

# 责任制护理在人工膝关节表面置换术围手术期的应用效果

李玲 刘云僖

(沧州市第四医院 南皮县人民医院 河北 沧州 061500)

**摘要:**目的:观察责任制护理在人工膝关节表面置换术(以下简称为膝关节置换术)围手术期的应用。方法:我院骨科在2020年7月实行责任制护理,选取我院2020年1月-2020年6月收治的25例膝关节术后患者作为对照组对象,2020年8月-2021年1月收治的25例膝关节术后患者作为观察对象,其中对照组患者围手术期间均为功能制护理;观察组患者围手术期间均为责任制护理,观察对比两组患者的护理效果。结果:由功能制护理转变为责任制护理后,患者满意率大大提高,且差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:责任制护理在人工膝关节表面置换术围手术期中的应用优于功能制护理,能有效提高工作效率和患者满意度,值得临床推广。

**关键词:**人工膝关节表面置换术;围手术期;责任制护理;功能制护理

## 前言

膝关节置换术是将一个人工膝关节通过手术植入患者体内的方法。手术目的是解除患者疼痛,纠正关节畸形,获得一个稳定无痛有良好功能的膝关节。责任制护理是以患者为中心,将整体护理与责任制结合起来的新型护理工作模式<sup>[1]</sup>。近年来,膝关节置换术的人群不断增加,使用人工假体来维持膝关节功能,保持良好的生活水平已经是膝关节损伤患者的一个重要手段。在护理的过程中以了解膝关节置换术患者的恢复情况为基础,深化优质护理服务工作,改善患者就医体验,提高患者满意度。

具体情况如下:

### 1 一般资料和方法

#### 1.1 一般资料

选取我院2020年1月-2020年6月收治的25例膝关节术后患者作为对照组对象,2020年8月-2021年1月收治的25例膝关节术后患者作为观察对象,其中对照组患者围手术期间均为功能制护理;观察组患者围手术期间均为责任制护理,观察对比两组患者的护理效果。将其分为对照组( $n=25$ )和观察组( $n=25$ )其中对照组中男性患者10例,女性患者15例,观察组男13例,女性13例,患者年龄在55岁-75岁之间。对两组患者进行比较,两组患者一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

#### 1.2 方法

对照组患者均为功能制护理,观察组患者均采用责任制护理。主要包括以下方面:(1)入院宣教:向患者及家属介绍病区内布局,介绍护士站、医办室、开水间,标本放置处,告知患者晚上22点以后不能进食水,第二天早上护士6点左右去病房进行抽血等标本的采集。介绍城乡居民患者、医保患者及意外伤害患者登记手续方法。疫情期间协助患者及家属扫描健康码及行程码,禁止其他家属探视。告知其住院期间不得吸烟喝酒,不得无故离开医院。住院期间一定注意四防:防滑倒、防坠床、防跌倒、防火灾。(2)根据患者自身情况评估及填写日常生活能力评估表、压疮评分表、跌倒/坠床评分表、深静脉血栓评分表,住院患者(成人通用)评估表,和医生共同制定患者护理级别,根据护理级别采取相应的护理措施。护理工作中风险无处不在,风险评估是风险管理的第一步。护理人员只有意识到风险的存在,准确做出风险评估,并根据风险评估的结果做好环节控制,才能有效地防范风险发生,护理风险评估量表是预防护理风险发生的关键环节。压疮评分表通过对患者进行感觉、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力等项目的评估评分,提高护士对压疮风险的评估能力及安全服务意识,能针对性筛查出具有压疮风险的患者,利于护士展开重点防范,提供工作指引,使护理工作有计划、有重点,提高工作效率。跌倒/坠床评分表

是医院经常使用的表格,跌倒/坠床会造成脑部损伤、软组织挫伤、骨折等伤害,从而给患者增加痛苦和负担,引发医疗纠纷<sup>[2]</sup>。患者发生跌倒/坠床的原因是多方面的,预防跌倒/坠床是每一名护理人员重要职责之一<sup>[3]</sup>。静脉血栓是引起住院患者突然猝死或重大并发症的危险事件,有研究显示,术后DVT的发生率高达43.2%<sup>[4]</sup>。日常生活能力评估(ADL)表格通过患者进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、上厕所、床椅转移、独立行走、上下楼梯这十个方面进行评估。满分为100分,<40分为重度依赖,41-60分为中度依赖,61-99分为轻度依赖,100分为无需依赖。通过各类评估量表更加进一步的了解患者,为患者提供更优质,更有针对性的护理服务,从而达到责任制护理的目标(3)因为一般做手术患者大多为老年患者,在评估时需要详细询问之前有无走失史,如有走失史需要为患者佩戴专用黄色腕带,写清患者信息及家人联系方式,列为重点关注人群。(4)责任护士需全面了解患者病情,熟知十知道:患者姓名、诊断、病情、治疗、护理措施、并发症、饮食、宣教知识、心理状态、主要化验结果阳性检查结果。(5)术前护理:1.心理护理:膝关节置换患者大多数为中老年人,对于疾病知识缺乏,容易出现焦虑紧张情绪,因此应首先为患者进行心理护理,耐心讲解疾病专业知识,介绍多项手术成功案例,耐心倾听患者问题,消除其紧张焦虑情绪,增加患者对手术的信心。护士是患者的最早接触的医护人员,在面对患者时护士应该细心,温柔,主动做自我介绍,打破与患者之间的隔阂,增进护患关系,获取患者的信任,给予患者有效的帮助。应该给患者以充分的同情、理解、尊重,接受患者的感受和看法。不良的心理因素会引起一系列生理变化,同时加重心理反应,降低手术成功率,此时护士应多关心爱护患者,做到以患者为中心。要及时的了解患者的动态心里变化,可采用护理心理学——叙事护理。叙事护理是指护理人员通过对患者的故事倾听、吸收,帮助患者实现生活、疾病故事意义重构,发现护理要点,继而对患者实施护理干预的护理实践。心理护理尤为重要,一定不能忽视。2术前准备:其次为患者做好术前准备,完善术前各项常规检查,交代手术时间及注意事项。遵医嘱行皮试,备血等。ERAS的使用也为患者减轻了负担,由原来的术前12H禁食,4-6H禁饮转变为了术前4H禁食,2H禁饮,减轻了患者的生理负担。3排便指导:指导患者进行床上大小便的训练。患者术后卧床会导致排便习惯的改变,如果不提前训练,则有可能在术后造成便秘、泌尿系感染等一系列的术后并发症。术前留置尿管是必不可少的一环,留置尿管患者通常在麻醉恢复后,感觉到尿道疼痛,且异物感明显。常见问题有感染、尿液外溢、膀胱的废用性挛缩以及患者心理问题等<sup>[5]</sup>。随着人们生活水平的提高,文化程度也越来越高,生活方式越文明,越接受不了尿管排小便,增加患者心理负担。在

术后 6H 或麻醉恢复后拔除尿管有利于减轻患者疼痛,减少患者负担。术前术后进食粗纤维、高营养食物,以防便秘。4: 指导患者术前学会轮椅、助行器的使用,以便术后康复训练的进行。助行器是辅助人体支撑体重、保持平衡和行走的工具,它可以提高运动功能,减少并发症;提高生活能力,改善生活质量,节省体力。在使用助行器时首先要评估助行器的螺丝有无松动,支脚垫是否完好适用。将助行器调整至适宜高度,当患者直立,双手握住助行器把手、肘关节屈曲 15°——30° 时,即助行器的高度与患者直立上臂自然下垂时的腕掌横纹高度一致,为最舒适的高度。行走时需穿防滑鞋子,不易穿拖鞋。应保持地面干燥,走廊内宽敞通畅,光线明亮。时用三步法或四步法行走。三步法:患者抬头挺胸,双手同时将助行器举起向前移动一步,约 20-30 厘米。患肢抬高后迈出半步,双手臂伸直支撑身体迈出健侧与患肢平行。四步法:患者抬头挺胸,双手同时将助行器举起向前移动一步,约 20-30 厘米,患肢抬高后迈出,约落在助行器的横向偏后方,再次向前移动助行器,双手臂伸直支撑身体,迈出健侧,超过患肢位置,落在患肢与助行器之间,重复此步骤。(4) 术后护理: 1. 一般护理: 患者术后返回病房,密切观察患者生命体征,给予一级护理,建立一级护理观察表。抬高患肢,促进静脉、淋巴回流,观察患者术后伤口及敷料情况,皮肤温度,患者足背动脉及肢端血运情况应用 ERAS 管理,在患者无恶心呕吐症状的前提下,回到病房后便可枕低枕头。3. 管路护理: 告知患者留置尿管注意事项,术后返回病房即可夹闭引流管,1 小时打开一次,排空膀胱后继续夹闭,6 小时或者患者麻醉恢复后拔除尿管。如有伤口引流管,则需妥善固定引流管,防止脱管,避免不良事件的发生。注意观察引流管内的颜色、性质及量,引流管内液体 2H 内 > 200ML 时需及时通知主治医师,必要时遵医嘱采取夹管处理。4: 饮食护理: 以前患者术后进食,需要 6H 以后或麻醉恢复后方可进食,ERAS 使用以来,患者在恢复肠蠕动且无恶心、呕吐的情况下即可进食流食。大大减少了患者术前术后整体的禁食时间。5: 术后并发症的处理: 1) 伤口感染: 注意观察切口周围皮肤有无红、肿、热、痛等急性炎症表现,同时观察有无胶布过敏及张力性水泡出现,注意体温变化。2) 患肢肿胀: 使用冷敷机,抬高患肢,踝泵训练等。3) 下肢深静脉血栓: 是全膝关节置换术后严重而常见的并发症,护理重点是预防和早期发现 DVT。采用物理预防,指

表 1 两组患者术后满意率对比[n,%]

组别	例数	非常满意	满意	基本满意	不满意	满意率
对照组	25	10 (40%)	5 (20%)	7 (28%)	3 (12%)	60%
观察组	25	18 (76%)	5 (20%)	2 (8%)	0	92%
<i>P</i>						<0.05

3. 讨论

随着社会人口老龄化的增加,膝关节损伤的发病率逐渐增高,膝关节是一个复合关节,由股骨内、外侧髁和胫骨内、外侧髁及髌骨、韧带、肌肉等构成,为人体最大且结构最复杂、损伤亦严重的关节。应用膝关节面置换术也成了解决患者伤痛的一个重要诊疗方法。而在患者膝关节围手术期的管理中,改善护理模式,由功能制转变责任制的方式,也带来了显著的效果。使患者从生理上及心理上都得到了最大的满足,加快了患者康复时间,有效提高了膝关节置换术患者的生活水平。

本文观察数据显示,观察组患者满意率明显高于对照组且差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 实验表明, 责任制护理在人工膝关节置换术围手术期的应用具有临床价值。

导患者戒烟, 进食低脂肪且富含维生素的食物, 保持大便通畅, 以减少因用力排便负压增高, 影响下肢静脉回流, 抬高患肢, 观察下肢皮肤颜色、温度, 皮肤感觉情况。器械预防: 使用足底静脉泵, 通过采用输送脉冲压力气体冲击足底, 来大幅度提高静脉血回流速度, 加快动脉循环; 穿戴下肢弹力袜。药物预防: 皮下注射低分子肝素钙, 口服利伐沙班等药物治疗。如患者住院期间出现下肢血栓, 则需停止足底静脉泵的使用, 禁止按摩患肢, 以免造成血栓脱落。4): 疼痛: 术后患者都需要面对疼痛的干扰, 可根据患者的疼痛强度采用三阶梯镇痛法来达到患者夜间睡眠时、白天休息时、日间活动时无痛或轻度疼痛。研究表明: 疼痛会妨碍伤口愈合、术后锻炼, 因而直接影响手术效果, 减轻疼痛或无痛可明显降低术后并发症, 提高患者对手术效果的整体评价和满意度, 提高患者对可能需要的再次手术的依从性, 提高患者满意度, 促进整体康复。6 功能锻炼: 指导患者术后行踝泵训练、股四头肌训练、直腿抬高等, 做好患者的康复工作。术日即可进行踝泵训练, 术后 1-3 天进行早期康复训练, 提高患者肌力, 预防下肢静脉血栓发生。术后第 2 日可根据患者情况进行使用助行器下地训练, 初期训练不可过多, 应循序渐进。根据患者情况制定相应的具有个人特色的康复训练计划。7: 出院宣教: 应注意保护假体, 不可蹲跪及过度扭曲膝关节; 避免剧烈运动; 选择比较合适的运动, 如步行等。如果出现膝关节疼痛增加、小腿或大腿的疼痛或肿胀、切口部位异常发红破溃、呼吸困难或胸痛等, 及时就医。

1.3 观察性指标

观察两组患者住院期间满意度, 应用护理部下发的满意度调查问卷, 将满意度分为四类: 非常满意、满意、基本满意、不满意。满意率 = (非常满意 + 满意) / 总例数 × 100%

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 软件对本研究数据进行分析, 使用  $t$  和 “ $x \pm s$ ” 表示计量资料, 使用卡方和 % 表示计数资料,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

2. 结果

对比两组患者的护理满意度, 观察组满意度为 92%, 对照组满意率为 60%, 观察组明显高于对照组。具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 具体见表 1。

综上所述, 责任制护理对于膝关节表面置换术围手术期效果高于功能制模式, 利于患者术后恢复, 适于临床使用。

参考文献

[1] 姜尔丽. 新编基础学护理[M]. 2 版. 北京: 北京人民出版社, 2012  
 [2] 刘红艳. Autar 量表下的分级管理在老年股骨粗隆间骨折术后卧床患者中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(6): 753-755  
 [3] 刘玉兰等. Morse 评估表对骨科住院患者跌倒/坠床的影响[J]. Journal of Bingtuan Medicine, 2015, 46(4): 77-78  
 [4] 王晓猛. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南的解读[J]. 中华骨科杂志, 2017, 37(10): 636-640.  
 [5] 胡绍利. 长期留置尿管存在的护理问题及对策[J]. 内蒙古中医药, 2011, 136-137