3次/d, 15 min/次。

术后当天或次日开始, 搀扶患者下床边站立, 借助助行器行走。



图4 术后行走练习



图5 术后行走练习

#### 2.4.3.3 营养支持：鼓励早期进食

术后2h给予患者少量饮水，患者无恶心呕吐等并发症，未出现呛咳等症状；

术后当天进食流质半流质饮食；

术后第一天开始，正常饮食，鼓励患者进食高蛋白、高能量的食物，禁止摄入油腻、辛辣以及会产生胀气的食物。

### 3 个案独特性、重要性和亮点

#### 3.1 ERAS 理念联合多学科合作

麻醉师、药剂师、护理人员等进行跨学科协作，纠正、改善已知并发症可能存在的问题，提高患者依从性，实现加速康复的目的；

#### 3.2 术前预康复

预康复是基于加速康复外科理念(ERAS)而提出的一种术前管理新策略，包括运动、心理和营养支持等，以提高术前生理储备，减少并发症，加快康复进程。

#### 3.3 ERAS 宣教普及

术前进行健康宣教，遵守快速康复措施的积极性更高；

#### 3.4 个性化疼痛管理措施

超前镇痛措施及多模式镇痛措施，可降低术后并发症，提高满意度，在降低疼痛时，尽可能减少药物用量，这也是加速康复计划的重点；

#### 3.5 积极鼓励患者早期活动

鼓励患者早期进行患肢活动，有利于患者早期进行下床活动，可以有效促进髌关节功能恢复，并预防相关并发症的发生；

#### 3.6 饮食补充

注意患者饮食指导的同时，加强蛋白质、维生素、高纤维等微量元素的补充，可促进患者的恢复。

### 3.7 出院康复指导

#### 3.7.1 体位指导

最好平卧位或半卧位，两腿间夹软枕，保持患肢外展中立位，禁止盘腿、禁止坐矮凳子，禁双腿交叉、弯腰拾物，患肢避免内收、内旋动作，站立时尽量外展，禁跪坐行李、禁跷二郎腿，穿衣服时身体不前倾，不坐很深的沙发。

#### 3.7.2 功能活动指导

加强功能锻炼，术后3个月患肢不负重，使用双拐由双拐→单拐→弃拐，然后独立行走，进行简单的活动，如散步等，完全恢复后行一般的生活活动，避免剧烈运动。

#### 3.7.3 日常活动指导

注意合理饮食，多食含钙食物，避免肥胖，戒烟酒，厕所使用坐便器，穿衣裤先患后健侧，不穿系鞋带的鞋，穿衣时保持伸髌屈膝位，沐浴时取淋浴，预防感冒，及时控制感染，出院后有任何异常及时复诊。

#### 3.7.4 加强出院后随访

随访患者疼痛缓解程度、行动能力、有无相关并发症，是否知晓复查时间，是否严格进行功能锻炼。

### 4 个案产生的创新性结果或影响

#### 4.1 护理实践的创新

(1) 个性化护理方案的制定：在ERAS模式下，护理方案更加个性化，针对患者的具体情况和需求进行制定。这种针对性的护理方法能够更有效地解决患者的实际问题，提高护理效果。

(2) 多学科协作：ERAS模式强调多学科之间的协作，包括骨科、麻醉科、康复科等多个科室共同参与患者的护理过程。这种协作模式能够确保患者在整个围手术期得到全面、系统的护理，提高护理质量和安全性。

#### 4.2 患者护理效果的改善

(1) 促进快速康复：ERAS模式下的护理措施如早期进食、早期下床活动等，能够显著促进患者的快速康复。患者能够更快地恢复身体功能，减少住院时间，提高生活质量。

(2) 降低并发症风险：通过ERAS模式下的护理措施，如有效的疼痛管理、预防深静脉血栓等，能够显著降低患者术后并发症的风险。这对于提高手术成功率、减少患者痛苦具有重要意义。

#### 4.3 护理人员能力的提升

(1) 专业知识与技能的提升：ERAS模式的实施要求

护理人员具备较高的专业水平和综合能力。在参与 ERAS 模式下的护理过程中,护理人员需要不断学习和掌握新的知识和技能,提高自己的护理水平。

(2) 科研能力的激发:通过参与 ERAS 模式下的护理个案研究,能够积累宝贵的科研经验,激发自己的科研兴趣。这对于推动护理学科的发展具有重要意义。

#### 4.4 医院护理服务质量的提升

(1) 护理流程的优化:ERAS 模式的实施能够促进医院护理流程的优化和标准化。通过不断总结经验和完善制度,医院能够形成一套科学、高效的护理流程,提高护理服务的整体质量。

(2) 患者满意度的提高:ERAS 模式下的护理措施能够显著提升患者的满意度。患者能够感受到更加人性化、个性化的护理服务,从而增强对医院的信任和认可。

综上所述,基于 ERAS 模式下一例髌关节置换术患者的护理个案产生的创新性结果或影响是多方面的,不仅促进了患者的快速康复和降低了并发症风险,还提升了护理人员的专业能力和医院的护理服务质量。这些创新性的结果或影响对于推动护理学科的发展和提高医疗服务水平具有重要意义。

### 5 反思和启示

#### 5.1 反思

(1) 多学科协作的重要性:在此个案中,多学科协作发挥了关键作用。然而,在实际操作中,存在学科间沟通不畅、协调不足的问题。

(2) 患者教育与沟通的深度:ERAS 模式强调患者的积极参与和配合。然而,患者因对疾病手术和 ERAS 相关知识缺乏了解而产生恐惧、焦虑等负面情绪,缺少配合。

(3) 护理流程与标准化的挑战:ERAS 模式要求护理流程更加标准化、精细化。然而,在实际操作中,由于患者病情的复杂性和多变性,护理流程可能难以完全标准化。

#### 5.2 启示

(1) 强化多学科协作机制:进一步加强多学科之间的协作与沟通,护理人员加强培训,不断学习和掌握新的护理技术和方法,提高护理水平和服务质量,满足不断发展的多学科合作需要。

(2) 加强患者教育与沟通:重视患者教育和沟通工作,通过多种形式向患者普及疾病、手术及 ERAS 知识,提高患者的认知水平和依从性。同时,还应关注患者的心理需求,给予必要的心理支持和安慰,帮助患者树立战胜疾病的信心。

(3) 优化护理流程与标准化:根据 ERAS 模式的要求,对护理流程进行优化和标准化。通过制定详细的护理操作规范、建立护理质量评价体系等方式,确保护理工作的规范化和标准化。

#### 参考文献:

[1] 徐玲玲,庄珊珊,张转运.成人骨科全麻后进水管道的最佳证据总结[J].当代护士,2023,30(4):1-5.

[2] 国家卫生健康委加速康复外科专家委员会骨科专家组,中国研究型医院学会骨科加速康复专业委员会,中国康复技术转化及促进会骨科加速康复专业委员会.骨科大手术加速康复围手术期营养管理专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2022,15(10):763-767.

[3] 国家卫生健康委加速康复外科专家委员会骨科专家组,中国研究型医院学会骨科加速康复专业委员会,中国康复技术转化及促进会骨科加速康复专业委员会.骨科择期手术加速康复预防手术部位感染专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2022,15(10):746-753.

[4] 国家卫生健康委加速康复外科专家委员会骨科专家组,中国研究型医院学会骨科加速康复专业委员会,中国康复技术转化及促进会骨科加速康复专业委员会.骨科加速康复围手术期疼痛管理专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2022,15(10):739-745.

[5] 中国老年保健协会.髌膝关节置换围手术期加速康复专家共识[J].实用骨科杂志,2021,27(11):961-965.

[6] 王芳春,王福英,刘惠.基于 ERAS 理念的护理干预在行髌关节置换术患者围术期护理中的应用效果分析[J].透析与人工器官,2019,30(4):147-149.

#### 作者简介:

杨志芬(1995—),女,汉族,云南省临沧市,本科临沧市人民医院 主管护师 研究方向:无痛快速康复外科。