

髓芯减压植骨联合自体骨髓 干细胞移植治疗股骨头坏死的围手术期护理

田静娟, 王桂枝, 葛向荣

(河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

关键词 股骨头坏死 减压术 细胞移植 围手术期护理

股骨头坏死是骨科临床的常见疾病。因其发病机制复杂, 临床上治疗非常棘手, 中晚期多数患者不得不接受人工全髋关节置换术^[1]。近年来, 随着干细胞移植技术的应用, 为股骨头坏死的早期治疗提供了良好的发展前景^[2]。自 2008 年 8 月至 2009 年 8 月, 我们采用髓芯减压植骨联合自体骨髓干细胞移植治疗早期股骨头坏死患者 18 例, 取得了良好的效果。现将护理报告如下。

1 临床资料

本组 18 例, 男 12 例, 女 6 例。年龄 16 ~ 45 岁, 平均 35.3 岁。双侧 3 例, 单侧 15 例, 共 21 例。其中皮质激素类 7 例, 外伤性 3 例, 酒精性 10 例, 特发性 1 例。按 ARCO 分期^[3], I 期 6 例 7 髋, II 期 12 例 14 髋。临床表现均有髋关节疼痛和功能受限, 根据可视模拟标尺法 (VSA 法) 评估疼痛, 术前评分 5 ~ 8 分, 平均 7.2 分。术前 3 h 采集患者 200 mL 无菌骨髓血, 进行干细胞提取分离, 单侧制备细胞悬液 2 mL, 双侧 4 mL, 完成后直接送手术室, 在硬膜外麻醉下行股骨头髓芯减压后, 以人工骨吸附干细胞悬液后植入股骨头区。18 例患者均以良好的心态完成手术, 术后发生局部血肿 1 例, 给予治疗后血肿吸收。发生高热 2 例, 给予物理降温, 3 d 后体温降至 37.5 ℃ 以下。所有患者术后均无发生压疮、下肢深静脉血栓及肌肉萎缩, 切口一期愈合。术后 3 ~ 5 d 髋关节疼痛减轻, 根据 VSA 法评估疼痛, 术后评分 0 ~ 4 分, 平均 2.8 分。

2 术前护理

2.1 心理护理 股骨头坏死患者病程长, 治疗效果缓慢, 而此项手术又是一种新的治疗技术, 患者多表现为忧虑、恐惧及对手术期望过高等心理问题。护士应以关心、鼓励的态度面对患者, 细心体察他们的各种心理需求, 倾听他们的倾诉, 同时向患者讲解手术的安全性、目的和效果, 并介绍已手术成功的手术病

例, 消除患者的负面情绪, 增强其战胜疾病的信心。

2.2 术前准备 术前对患者健康进行全面评估, 常规检查心电图、骨盆正位和蛙式位 X 线片、CT、肝肾功能、凝血功能、血常规等, 术前戒烟、戒酒; 训练患者在床上大小便; 指导其正确使用拐杖; 为其制定功能锻炼计划, 并协助在床上练习; 术前 1 d 开始术区皮肤准备; 保证术前充分休息和充足的睡眠。

3 术后护理

3.1 体位护理 患者平卧, 置患肢于外展中立位, 并以软枕垫高 6 ~ 10 cm, 穿“丁”字鞋, 防止髋关节外旋和内收。术后第 1 天可翻身侧卧, 手术为单侧者, 翻向未行手术侧, 双侧者, 可利用上身的力量定时抬高臀部, 以免压疮形成。

3.2 早期并发症的观察及预防

3.2.1 局部血肿 采集骨髓血完毕后, 局部按压穿刺点 15 min。压迫不当可致取骨髓处血肿^[4]。护理措施: ①局部冷敷, 可抑制继续出血; 2 d 后局部热敷, 促进血肿吸收; ②局部盐袋压迫可起到控制局部出血的作用; ③用透明贴覆于局部, 可促进血肿吸收。

3.2.2 发热 采集干细胞时, 血液内可能带有致热源, 回输干细胞时有少数患者会有低热^[5]。护理措施: ①保持室内空气新鲜, 温湿度适宜, 减少探视, 避免交叉感染; ②密切观察患者体温变化, 鼓励患者多饮水; ③体温高于 38.5 ℃ 时, 可物理降温或遵医嘱应用降温药物; ④加强基础护理, 保持床单位整洁干燥, 督促患者勤换衣裤, 做好口腔护理。

3.2.3 切口感染 正确放置引流管, 充分有效的引出积液; 引流管留置不应超过 48 h, 24 h 引流量少于 20 mL 后拔管。术后预防性应用抗生素 3 d, 并注意观察全身症状和生命体征变化, 保持切口敷料干燥。

3.2.4 下肢深静脉血栓形成 术后抬高患肢, 早期进行下肢的被动按摩以及踝部运动可保持肌肉张力,

促进血液循环,预防深静脉栓塞。同时注意观察血压,防止血压过低导致血栓形成。

3.3 饮食指导 《金匱要略》说:“所食之品,有与病相宜,有与身为害,若得宜则宜体,害则成疾”。因此,应指导病人科学调配食物,并要做到饮食有节。病人术后第 1 周因瘀血归肝,肝克脾土,致使脾胃虚弱,运化失常,故指导病人饮食宜清淡,薄素。忌食辛辣、肥腻、寒凉之品,并结合服用调理脾胃,活血化瘀,消肿利水之中药,待脾胃调理正常后给高营养、高蛋白食物,并内服和营生新、接骨续筋滋养肝肾之中药,以达强筋壮骨之目的^[6]。

3.4 功能锻炼 术后当天指导患者进行足趾及踝关节活动,并进行股四头肌等长收缩训练,预防肌肉萎缩及静脉血栓形成。术后 3~5 d 在原有活动范围基础上结合 CPM 机行髋关节被动功能锻炼。单侧患者 3 周后可扶拐下床活动,但 3 个月内严禁负重;双侧患者要求 3 个月内避免负重。根据 X 线片显示股骨头内再骨化情况,决定是否允许弃拐行走^[2]。完全康复后可进行适当的体育活动,如散步、游泳、骑自行车等,但应避免重体力劳动和剧烈活动。

3.5 出院指导 术后 1 个月以卧床为主,术后 3 个月内避免患肢负重,建议术后扶拐行走 3~6 个月(视具体坏死程度而定),以保证移植后干细胞的有效分化,促进血管再生。指导患者养成良好的生活习惯,戒烟、戒酒。严格掌握用药原则,尽量避免使用皮质类固醇激素,注意安全,防止外伤,避免肥胖。指导患者详细记录髋关节疼痛程度、疼痛性质及疼痛时间的变化,记录行走间距、步态的改变及髋关节活动功能的变化,以备每月进行随访时及时反馈信息。术后 3

个月、6 个月、12 个月、18 个月定期复查,摄双侧髋关节正、蛙位 X 线片及行 MRI 检查。

4 小 结

股骨头坏死是一种进行性疾病,致残率高^[7]。患者多有不同程度的焦虑、恐惧心理,且早期非手术治疗效果不理想,而此项手术是我们开展的新治疗技术,患者对此缺乏认识,对治疗效果心存疑虑。因此,术前针对性的做好心理护理能帮助患者减轻心理压力,树立其战胜疾病的信心;术后正确的体位指导,严密的病情观察,积极的预防并发症,科学有效的功能锻炼及全面的出院指导是手术获得成功疗效的保证。总之,合理规范的围手术期护理,有效防止了护理并发症的发生,促进了疾病的康复。

5 参考文献

- [1] Lieberman JR, Berry DJ, Mont MA, et al. Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century. Instr Course Lect, 2003, 52: 337-355.
- [2] 张宏军, 高书图, 胡永成, 等. 髓芯减压联合自体骨髓干细胞移植治疗股骨头坏死的早期临床观察[J]. 中华骨科杂志, 2010, 30(1): 48-52.
- [3] 李子荣. 股骨头坏死的 ARCO 分期[J]. 中华外科杂志, 1996, 34(3): 186-187.
- [4] 王秀慧, 杨丽, 王艳, 等. 自体外周血(骨髓)干细胞移植治疗糖尿病足的护理[J]. 华北国防医药, 2008, 20(2): 60261.
- [5] 盛蓉, 刘文超, 薛妍, 等. 干细胞动员时提前应用粒系集落刺激因子对患者发热及感染的影响[J]. 中国癌症杂志, 2007, 17(7): 5142516.
- [6] 李红玲. 股骨头缺血性坏死病人的护理体会[J]. 中医正骨, 2007, 19(1): 79-80.

(2010-08-30 收稿 2010-11-11 修回)

(上接第 73 页)用,还可刺激骨折早期愈合,防止复位后的骨折不愈合或继发性跟骨体的塌陷,解剖型钢板固定于外侧,能够将膨胀的外侧壁充分复位,避免跟腓撞击和肌腱卡压,最后于 C 形臂 X 线机透视下确定复位的结果。②如何避免手术后的感染及切口裂开。术中尽可能避免不必要的剥离,而是直达骨质行骨膜下剥离;术中尽可能不牵拉皮瓣,而是采用克氏针将皮瓣遮挡于前上方,保证皮瓣处于无张力的状态;术后留置引流条,减轻皮肤的张力及血液的存留,降低感染及皮肤坏死的发生。

4.4 术后处理及康复 早期宜抬高患肢,常规应用

抗生素 10~12 d,预防感染,早期行石膏托固定,使足踝部充分休息和减少刺激,否则不利于伤口愈合;引流条放置不易超过 3 d,否则易出现切口延迟愈合或不愈合;常规 2 周拆线,必要时可延迟至 3 周;拆线后可适当关节功能锻炼,6 到 8 周后可适当负重。

5 参考文献

- [1] Sander R, Grogorg P. Opertire treatment of intra articular fractures of the calcanens[J]. J Orthop clin Morth(Am), 1995, 26(2): 203.
- [2] 张铁良, 丁建华. 跟骨关节内骨折[J]. 中华骨科杂志, 2000, 20(2): 117.

(2010-04-22 收稿 2011-01-17 修回)