

多学科协作护理在老年髌关节置换术后的作用分析

翟锦华¹ 张海清²

1. 梧州市人民医院, 广西梧州, 543002;

2. 梧州市工人医院, 广西梧州, 543002;

摘要: 受髌关节置换术的老年患者共 62 例, 分组: 随机分为对照组与观察组。对照组采用常规护理。观察组采用多学科协作护理, 对比两组髌关节功能、疼痛程度、日常生活能力、生活质量、回访率以及二次跌倒发生率。结果观察组优于对照组, $P < 0.05$ 。结论多学科协作护理可显著改善患者髌关节功能、疼痛程度、日常生活能力、生活质量、提高回访率以及降低二次跌倒发生率, 值得推广与应用。

关键词: 老年髌关节置换术; 多学科协作护理; 髌关节功能; 疼痛程度; 日常生活能力; 生活质量

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.014

在人口老龄化程度不断加深的背景下, 现阶段我国髌部骨折病例总数呈现为高水平状态, 已经逐步成为对老年群体健康造成严重影响的主要因素, 对患者自身及其家庭带来负担。在实际对此类患者进行干预的过程中, 通过予以其髌关节置换术进行干预, 可显著改善患者病情状态。其通过对患者髌关节功能进行重建, 达到矫正关节畸形、缓解关节疼痛, 进而提升患者生活质量^[1-2]。但是由于手术属于侵入性操作, 不可避免的会对患者机体造成不同程度的损伤, 患者术后出现相关性功能损伤的机率加大, 且术后疼痛、红肿等并发症发生率较高, 甚至可影响其髌关节功能的恢复效果, 加上对于老年患者而言, 其机体各项功能均处于衰退状态, 对于手术创伤的应激能力更弱, 进一步加大了患者术后出现并发症的机率, 如果未能引起足够的重视, 则可对其最终的恢复效果产生明显的影响, 因而及时明确高效的护理措施, 对于患者自身而言具有深远的意义^[3-4]。其中多学科协作护理属于现阶段应用频率较高的医学诊疗模式, 其能够将不同学科的医护人员进行结合, 通过相互协作的工作模式, 形成高效的护理干预, 确保患者最终恢复效果的持续提升。如倪惠^[5]等人将多学科合作的护理模式融入老年髌关节置换术后患者的干预过程中, 显著改善了患者最终的恢复效果。本文将探究分析多学科协作护理在老年髌关节置换术后的作用, 详情如下所示。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

时间: 2023年1月至2024年1月, 对象: 接受髌关节置换术的老年患者共 62 例, 分组: 随机分为对照

组与观察组。对照组患者共 31 例, 男 20 例, 女 11 例, 年龄为: 60-80 岁, 平均年龄 (64.77 ± 3.62) 岁, 观察组患者共 31 例, 男 19 例, 女 12 例, 年龄为: 60-82 岁, 平均年龄 (65.89 ± 4.02) 岁, 两组一般资料对比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法

予以患者病情观察, 用药指导, 并发症预防等常规护理措施。

1.2.2 观察组方法

①构建专业的多学科协作护理小组, 邀请康复科, 内分泌科, 营养科医生参与到整个护理过程之中, 强化针对性培训, 使其能够有效明确多学科协同护理的内涵以及落实途径, 确保小组整体质量的提升。开展多学科会诊, 共同制定诊疗计划。由多学科协作下加速康复外科护理小组组长负责组织和协调多学科会诊, 为患者制定诊疗计划, 并根据患者情况调整计划, 实施护理干预。在多学科团队中, 各学科使用的专科评价量表为调整患者诊疗计划的主要工具, 在多学科联合查房过程中, 采用疼痛程度评估量表、营养评估量表、焦虑自评量表与抑郁自评量表、Barthel 指数、SF-36 生活质量量表等对患者持续进行评估, 医护人员按照评估结果、疗护效果等及时进行疗护措施的调整, 让患者得到良好的治疗与护理。

②术前, 及时对患者疾病感知水平进行评定, 明确患者在接受干预期间所存在的疑问, 协同医师一同为患者进行答疑解惑, 指导患者掌握放松身心的方式以及技

巧,如引导患者开展正念冥想、阅读书籍、听亲音乐等方式、放松、发泄情绪,促使其能够有效自我调节情绪,最大程度的降低疾病对患者生理以及心理所带来的负担。给予足够的人文关怀,引导患者主动诉说内心的感受,掌握其情绪状态,引导其正确的发泄内心的负性情绪,帮助患者正确的认识自身疾病以及所面临的问题,最大程度的提升其心理承受能力以及抗压能力,消除负性情绪,提升其早日康复的信心,最大程度的改善患者心理状态,避免其受到不良刺激。

③术中,在开展手术期间,首先与手术室护理人员共同建立完备的监测模式,确保整个手术过程中患者相关指标的异常波动情况能够被及时发现,将患者体温指标作为重点干预内容,避免患者在术后体温出现剧烈的变化,控制不良时间出现的机率。及时与手术医师进行交流,明确术中各自的职责,配合医师在高质量完成手术的同时,降低手术过程中耗费的不必要时间。在术中落实输注工作的过程中,提前对有条件的药液落实加温操作,使其温度维持于接近患者体温的水平,避免药液温度过低而对患者机体产生刺激。最后需重视对于患者的术中管理措施,及时应用覆盖物对患者手术部位以往的部位进行有效的覆盖,在保护隐私的同时,避免患者体温出现过大的波动,同时结合手术实际情况,对具备条件的患者则合理的应用胶套、血液循环泵加压带等物品,促进患者血液循环,提升其静脉回流,进而达到保暖的效果。

④术后:A.落实对于患者的疼痛宣教,告知患者术后的疼痛属于正常显效,提升其对于术后疼痛的客观认知,避免其出现不必要的心理负担,进而对其产生不良刺激。首先可通过为患者播放舒缓的音乐或是予以其按摩、交替冷热敷等方式转移患者对于疼痛的注意力,对于疼痛症状较为严重的患者,则遵循医嘱予以患者药物镇痛。落实对于患者并发症的健康教育,在患者生命体征稳定以及镇痛有效的前提之下,引导患者进行早期的踝泵运动,达到促进血液循环,降低下肢深静脉血栓发生率的效果。

B.并发症预防,a.术后予以T形外展垫放置于患者两腿之间,保持患肢的外展中立位,避免患肢内收、内旋,降低术后假体脱位的机率。b.针对高龄患者,重视皮肤保护性护理措施,提升翻身以及皮肤清洁的频率,保持持续性清洁干燥状态。c.针对高凝血风险患者,术后及时予以肢体按摩,下肢保暖、抬升下肢以及体位转

变等措施,及时明确凝血指标,遵循医嘱予以抗凝药物进行干预,同时予以患者弹力袜,控制血栓发生率。D.针对高感染风险患者,遵循医嘱予以抗感染药物进行干预,强化病发消毒措施,相关护理操作严格遵循无菌操作原则,降低感染发生率。

C.康复训练,联合康复科医师对患者肌力以及肢体活动功能进行评定,引导患者于术后6h开展踝泵运动,术后1d落实被动功能训练,下肢肌力训练,卧位屈膝联系等,针对肌力<II级患者,主要以被动训练为主,针对肌力≥II级的患者,则可引导其开展主动的足踝关节屈伸,术后2-3d开展关节悬吊运动,针对肌力≥3级的患者,则可落实抗阻训练。整个康复训练遵循循序渐进的原则,以患者耐受程度为基础,制定合理的康复训练方案,确保恢复效果的提升。

1.3 观察指标

1.3.1 髋关节功能

应用Harris髋关节功能评分评定,总分100分,分数越高,髋关节功能越好。

1.3.2 疼痛程度

应用视觉模拟评分(VAS)评定,总分10分,分数越高,疼痛越严重。

1.3.3 日常生活能力

应用日常生活能力量表(Barthel)评定,总分100分,分数越高,日常生活能力越好。

1.3.4 生活质量

采用生活质量调查表(SF-36)对患者生活质量进行评价,包括生理职能(得分范围10-30分),精神健康(5-25分),社会功能(2-10分),情感职能(3-15分),总体健康(5-25分),换算得分=(原始分数-最低可能分数)/(最高可能分数-最低可能分数)×100。

1.3.5 回访率

有效回访例数/总例数。

1.3.6 二次跌倒发生率

二次跌倒例数/总例数。

1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS22.0软件中分析,计量资料比较采用t检验,并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, $P < 0.05$ 为差异显著,有统计学意义,数据均符合正态分布。

2. 结果

2.1 两组髋关节功能

干预后观察组 Harris 评分高于对照组, $P < 0.05$, 如下所示:

表 1 两组髋关节功能 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预 1 个月	干预 3 个月	干预 6 个月
对照组	31	(60.11 ± 2.49) 分	(72.50 ± 3.90) 分	(82.30 ± 3.85) 分
观察组	31	(66.39 ± 3.72) 分	(80.46 ± 2.77) 分	(93.67 ± 4.79) 分
t	-	7.623	13.411	11.865
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 两组疼痛程度

干预后观察组 VAS 评分低于对照组, $P < 0.05$, 如下所示:

表 2 两组疼痛程度 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预 1 个月	干预 3 个月	干预 6 个月
对照组	31	(6.28 ± 1.30) 分	(5.45 ± 1.03) 分	(4.36 ± 2.10) 分
观察组	31	(5.11 ± 0.90) 分	(4.29 ± 0.85) 分	(2.01 ± 0.97) 分
t	-	5.127	6.239	6.769
P	-	0.001	0.001	0.001

2.3 两组日常生活能力

干预后观察组 Barthel 评分高于对照组, $P < 0.05$, 如下所示:

表 3 两组日常生活能力 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预 1 个月	干预 3 个月	干预 6 个月
对照组	31	(61.14 ± 2.90) 分	(70.08 ± 3.01) 分	(80.42 ± 3.61) 分
观察组	31	(68.79 ± 3.17) 分	(77.54 ± 3.60) 分	(89.98 ± 4.50) 分
t	-	6.630	4.297	5.743
P	-	0.001	0.001	0.001

2.4 两组生活质量

观察组 SF-36 评分高于对照组, $P < 0.05$, 如下所

示:

表 2 两组生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理职能评分	精神健康评分	社会功能评分	情感职能评分	总体健康评分
对照组	51	(19.93 ± 2.89) 分	(12.57 ± 3.59) 分	(4.22 ± 0.97) 分	(7.01 ± 1.22) 分	(10.05 ± 2.06) 分
观察组	51	(25.76 ± 3.29) 分	(20.01 ± 4.85) 分	(7.97 ± 1.30) 分	(11.69 ± 2.50) 分	(21.89 ± 2.59) 分
t	-	7.112	9.157	6.859	6.128	7.257
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.5 两组回访率

观察组高于对照组, $P < 0.05$, 如下所示:

表 5 两组回访率 [例, (%)]

组别	例数	有效回访例数	回访率
对照组	51	33	64.71%
观察组	51	50	98.04%
χ^2	-	-	18.693
P	-	-	0.001

2.6 两组二次跌倒发生率

观察组低于对照组, $P < 0.05$, 如下所示:

表 6 两组二次跌倒发生率 [例, (%)]

组别	例数	二次跌倒发生率例数	二次跌倒发生率
对照组	51	7	13.73%
观察组	51	1	1.96%
χ^2	-	-	4.883
P	-	-	0.027

3. 讨论

对于接受髋关节置换术的老年患者而言, 其存在器官储备功能弱, 手术床上大, 术后并发症发生率高的特点, 因而在实际开展护理工作的过程中, 需要将患者围手术期以及术后康复护理工作作为重点内容, 通过对此类干预措施进行全面的优化, 才能够确保患者最终恢复效果以及预后的改善^[6]。

此次研究应用了多学科协作护理模式对患者进行干预, 发现观察组在髋关节功能; 疼痛程度; 日常生活

能力,生活质量,回访率以及降低二次跌倒发生率方面均具有明显的优势。与图尔荪阿依·图尔荪^[7]等人的研究基本一致。提示该干预模式对于改善患者恢复质量以及预后均具有积极的意义。分析其原因认为:过去常规的护理模式主要以医师所下达的医嘱为中心,难以真正满足患者的实际护理需求,使得最终的干预效果受到影响。而多学科护理则属于新型护理模式,能够以患者为中心,紧紧围绕患者的实际护理需求,由责任医师、护理人员、心理医师以及营养师等从患者的生理、心理等角度出发,予以患者具有针对性的干预措施,确保相关护理措施的个性化以及精准化,进而确保护理效果的提升^[8]。同时在多学科的协作下,以护理人员为枢纽,协同多学科优势,可确保相关干预措施的全面性以及针对性,促使患者能够得到更为高效的护理干预,进而确保最终干预效果的提升。

综上所述,多学科协作护理可显著改善患者髋关节功能;疼痛程度;日常生活能力,生活质量,回访率以及二次跌倒发生率值得推广与应用。

参考文献

[1] 范克杰,田可为,马文龙,等.多学科协作诊疗模式联合平乐正骨药物治疗老年股骨颈脆性骨折的研

究[J]. 中医研究,2024,37(06):28-33.

[2] 鲁佳.基于ERAS多学科协作的信息化延续护理在老年髋关节置换术患者中的应用[J]. 山东医学高等专科学校学报,2023,45(05):399-400.

[3] 王春秀,文蝶,陈艳丽.多学科模式下全髋关节置换术围术期静脉血栓栓塞症防治策略[J]. 临床外科杂志,2023,31(08):760-762.

[4] 肖健.多学科协助模式下的ERAS护理对股骨颈骨折全髋关节置换术患者术后恢复的影响[J]. 川北医学院学报,2023,38(04):575-578.

[5] 倪惠,瞿春华,金哲君,等.多学科合作管理促进老年髋关节置换术后早期下床活动的效果观察[J]. 老年医学与保健,2020,26(04):681-684.

[6] 张颖兰,兰柳英.多学科协作制定临床路径在髋关节置换术的护理应用研究[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(10):1648-1649.

[7] 刘洋,宋颖.多学科协作护理在全髋关节置换术后恐动症患者中的应用效果分析[J]. 临床医学工程,2022,29(05):705-706.

[8] 图尔荪阿依·图尔荪,姚俊英,范旻.多学科协作诊治模式下的营养干预在老年骨折患者围术期的应用[J]. 中国微生态学杂志,2020,32(4):428-431.