

快速康复外科理念下手术室护理在老年髋部骨折手术中的应用研究

庞海萍

临汾市第二人民医院 山西 临汾 041000

摘要：目的：探讨快速康复外科（ERAS）理念下手术室护理在老年髋部骨折手术中的应用效果。方法：研究时间：2025 年 4 月-2026 年 4 月，研究对象为收治的 48 例老年髋部骨折手术患者。运用电脑随机法分组后，结果显示：分为对照组和试验组，每组各 24 例。对照组采用常规手术室护理模式，试验组采用 ERAS 理念指导下的个性化手术室护理模式。探究 2 组干预的效果。结果：试验组术后康复时间明显缩短，比较 $P<0.05$ 。试验组术后 24h、48h、72h 的 VAS 评分更低，比较 $P<0.05$ 。试验组术后并发症发生率较低（8.33%vs33.33%），比较 $P<0.05$ 。结论：运用基于 ERAS 理念下的手术室护理，能有效缩短老年髋部骨折手术患者术后的康复时间，缓解疼痛程度，降低并发症的发生风险，从而改善患者的预后。关键词：快速康复外科；手术室护理；老年髋部骨折；术后康复；疼痛

老年髋部骨折主要包括股骨颈骨折、股骨转子间骨折及转子下骨折，多由轻微外伤引发^[1]。手术治疗是临床首选干预方式，但老年患者多合并高血压、糖尿病、冠心病等多种基础疾病，加之患者的生理机能衰退，导致老年患者对于手术的耐受性较差，围手术期的应激反应明显，术后出现并发症的风险较高，不仅会延长住院的时间，还会增加患者的死亡率与致残率。手术室护理作为围手术期护理的核心环节，可直接影响手术的效果与患者的康复进程，采用常规的手术室护理模式，主要以疾病为中心，侧重手术的操作配合，缺乏对患者围手术期整体康复的系统性关注。快速康复外科（ERAS）理念起源于 20 世纪 90 年代，以减少患者围手术期的生理与心理应激、加速康复进程为核心，通过优化围手术期各项诊疗与护理措施，整合多学科资源，实现患者从术前准备到术后康复的精细化管理^[2]。为此，本研究针对 ERAS 理念下手术室护理的实施效果进行探讨，总结如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2025 年 4 月-2026 年 4 月，研究对象为收治的 48 例老年髌部骨折手术患者。运用电脑随机法分组后，结果显示：分为对照组和试验组，每组各 24 例。对照组男女患者经统计 11 例、13 例；年龄 65 岁~88 岁，均值为 (76.52 ± 5.31) 岁；骨折类型：股骨颈骨折 10 例，股骨粗隆间骨折 14 例；基础疾病：高血压 15 例，糖尿病 8 例，冠心病 6 例，无基础疾病 3 例。试验组男女患者经统计 12 例、12 例；年龄 66 岁~89 岁，均值为 (77.13 ± 5.42) 岁；骨折类型：股骨颈骨折 11 例，股骨粗隆间骨折 13 例；基础疾病：高血压 16 例，糖尿病 7 例，冠心病 5 例，无基础疾病 2 例。2 组的基线资料进行对比 $P > 0.05$ 。

纳入标准：①经影像学检查（X 线、CT）确诊为髌部骨折；②拟行人工髌关节置换术治疗；③意识清晰，能够配合护理操作；④术前生命体征平稳，无手术绝对禁忌证；⑤自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①严重脏器功能衰竭；②存在凝血功能障碍、出血倾向或长期服用抗凝药物；③伴有恶性肿瘤、严重骨质疏松症或代谢性骨病；④髌部骨折合并脱位、其他部位骨折或软组织严重损伤；⑤存在精神疾病、阿尔茨海默病等无法配合护理及评估；⑥术前三已发生肺部感染、深静脉血栓等并发症。

1.2 方法

1.2.1 对照组：采用常规手术室护理模式

术前 1d 进行常规术前访视，简单告知患者手术的流程、注意事项及术前准备要求，嘱患者术前 12h 禁食、4h 禁饮；术前做好手术区域的皮肤准备，常规消毒铺巾，准备手术所需器械与物品；术中协助医生摆放手术体位，密切监测生命体征，配合手术操作，及时传递器械，严格执行无菌操作的原则；术后协助患者清理呼吸道的分泌物，观察意识状态与生命体征，做好伤口的包扎与引流管护理，将患者安全转运至病房，与病房护士做好交接，告知病房护士患者手术情况及术后注意事项。

1.2.2 试验组：采用 ERAS 理念指导下的个性化手术室护理模式

（1）术前护理：①健康宣教与心理干预：责任护士在术前 1 天一对一访视患者，结合老年认知的特点，以图文手册配合通俗讲解，明确手术的流程、ERAS 护理的要点、术后康复的方法及不适症状的应对措施，同时倾听患者的诉求，结

合成功案例缓解其焦虑恐惧情绪。②术前准备优化：摒弃传统长时间禁食禁饮模式，根据患者的年龄、体重及基础疾病，调整为术前 6h 禁食固体食物、2h 禁饮，术前 1h 口服 5%葡萄糖溶液 200ml，避免脱水与低血糖；采用温和的消毒剂进行皮肤准备，保护手术区域皮肤的完整性，联合麻醉科、骨科医生全面评估患者手术的耐受性并优化麻醉方案。同步指导患者进行腹式呼吸、有效咳嗽等呼吸功能训练，以及踝关节屈伸、股四头肌收缩等肢体训练，为术后的康复奠定基础。

(2)术中护理：①体温管理：将手术室的温度维持在 24~26℃、湿度 40%~60%，并在患者身下垫加温床垫，输注的液体及血液制品加温至 37℃，手术区域覆盖加温无菌巾，每 15min 监测一次体温，确保维持在 36.5~37.5℃，预防低体温应激。②体位护理：根据手术的方式摆放个性化体位，搭配专用的体位垫，避免骨隆突部位受压，术中定时调整体位，保护神经血管。③手术操作配合，配合医生实施微创入路手术，精准传递器械、控制术中的出血量，严格执行无菌操作；联合麻醉医生采用局部浸润麻醉结合静脉自控镇痛，根据患者的表情、肢体反应调整镇痛药物的剂量，减轻术中的疼痛。

(3)术后护理：①即刻复苏护理：手术结束后将患者转运至复苏室，每 5min 监测一次生命体征、意识及血氧饱和度，清理呼吸道的分泌物，观察伤口的渗血及引流管情况，若有异常及时告知医生。待患者复苏清醒、生命体征平稳后，详细与病房护士交接手术及护理的相关事宜，保障护理衔接顺畅。②术后保暖与舒适护理：护理人员继续给予加温保暖，直至体温恢复正常，协助患者调整舒适的体位，指导患者进行手指、脚趾屈伸训练，促进血液循环。③疼痛护理：护理人员采用 VAS 评分法评估患者的疼痛情况，4~6 分给予口服镇痛药物，≥7 分给予静脉镇痛，同时采用音乐疗法、深呼吸指导等非药物镇痛方式辅助镇痛。④术后早期活动指导：术后 6h 协助患者翻身坐起，指导其进行踝关节屈伸、股四头肌等收缩训练，每次 10~15min，每日 3~4 次；术后 24h 根据患者的恢复情况，协助其下床活动，首次活动需专人搀扶，注意控制好活动的强度。

1.3 观察指标

记录两组术后首次下床活动与住院时间。

通过 VAS 评分法对术后的疼痛情况进行评估。

统计术后发生的并发症。

1.4 统计学方法

应用 SPSS26.0 软件对于研究涉及的数据进行处理，以“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示计量资料，通过“t”实施检验；以“[n/(%)]”表示计数资料，通过“ χ^2 ”实施检验， $P < 0.05$ 表示差异存在明显意义。

2 结果

2.1 术后康复指标比较

试验组术后康复时间明显缩短，比较 $P < 0.05$ 。（见表 1）

表 1 对比两组术后康复指标 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	首次下床活动时间 (h)	住院天数 (d)
对照组	24	42.18±5.67	11.56±1.78
试验组	24	28.56±4.32	8.23±1.45
t	-	9.361	7.106
P	-	0.000	0.000

2.2 术后不同时间点 VAS 评分比较

试验组术后 24h、48h、72h 的 VAS 评分更低，比较 $P < 0.05$ 。（见表 2）

表 2 对比两组术后不同时间点 VAS 评分 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	术后 24h	术后 48h	术后 72h
对照组	24	6.56±1.02	4.78±0.91	2.89±0.76
试验组	24	4.12±0.89	2.34±0.67	1.23±0.45
t	-	8.830	10.578	9.207
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 术后并发症发生率比较

试验组术后并发症发生率较低（8.33%vs33.33%），比较 $P < 0.05$ 。（见表 3）

表 3 对比两组术后并发症发生率[n（%）]

组别	例数	压疮	肺部感染	深静脉血	髌关节脱	总发生率
----	----	----	------	------	------	------

				栓	位	[n(%)]
对照组	24	3 (12.50)	2 (8.33)	2 (8.33)	1 (4.17)	8 (33.33)
试验组	24	1 (4.17)	0	1 (4.17)	0	2 (8.33)
X ²	—	—	—	—	—	4.547
P	—	—	—	—	—	0.033

3 讨论

老年髌部骨折作为老龄化社会高发的骨科创伤，具有高死亡率、高致残率、高并发症发生率的特点，严重威胁老年患者的生命健康。手术治疗是髌部骨折的主要干预方式，但其治疗效果不仅取决于手术操作的水平，还与围手术期的护理质量密切相关。常规的手术室护理模式形成时间较长，护理流程较为固定，核心重点集中在手术操作的配合上，对患者围手术期的整体康复需求关注不足。

ERAS 理念是以患者为中心，强调在围手术期实施精细化、个性化的护理管理，将康复理念融入手术室护理的每个环节，实现术前准备、术中干预、术后复苏与交接的无缝衔接，为患者提供全方位的护理支持，契合老年髌部骨折患者生理机能衰退、手术耐受性差、康复需求高的特点^[3]。

本研究结果显示，试验组术后康复时间明显缩短，主要源于术前优化禁食禁饮时间，有效避免了老年患者术前发生脱水与低血糖，增强了患者手术的耐受性；个性化的健康宣教与功能指导，能够让患者提前熟悉康复训练的方法，减少了术后康复训练的难度，提高了患者康复训练的依从性。术中采用微创操作配合，有效降低了手术对患者身体的应激损伤，加强体温管理有效维持了患者的体温稳定，避免了低体温引发的凝血功能异常、感染等并发症，为术后康复提供了保障。

试验组术后 24h、48h、72h 的 VAS 评分更低，关键在于 ERAS 理念下的疼痛管理采用术前预防、术中干预、术后动态评估与针对性处理的模式，术中结合局部浸润麻醉与静脉自控镇痛，减少了全身麻醉的用量，降低了术后疼痛的发生率与严重程度；术后采用 VAS 评分法动态评估患者的疼痛程度，根据评分结果给予药物与非药物相结合的镇痛处理，可以及时缓解患者的疼痛，避免了传统护理中“按需镇痛”导致的疼痛控制不及时、效果不佳的问题^[4]。

试验组术后并发症发生率较低（8.33%vs33.33%），在 ERAS 理念下，术前

的优化皮肤准备工作，可有效避免皮肤损伤，减少了压疮发生的基础；术中采用个性化的体位垫，避免了骨隆突部位的长期受压，进一步降低了压疮发生风险。术中严格执行无菌操作，减少了手术区域感染的概率，同时优化麻醉与手术操作，可进一步减少肺部感染的发生。术后早期活动指导促进了肢体的血液循环，避免了血液瘀滞，降低了深静脉血栓的发生风险，同时，指导患者正确摆放体位，可有效避免髋关节过度活动，从而减少髋关节脱位的发生^[5]。

综上所述，运用基于 ERAS 理念下的手术室护理，能有效缩短老年髋部骨折手术患者术后的康复时间，缓解疼痛程度，降低并发症的发生风险，从而改善患者的预后。

参考文献：

- [1] 朴海旺,张海亭,马青嵩,等. 多学科协作联合快速康复外科在老年髋部骨折患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2023,8(22):65-68.
- [2] 王逆群,周园,刘瑶. 基于加速康复外科理念的手术室护理在髋部骨折老年患者中的应用[J]. 安徽医专学报,2025,24(3):63-65.
- [3] 刘百鸽,杜沙沙,陈敏,等. 基于快速康复外科理念为指导的多模式保温护理在老年髋部骨折手术患者中的应用效果[J]. 中国当代医药,2025,32(26):158-162.
- [4] 王建红,马凤华,任丽琴. 快速康复外科护理在老年髋部骨折患者围术期的应用[J]. 护理实践与研究,2023,20(16):2465-2469.
- [5] 林冠冬,王旭初. 围手术期加速康复外科管理模式应用于高龄髋部骨折患者的效果[J]. 中西医结合护理（中英文）,2023,9(8):33-36.