

基于根因分析法的手术室护理对老年髋关节置换手术患者身心应激影响

谭会玉

扬州市第二人民医院手术室 江苏 扬州 225002

摘要: **目的:** 探析根因分析法的手术室护理对老年髋关节置换手术患者身心应激的影响。**方法:** 将 2020 年 6 月-2023 年 6 月, 本院收治的 60 例老年髋关节置换术患者, 随机分两组, 各 30 例; 常规护理对照组, 基于根因分析法的手术室护理观察组, 对比干预效果。**结果:** 两组干预前 BDI 评分及 BAI 评分未见明显差异 ($P>0.05$); 观察组干预后较对照组低 ($P<0.05$)。两组干预前 PSMS 评分及 IADL 评分未见显著差异 ($P>0.05$); 干预后, 观察组较对照组低 ($P<0.05$)。观察组 (6.67%) 比对照组 (26.67%) 并发症发生率低 ($P<0.05$)。干预前, 生活质量评分对比, 无统计学意义 ($P>0.05$); 观察组干预后较对照组高 ($P<0.05$)。观察组护理满意度 (96.67%) 较对照组 (80.00%) 高 ($P<0.05$)。**结论:** 基本根因分析法的手术室护理在老年髋关节置换手术患者临床护理中应用效果明显, 不仅可以改善患者生理及心理应激反应, 降低并发症发生率, 且有助于其生活质量及护理满意度提高, 值得采纳、推广。

关键词: 老年; 髋关节置换术; 手术室护理; 根因分析法; 身心应激

目前, 髋关节置换术的应用涉及多种疾病领域, 其中, 应用最为广泛的疾病为髋关节疾病, 能够显著提升和改善患者的肢体功能^[1], 且该疾病的患者多为老年人。该手术方法对患者机体损伤较大, 且手术操作相对复杂, 难度大, 手术操作期间不可控风险因素较多, 不仅降低了手术治疗效果, 且严重影响到患者身体健康及生命安全, 为此需要关注手术室护理工作^[2]。基于根因分析法的手术室护理为全新护理方法, 其属于不良事件分析法, 通过分析不良事件引起的根本原因, 制定更加规范、系统且全面的护理流程, 进而减少并发症的发生, 促进工作质量的提高^[3]。当前, 我国关于 RCA 的报道相对较少, 仍需要深入探讨。基于此, 本文针对基于根因分析法的手术室护理在老年髋关节置换术中的应用效果及其对身心应激的影响进行分析, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 资料

将 2020 年 6 月-2023 年 6 月, 本院收治的 60 例老年髋关节置换术患者, 随机分两组, 各 30 例; 对照组男、女分别为 18 例、12 例; 年龄 60-81 岁, 均值 (70.56 ± 3.12) 岁; 观察组男、女分别为 17 例、13 例; 年龄 61-79 岁, 均值 (70.45 ± 3.23) 岁; 对比一般资料, 无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理干预: 注重术前访视, 协助患者做好术前检查, 并进行知识普及。评估患者情绪变化及心理状态, 针对焦虑、恐慌及烦躁等负面情绪, 及时安抚, 根据手术要求建立多条静脉通路。手术操作期间, 观察各项指标 (血压、脉搏等) 观察, 根据医嘱传递器械或者操作仪器等。术后, 了解患者恢复情况, 按照医嘱用药, 从而减少并发症。

1.2.2 观察组

基于根因分析法的手术室护理干预: (1) 组建 RCA 护理小组。小组成员的组成为主刀医师、麻醉医师、手术室护士长、器械护士、第一助理、巡回护士等人员。由组长牵头, 负责安排组员参加髋关节置换术和 RCA 训练, 通过后对其进行评估, 通过后才能正式上岗。RCA 团队的工作人员通过维普, 万方, 中国知网等, 结合患者实际情况和既往病史等信息, 总结出术后可能出现的并发症, 以及术后生理压力等情况, 并进行根本原因的探讨。(2) 分析根本原因。①高龄患者对手术的耐受能力低, 同时伴有一些基础性的疾病, 造成了术中的生理变化。②由于外科手术或其他原因, 患者会出现不良的心情, 如焦虑、烦躁等, 从而引起患者的生命体征出现异常的变化。③护理人员 and 患者沟通中没有注意沟通的

方法, 不能很好地为患者提供良好的服务, 从而使其对医生和护理人员的工作感到不满。④手术后没有进行密切的监护, 也未做好相关的防治措施, 导致了手术中的各种并发症。(3) 对策。①术前, 强调手术前的准备。调查患者的既往病史, 在术前严格遵照医生的指示, 同时全面评价手术及麻醉的危险性, 以评估结果和检查结果为依据, 反馈给医生。若患者伴有基础疾病, 则需要在术前做好基础疾病的治疗, 在符合手术要求后进行手术。其中, 术中紧急风险方案的制定极为重要, 能够减少伤害患者的程度。②对患者开展心理健康教育, 平和的与患者沟通、交流, 并对负面情绪产生原因进行分析, 详细介绍手术操作流程、注意事项、预后等, 通过列举成功案例方法, 提升患者治疗自信心及安全性, 尽可能将其负面情绪消除。护理人员每次查房时, 面对患者时, 要以友好、平稳的态度对待患者, 使其以积极的态度去对待手术。在手术之前, 可以通过与患者的肩膀、握手等方式来给予其一定的支持, 让患者不要过分担心自己的疗效和身体状况。③ RCA 的护理人员在与患者进行交流的过程中, 应该始终保持友善和有礼貌的态度, 多安慰和关心患者, 并对其进行人性化的照顾, 让患者和其家人了解治疗结果和发展情况, 并把专业技术详细告知, 让两者之间的紧张气氛得到缓解, 为患者提供一个舒服、及时的治疗环境。④无论是术中, 还是术后, 都需要对患者各项指标变化的观察, 尤其是生命体征及意识, 今早按医生指导用药, 以减少并发症。术后根据患者机体恢复情况调整体位, 采用体位垫协助患者调整体位, 提高舒适度及安全性。身体机能恢复后, 指导患者参与康复锻炼, 按照循序渐进原则进行, 协助患者养成良好的生活习惯及饮食习惯。

1.3 观察指标

1.3.1 观察心理应激指标, 包括贝克抑郁量表 (BDI) 与贝克焦虑量表 (BAI), 两项量表最高分均是 63 分, 分值越高, 说明抑郁及焦虑越严重。

1.3.2 观察活动能力评分, 采用躯体生活自理量表 (PSMS) 与日常生活量表 (IADL), IADL: 0-32 分; PSMS 评分: 0-24 分, 分值越高, 日常生活能力越差。

1.3.3 观察并发症发生情况, 包括下肢深静脉血栓、压疮、术后松动、切口感染。

1.3.4 观察生活质量评分, 采用生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74), 指标有心理功能、物质生活、社会功能及躯体功能, 分值与生活质量表现为正相关。

1.3.5 观察护理满意度, 满意度 = (较为满意 + 满意) / 30 例 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采取统计学软件 SPSS20.0 分析研究数据。

2 结果

2.1 对比

BDI、BAI 评分在干预前，组间差异较小（P>0.05）；干预后，观察组更低（P<0.05），见表 1。

表 1 对比 BDI、BAI 评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	例数	BDI 评分		BAI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	24.26±5.23	20.36±2.57	24.68±5.12	21.35±4.15
观察组	30	25.12±4.98	17.49±2.65	25.15±4.97	18.37±3.31
t		0.652	4.258	0.361	3.074
P		0.517	0.000	0.719	0.003

2.2 活动能力对比

干预前，两组 PSMS 评分及 IADL 评分未见显著差异（P>0.05）；观察组干预后更低（P<0.05），见表 2。

表 2 两组活动能力对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	例数	PSMS 评分		IADL 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	14.26±3.37	11.25±2.97	16.95±3.34	13.15±3.62
观察组	30	15.02±4.15	8.31±2.26	17.02±2.95	11.23±2.57
t		0.779	4.315	0.086	2.369
P		0.439	0.000	0.932	0.021

2.3 并发症发生情况对比

观察组比对照组并发症发生率低（P<0.05），见表 3。

表 3 两组并发症发生率对比 [n(%)]

分组	例数	下肢深静脉血栓	压疮	术后松动	切口感染	发生率
对照组	30	2	1	3	2	8（26.67）
观察组	30	0	0	1	1	2（6.67）
χ^2						4.320
P						0.037

2.4 对比生活质量评分

生活质量评分在干预前，差异较小（P>0.05）；干预后，观察组更高（P<0.05），见表 4。

表 4 对比生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	例数	物质生活		心理功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	49.65±5.13	68.59±7.14	50.62±4.89	68.97±8.84
观察组	30	49.71±4.87	73.51±6.67	51.57±5.32	75.64±8.23
t		0.046	2.758	0.720	3.025
P		0.963	0.008	0.474	0.004
分组	例数	躯体功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	56.37±4.43	66.38±7.71	43.28±5.56	61.37±5.51
观察组	30	57.12±4.56	72.56±8.95	43.91±6.32	68.23±6.34
t		0.647	2.865	0.409	4.473
P		0.520	0.006	0.683	0.000

2.5 比较护理满意度

对照组满意度为 80.00%，低于观察组的 96.67%（P<0.05），见表 5。

表 5 比较护理满意度 [n(%)]

分组	例数	满意	较为满意	不满意	满意度
对照组	30	15	9	6	24（80.00）
观察组	30	19	10	1	29（96.67）
χ^2					4.043
P					0.044

3 讨论

临床上，针对强制性脊柱炎、类风湿性关节炎及股骨颈骨折等疾病的治疗，通常采取髋关节置换术，该手术方法具有良好的治疗作用，可以减轻患肢疼痛，纠正关节畸形，提高关节运动能力。然而，该方法对患者机体有一定的损伤，而且操作过程中存在着诸多不确定性，如果操作不当，极易引起各种并发症，对患者预后不利。因此应注意围手术期的监护，预防术后并发症的发生^[4]。

RAC 是一种回溯性错误分析方法，通过分析不良事件，查找根源，制定针对性的干预措施，有助于服务针对性提高，给予患者高品质护理服务。据有关资料显示，RCA 管理模式可以在短时间内明确空间质量评价的不合格因素，促进质量检验效果提高^[5]。相关研究表明^[6]，RAC 有助于患者跌倒发生率降低，具有显著预防效果，同时可确保患者身体健康、生命安全。现阶段，RAC 被广泛应用于临床中，并取得了显著效果^[7]。本文进一步分析了基于 RAC 的手术室护理在该手术中的应用进行分析，结果显示，无论是在生活自理能力改善方面，还是在情绪调控方面，该方法都具有突出效果，可见基于根因分析法的手术室护理能够提高患者日常生活能力，改善其焦虑及抑郁等不良情绪^[8]。本次研究中，RAC 护理小组通过循证及探讨等多种方法，再对患者术中、术后可能出现的各种并发症进行深层次的剖析，深入挖掘根本原因，最后对其在术中和手术后可能出现的并发症、严重的生理应激反应等情况都有了一个全面的了解。通过术前的风险评价和检查，严格的并发症管理，以及术中和术后的生理参数和生命体征的监控。确保术中各项指标平稳^[9-10]。

总之，基于根因分析法的手术室护理在老年髋关节置换术患者临床护理中应用效果明显，不仅可以降低患者并发症发生率，提高生活质量，且有助于生理及心理应激反应改善，值得采纳。

参考文献

[1] 林颖,马彩霞,吕丽霞,游风云.手术室强化式护理对全髋关节置换术患者手术指标及生活能力的影响[J].吉林医学,2023,44(9):2597-2599.

[2] 李春燕.手术室预防性护理结合保温护理对髋关节置换术后患者的影响[J].当代护士(下旬刊),2023,30(9):54-58.

[3] 郑淑环.分析手术室全方位舒适护理干预对高龄人工髋关节置换术患者负性情绪、疼痛程度及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(1):48-50.

[4] 高振超.基于手术室路径的全方位舒适干预对髋关节置换术患者身心影响[J].罕少疾病杂志,2023,30(1):72-74.

[5] 林瑞宝,詹植儒,许丽芬.基于循证理念的手术室感染护理对老年髋关节置换术后患者感染发生情况的影响[J].中国当代医药,2022,29(22):179-182.

[6] 陈海敏,李珍卫,陆宏伟,周永娣.探讨手术室全方位舒适护理对髋关节置换术患者心理状态及心率的影响[J].中国社区医师,2021,37(33):110-111.

[7] 杨青.手术室舒适护理对髋关节置换患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2021,36(11):186-188.

[8] 冯倩,赵香.围术期一体化保温方案结合体位护理对老年髋关节置换术患者术中凝血功能、应激反应及不良事件发生率的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(23):159-161.

[9] 王玲玲.手术室综合护理对人工髋关节置换术患者术后切口感染的影响[J].中外医学研究,2021,19(21):117-119.

[10] 张伟峰.手术室全方位舒适护理对髋关节置换术患者负性情绪及心率的影响[J].中国民康医学,2021,33(12):191-192.