

全髋关节置换术的手术室护理配合效果及对 VAS 评分的影响

王 柠

中国人民解放军海军第九七一医院 山东青岛 266071

摘 要: 目的: 全髋关节置换术的手术室护理配合效果及对 VAS (visual analogue scale, 视觉模拟评分法) 评分的影响。方法: 研究时间起于 2023 年 07 月, 止于 2025 年 06 月, 参考对象具体构成为: 全髋关节置换术治疗的患者, 而后分组, 指导原则为: 随机抽签法, 具体组别为: 对照组、实验组, 2 组全髋关节置换术患者病例数为 70, 各组中收纳样本数为 35; 其中, 常规护理用于对照组, 联合手术室护理配合用于实验组, 就 2 组护理效果展开比较。结果: 临床指标, 实验组优于对照组, $P < 0.05$ 。VAS 评分评估, 术后第三十天评分没有显著差异, 术后第二、四、七天, 实验组评分低于对照组, $P < 0.05$ 。髋关节功能评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。生活质量评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 为全髋关节置换术患者实施手术室护理配合, 能够优化手术治疗效果基础上, 缓解术后疼痛程度, 促进髋关节功能恢复。

关键词: 全髋关节置换术; 手术室护理; VAS 评分

统计研究显示我院骨科骨关节炎和股骨头缺血性坏死的发病率较高, 该种类型的患者实施的全关节置换术属于比较关键的治疗手段, 在临床应用日益广泛^[1]。然而研究分析发现患者开展全关节置换术期间造成的手术创伤以及在术后出现的疼痛症状, 直接影响了患者的康复进程^[2]。基于促进患者术后快速康复的目标, 本文将分析手术室护理配合在全髋关节置换术治疗期间的应用效果。

1 资料与方法

一般资料

选取 2023 年 07 月--2025 年 06 月期间全髋关节置换术治疗的 70 例患者作为研究样本, 按照随机抽签法将患者分为对照组 (常规护理) 和实验组 (手术室护理配合)。实验组: 男/女占比 21/14, 年龄 53-78 岁, 平均 (65.25 ± 7.65) 岁; 对照组: 男/女占比 19/16, 年龄 54-79 岁, 平均 (65.78 ± 7.29) 岁。两组研究样本一般资料, $P > 0.05$ 。

方法

对照组: 常规护理, 按照常规护理流程, 为患者开展术前方式做好生命体征检测, 做好常规无菌操作规范。术后由护理人员协助患者转运至病房, 按照常规流程给予镇痛药物^[3]。

实验组: 手术室护理配合。(1) 术前三维规划配合。在手术治疗之前, 要与护理团队共同协作, 分析患者的具体

病情状况, 分析影像学数据。能够预判术中可能出现的相关风险, 以及术中需要的特殊器械和假体型号。(2) 做好体位管理优化, 需要使用记忆棉垫对于患者的关节突出部位进行保护, 在手术治疗过程中, 实时调整下肢牵引力度, 主要目的避免出现神经损伤风险^[4]。(3) 做好多维度疼痛干预, 在关节囊缝合之前注射相关的镇痛药物, 同步采取冰敷和加压包扎的形式来缓解术后疼痛^[5]。(4) 在术后早期阶段, 介入功能康复锻炼是从术后 6 小时开始指导患者开展踝泵训练, 每天开展三次记录训练情况。

观察指标

临床指标, 包括: 术中出血量、手术时间和住院时间, 出血量越少、时间越短护理越好。

VAS 评分, 术后疼痛程度, 视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 0-10 分, 疼痛逐渐升高, 评分越低越好。

髋关节功能评分, Harris 评分标准评估, 包括: 疼痛 (0-44 分)、功能 (0-47 分)、髋关节活动度 (0-5 分)、肢体畸形 (0-4 分), 总分 100 分, 评分越高越好。

生活质量, 世界卫生组织生存质量测定量表简表, 26 项目, 总的健康状况与生存质量 (10 分)、生理领域 (7-35 分)、环境领域 (8-40 分)、心理领域 (6-30 分)、社会领域 (3-15 分), 评分越高越好。

统计学方法

SPSS21.0 数据处理, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$), t 检验, 计数资料 (n,%), 卡方检验, 用 $P < 0.05$ 表示有意义。

2 结果

2.1 临床指标

临床指标, 实验组优于对照组, $P < 0.05$ 。

表 1 临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间 (d)
实验组	35	141.59 ± 14.36	48.59 ± 5.69	15.32 ± 3.25
对照组	35	190.04 ± 16.65	66.89 ± 7.58	23.62 ± 6.69
t	--	13.036	11.422	6.602
P	--	0.000	0.000	0.000

表 3 髌关节功能评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	Harris 总评分		肢体畸形		髌关节活动度		功能		疼痛	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	35	35.78 ± 6.23	83.14 ± 3.95	1.05 ± 0.29	3.06 ± 0.35	1.42 ± 0.52	3.89 ± 0.39	17.51 ± 3.06	39.19 ± 2.16	15.59 ± 3.18	36.89 ± 2.26
对照组	35	35.21 ± 5.95	70.95 ± 4.75	1.12 ± 0.31	2.71 ± 0.33	1.38 ± 0.62	3.29 ± 0.48	17.62 ± 3.14	33.86 ± 2.25	15.49 ± 3.23	31.19 ± 3.02
t	--	0.391	11.673	0.975	4.304	0.292	5.739	0.148	10.109	0.130	8.939
P	--	0.696	0.000	0.332	0.000	0.770	0.000	0.882	0.000	0.896	0.000

2.4 生活质量

生活质量评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实

2.2 VAS 评分

VAS 评分评估, 术后第三十天评分没有显著差异, 术后第二、四、七天, 实验组评分低于对照组, $P < 0.05$ 。

表 2 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	第二天	第四天	第七天	第三十天
实验组	35	2.61 ± 1.01	1.92 ± 1.11	1.23 ± 0.46	0.78 ± 0.23
对照组	35	5.36 ± 1.06	4.62 ± 0.68	4.39 ± 0.68	0.80 ± 0.26
t	--	11.111	12.270	22.771	0.340
P	--	0.000	0.000	0.000	0.734

2.3 髌关节功能评分

髌关节功能评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。

验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。

表 4 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会领域		心理领域		环境领域		生理领域		总的健康状况与生存质量	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	35	7.85 ± 3.58	12.36 ± 1.12	19.95 ± 6.49	25.75 ± 3.12	24.69 ± 5.42	32.69 ± 2.26	20.68 ± 5.91	29.61 ± 3.07	5.32 ± 2.49	8.14 ± 1.03
对照组	35	7.92 ± 3.36	10.26 ± 1.51	19.71 ± 6.74	22.42 ± 3.62	24.95 ± 5.71	27.54 ± 3.29	20.58 ± 6.02	26.49 ± 4.37	5.23 ± 2.38	6.89 ± 1.16
X2	--	0.084	6.608	0.151	4.122	0.195	7.633	0.070	3.456	0.154	4.767
P	--	0.933	0.000	0.879	0.000	0.845	0.000	0.944	0.000	0.877	0.000

3 讨论

随着社会老龄化程度不断加深, 终末期髌关节病变的临床诊疗面临重大挑战。作为骨科领域成熟的外科干预方案, 全髌关节置换术虽能有效解决关节功能障碍, 但现有文献表明相当比例的患者术后仍面临持续性疼痛和功能恢复障碍的困扰^[6]。当前临床实践中的主要痛点集中体现在三个方面: 被动式的护理响应模式导致镇痛方案存在时间窗延迟, 患者早期活动度受限; 由于术前准备不充分, 医护人员对特殊解剖结构的认知不足可能引发医源性损伤; 滞后的康复介入直接关系到关节功能的最终恢复水平^[7]。这些系统性缺陷凸显了构建新型手术室护理配合体系的必要性。优化后的手

术室护理方案展现出显著优势: 通过数字化术前评估实现假体选择的精准匹配, 有效提升手术效率; 采用创新的压力分散装置结合实时牵引力监测技术, 大幅降低神经血管并发症风险; 实施多模块协同镇痛策略, 在确保安全性前提下显著减少麻醉药品用量。这种整合性护理模式为提升全髌关节置换术的临床疗效提供了新的实践路径。

临床指标, 实验组优于对照组, $P < 0.05$ 。VAS 评分评估, 术后第三十天评分没有显著差异, 术后第二、四、七天, 实验组评分低于对照组, $P < 0.05$ 。髌关节功能评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。生活质量评分, 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评

分高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,通过专业化的手术室护理团队制定手术室护理配合,对全髋关节置换术患者实施精细化围术期管理,可显著提升临床疗效,有效减轻患者术后不适症状,同时加速髋部运动功能康复进程。

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.DOI:10.19435/j.1672-1721.2025.08.030.

[2] 黄凤英,陈建霞,吴杨,等.手术室护理与病房护理相衔接护理在老年膝/髋关节置换术患者中的应用[J].基层医学论坛,2025,29(05):153-156.DOI:10.19435/j.1672-1721.2025.05.040.

[3] 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.

[4] 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.

[5] 孟相茜,王娜,宋新霞.基于风险评估的个体化手术室护理对老年髋关节置换术患者应激状态影响[J].哈尔滨医药,2024,44(02):112-114.

[6] 谢艳娇,杨晶.分析手术室护理联合麻醉护理干预在行髋关节置换术老年患者中的应用效果及对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(10):2294-2296.

[7] 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.