

# 基于 40 例 DAA 入路股骨颈骨折护理分析

杨凤

(池州市第二人民医院 安徽池州 247000)

**摘要:**目的:探究 40 例直接前入路(DAA)股骨颈骨折护理方案及措施评价。方法:2021 年 2 月至 2022 年 2 月医院收治行 DAA 入路髌关节置换术股骨颈骨折患者为探查对象,共计 40 例,实施快速康复护理理念,观察护理效果。结果:术后 3 天、出院时股骨颈骨折患者髌关节疼痛评分低于术前,髌关节功能评分高于术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );40 例患者术后均无严重并发症,术后继发切口感染 1 例,术后跌倒 1 例,假体脱位 1 例,不良事件发生率 7.50%;术后住院时间 9-14 天,均值( $11.06 \pm 0.72$ )天;出院护理问卷评估,满意度评分均值( $93.62 \pm 5.88$ )分。结论:股骨颈骨折 DAA 入路髌关节置换术引入快速康复护理理念,缓解术后疼痛,降低术后并发症,促使髌关节功能恢复,患者满意认可度高,可推广。

**关键词:** DAA 入路;股骨颈骨折;护理

股骨颈骨折为临床常见骨科疾病,据流行病学研究数据显示,股骨颈骨折以老年患者居多,发病因素较多,随着年龄增大,骨强度及骨密度降低,极易因外伤导致股骨颈骨折,严重影响肢体活动功能,具有较高截瘫率<sup>[1]</sup>。现代医学针对股骨颈骨折,多以手术治疗为主,选用髌关节置换术,有效促使髌关节功能修复;但考虑患者手术耐受度较低,髌关节置换术创伤较大,术后康复周期长,手术风险性较高,完善手术方案,辅以有效护理干预对策具有重要课题探讨价值。直接前入路(DAA)髌关节置换术主要从神经肌肉间隙入路,充分显露髌关节,实施手术治疗,获得最佳手术视野,缩短手术时间,减少创面暴露,有效预防手术感染,有利于术后康复<sup>[2]</sup>;但考虑 DAA 入路髌关节置换术为侵入性操作,患者术后康复需求,完善护理模式尤为重要。现研究笔者特选取 40 例 DAA 入路股骨颈骨折患者,引入快速康复护理理念,分析护理优势,旨在为临床护理开展提供经验参照,详见如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2021 年 2 月至 2022 年 2 月医院收治行 DAA 入路髌关节置换术股骨颈骨折患者为探查对象,共计 40 例,其中涉及男性患者 22 例,女性患者 18 例,年龄区间 56-78 岁,年龄中数( $65.55 \pm 2.04$ )岁,其中左侧股骨颈骨折患者 21 例,右侧股骨颈骨折患者 19 例,患者 BMI 指数 16%-36%,指数中数( $27.02 \pm 1.25$ )%,其中合并高血压 15 例,合并糖尿病 11 例,合并冠心病 6 例。

**纳入标准:**(1)40 例患者均满足《骨伤科》针对股骨颈骨折的诊断依据,患者入院后经临床体征、影像学检查确诊为股骨颈骨折;(2)40 例患者均具有良好认知功能,自愿接受 DAA 入路髌关节置换术,对手术方案及研究内容知情,签署书面知情同意书;(3)40 例患者均可独立配合手术及问卷填写。

**排除标准:**(1)合并其他器质性功能病变患者;(2)不满足 DAA 入路髌关节置换术开展指征患者;(3)合并精神障碍性疾病、严重认知功能不全患者;(4)因不可抗因素中途脱落人员。

## 1.2 方法

### 1.2.1 DAA 入路髌关节置换术

髌关节置换术麻醉以神经阻滞麻醉、全身麻醉、硬膜外麻醉为主,待获得最佳麻醉平面后,指导患者手术体位,呈平卧位,对患者患侧髌部及下肢皮肤进行常规消毒及铺巾,借助影像学检查结果明确切口点,沿腓骨头方向做长约 10 厘米左右切口,钝性分离皮下筋膜组织后,充分显露关节囊,依据患者骨折情况,小粗隆上方截断股骨颈,松解局部组织后注入骨水泥,选取合适假体进行安装,借助床旁影像仪器探查假体安装位置及方向,检查关节活动度,待假体置入良好后,取 5ml 氨甲环酸溶液对手术病区浸泡 5 分钟,缝

合切口,不留置引流管。

### 1.2.2 护理:

(1)术前快速康复护理:重视患者个体差异性,术前邀请骨科资深专家、护理人员探讨病情,了解患者股骨颈骨折发生情况,了解围术期风险因素,制定针对性护理方案,组建优质护理小组,邀请资深专家于组内开展课题讲座,了解 DAA 入路髌关节手术开展风险性、股骨颈骨折患者护理需求、护理重点、临床常见护理问题及防治对策,提高护理人员专业技能,在临床护理中可,依据患者机体状况,为患者制定针对性护理方案,提高护理人员案例解决能力及应急能力,为优质护理开展奠定基础,明确快速康复护理理念及护理对策<sup>[3]</sup>。

(2)认知行为宣教:术前开展面对面宣教,主要宣教内容包括股骨颈骨折手术治疗方式、DAA 入路髌关节手术治疗注意事项、术后康复对策、快速康复护理理念优势等,帮助患者客观分析病情,借助自身专业知识,针对患者及家属疑难问题进行答疑解惑,要求使用通俗易懂语言,便于患者及家属沟通;因患者以老年人居多,护患沟通难度较大,要求护理人员态度温和,应答有礼,使用患者可理解语言进行宣教,辅助图文宣教,视频宣教等,提高患者疾病知识掌握度,告知 DAA 入路髌关节置换术开展优势,帮助患者提高术后转归期待性,有效缓解患者术前恐惧、焦虑等情绪<sup>[4]</sup>。若在护患沟通期间,发现患者伴有明显不良情绪,指导患者如何自我调节,可采用深呼吸或转移注意力等方式,促使身心放松,引入人文关怀理念,询问患者不良情绪发生因素,给予针对性心理治疗,鼓励患者以积极的心态面对手术,提高患者手术配合度<sup>[5]</sup>。同时借助自身专业知识,解答患者疑惑,提高患者及家属对医护人员专业性的认可,构建良好护患关系,有效预防科室纠纷。

(3)术前康复锻炼:待患者决定手术时间,针对术前康复锻炼对策,对患者进行讲解,指导患者手术体位呈平卧位,术前延长患者卧床时间,提高患者手术耐受度,通过发放健康手册等,告知术前康复及术后康复开展重要性,提高患者护理配合度<sup>[6]</sup>。因患者术后卧床周期长,为有效防治功能性便秘等情况,指导患者如何正确于床上排便,改善患者羞涩、焦虑情绪,提高患者护理配合度;术前缩短禁饮禁食时间,术前针对非糖尿病患者,可口服葡萄糖水,提高患者机体耐受度。

(4)术后康复护理:术后加强体位指导,指导患者肢体摆放,提高患者机体舒适度,间隔 1-2 个小时辅助患者进行体位更换,有效避免长期体位制动,导致血液循环障碍,出现压力性损伤或血栓等,指导患者家属定期给予患者肢体按摩,改善局部血液循环,提高患者机体舒适度<sup>[7]</sup>。患者绝对卧床期间,以被动康复训练为主,针对患者肢体小关节、大关节开展被动运动,包括踝关节屈伸、旋

转, 膝关节屈伸等活动, 可由医护人员或家属进行操作, 有效避免长期卧床导致废用性病变, 提高肌肉收缩能力<sup>[6]</sup>。开展早期下床运动, 待患者尿管拔除后, 鼓励患者下床锻炼, 初始于床旁站立, 适当延长站立时间, 主动询问患者有无疼痛情况, 依据患者耐受度进行短距离移动, 延长移动距离, 在患者下床运动期间, 借助医疗器械, 避免患者跌倒, 以免导致假体脱位, 术后 5 天辅助患者进行髋部影像学检查, 观察关节复位情况, 依据复查结果制定针对性康复训练内容。术后加强饮食管理, 多食用含钙食物, 以优质蛋白、粗纤维食物为主, 促进胃肠道蠕动, 加速机体代谢, 有效避免术后便秘情况发生; 若患者术后便秘, 可采用肛周刺激或灌肠等方式, 缓解便秘症状。

### 1.3 评价标准

(1) 采用视觉模拟疼痛评分量表 (VAS)、髋关节功能评分量表 (Harris) 对患者术前、术后 3 天、出院时疼痛情况及髋关节功能进行量化评分;

(2) 观察两组患者术后切口感染、术后跌倒、假体脱位等不良事件发生情况; 观察患者术后住院时间, 计算平均值;

(3) 于患者出院时采用护理满意度问卷表, 主要涉及内容包括手术管理、安全防护、康复锻炼及医疗关怀等方面满意情况, 设为百分制, 分数与满意程度呈正相关。

### 1.4 统计学分析

统计校验采用 SPSS24.0 软件分析, 计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 描述, 配对样本 t 检验, 将  $P < 0.05$  设为统计学差异标准值。

## 2 结果

### 2.1 护理开展前后患者髋关节疼痛评分及功能评分统计

术后 3 天、出院时股骨颈骨折患者髋关节疼痛评分低于术前, 髋关节功能评分高于术前, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 护理开展前后患者髋关节疼痛评分及功能评分统计 [ $\bar{x} \pm s$  / 分]

时间	n	髋关节疼痛评分	髋关节功能评分
术前	40	6.52 ± 1.78	52.06 ± 6.35
术后 3 天	40	4.01 ± 1.35	60.42 ± 6.84
出院时		2.16 ± 1.20	67.88 ± 7.49
Z		5.682	9.977
P 值		0.000	0.000

### 2.2 患者术后不良事件及住院时间统计

40 例患者术后均无严重并发症, 术后继发切口感染 1 例, 术后跌倒 1 例, 假体脱位 1 例, 不良事件发生率 7.50%; 术后住院时间 9-14 天, 均值 (11.06 ± 0.72) 天。

### 2.3 患者出院时满意度调研结果

出院护理问卷评估, 满意度评分均值 (93.62 ± 5.88) 分, 见表 2。

表 2 患者出院时满意度调研结果 [ $\bar{x} \pm s$  / 分]

满意评分	例数
≥90 分	26
89-70 分	13
< 70 分	1
均值	93.62 ± 5.88

## 3 讨论

DAA 入路髋关节置换术作为股骨颈骨折常用手术治疗方案, 手术切口小, 对股方肌、臀中肌、臀大肌等组织损伤较小, 可保留髋关节组织完整性, 充分发挥微创手术优势, 获得理想手术视野, 简化手术操作, 有利于术后康复, 为近年股骨颈骨折首选治疗方案。考虑股骨颈骨折患者手术治疗需求及预后康复需求, 通过引入快速康复外科护理理念, 优化围术期护理对策, 应对手术创伤反应, 加强术前管理, 包括术前康复锻炼等, 提高患者手术耐受度, 缩短术前禁食时间, 减少手术操作对患者机体健康的影响, 促使术后早期康复, 于术后开展被动运动与主动运动相结合的康复锻炼方式, 加速髋关节功能修复, 有效优化医疗资源, 缩短患者住院周期, 为手术治疗增效<sup>[7]</sup>。研究观察可知, 术后 3 天、出院时股骨颈骨折患者髋关节疼痛评分低于术前, 髋关节功能评分高于术前, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 40 例患者术后均无严重并发症, 术后继发切口感染 1 例, 术后跌倒 1 例, 假体脱位 1 例, 不良反应发生率 7.50%, 快速康复护理理念是在传统护理基础上, 延伸护理时间, 术前加强康复锻炼, 提高患者康复依从性, 加强护患协作, 有效预防围术期并发症, 确保手术开展安全性; 快速康复护理的实施可有效缩短髋关节功能锻炼周期, 缩短患者术后住院时间, 减少医疗费用, 患者接受程度较高, 进而提高护理满意度, 可作为股骨颈骨折手术首选护理方案。

综上, 股骨颈骨折 DAA 入路髋关节置换术引入快速康复护理理念, 缓解术后疼痛, 降低术后并发症, 促使髋关节功能恢复, 患者满意认可度高, 可推广。

### 参考文献:

- [1]李艳红,刘典锋,关贺文.系统化护理在老年股骨颈骨折患者直接前路微创髋关节置换术中的应用效果研究[J].当代医药论丛,2020,18(16):219-221.
- [2]邢辉.微创直接前路行高龄患者人工股骨头置换术的快速康复护理[J].当代护士(下旬刊),2018,25(7):69-70.
- [3]常健玉,唐慧芹,魏晓宇,等.探讨压疮防护流程结合直接前路在降低髋关节置换术患者压疮发生率的临床应用[J].医学美容,2020,29(15):172.
- [4]欧苗春.直接前路髋关节置换术围手术期的护理研究[J].黑龙江医学,2021,45(24):2652-2654.
- [5]刘冬梅,张元强.经直接前入路和后外侧入路对人工髋关节置换术护理的比较[J].饮食保健,2020,7(29):106.
- [6]周玲卉.微创直接前路行高龄患者人工股骨头置换术的快速康复护理分析[J].饮食保健,2019,6(32):116-117.
- [7]赵一琼,陈淑娟,仇荣敏,等.基于精准护理理论引导下应用精准康复护理对直接前路微创髋关节置换术患者结局的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(19):2141-2145.
- [8]李杰.直接前路全髋关节置换术的临床路径护理[J].河北医药,2017,39(13):2073-2075,2078.
- [9]周秦,周亚琴,李璐,等.全程护理在股骨颈骨折患者半髋关节置换术护理中的应用及对患者 QOL 评分的影响[J].贵州医药,2020,44(3):494-496.