

股骨假体周围骨折的围手术期护理

陈巧玲

(浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

关键词 关节成形术, 置换, 髌 围手术期护理

随着老龄化社会的来临, 因罹患髌关节疾病而接受人工关节置换手术的老年患者日益增多, 股骨假体周围骨折(periprosthetic femoral fractures, PFF)的发病率正呈逐年上升趋势, Berry^[1]报道该病发病率为 0.9%~2.1%。2007 年 4 月至 2010 年 3 月, 我们共收治 PFF 患者 7 例, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 7 例, 男 3 例, 女 4 例。年龄 58~88 岁, 平均 72 岁。左侧 5 例, 右侧 2 例。骨折发生于髌关节置换术后 2 个月至 2 年。骨折类型按 Vancouver 分类^[2]: B1 型 5 例, B2 型 2 例。骨折部位在假体周围 2 cm 以内。骨折线为横形、短斜形或螺旋形。合并糖尿病者 3 例, 合并高血压、肺部感染等疾病者 3 例。

2 治疗方法

7 例患者均采用手术治疗。4 例采用全身麻醉, 3 例采用连续硬膜外麻醉。均作患侧髌关节后外侧切口, B1 型实施股骨干骨折切开复位 + 锁定钢板内固定 + 钢缆环扎术; B2 型实施股骨假体翻修 + 切开复位内固定 + 钢缆环扎术。骨折线周围放置骨又生(脱钙人牙基质材料)和骨诱导(DBM 人工骨)。

3 护理方法

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 密切留意患者情绪变化, 倾听患者主诉, 耐心认真地与患者沟通, 向患者及家属讲解不良情绪会影响疾病恢复、积极手术可提高生活质量, 使患者情绪稳定, 积极配合手术。

3.1.2 术前准备 观察患肢肿胀程度、肢端血液循环情况、皮肤感觉和运动状况, 完善血常规、尿常规、出凝血时间测定和肝肾功能、快速血浆反应素环状卡片试验(rapid plasma reagin circle card test, RPR)、HIV 抗体、髌部及胸部 X 线片、心电图、肺功能、骨密度等检查。指导患者做踝泵锻炼和股四头肌舒缩训练及练习床上大小便。

3.2 术后护理

3.2.1 术后观察 床边心电监护 24~48 h, 记录心率、心律、呼吸、血压及血氧饱和度; 观察患者面色、意识、皮肤黏膜色泽, 注意有无血容量不足的早期征象。动态检查血常规, 维持血红蛋白在 $90 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 以上。合并糖尿病患者, 术后继续监测空腹血糖和三餐后血糖。

3.2.2 体位护理 患者平卧位, 足尖向上, 患肢下垫一软枕, 防止患肢过度屈曲和伸直; 患者两腿间放一梯形枕保持患肢外展 30° 中立位, 避免内收外旋; 股骨假体翻修术者予以重点护理, 防止假体脱位。

3.2.3 引流管护理 术后创口放置引流管。定时挤压引流管, 保持引流管通畅, 挤压方向从近端至远端。观察并记录引流液的色、质、量, 如发现引流量 $\geq 100 \text{ mL} \cdot \text{h}^{-1}$, 夹闭引流管并立即报告医生处理。

3.2.4 疼痛护理 术后常规使用镇痛泵 30~45 h, 观察有无恶心、呕吐、呼吸抑制等不良反应发生。停用镇痛泵后患者继续服用塞来昔布 1 周, 每次 200 mg, 每日两次。

3.2.5 预防下肢深静脉血栓 术后患肢抬高 $20^\circ \sim 30^\circ$, 弹力绷带包扎; 麻醉清醒后, 督促患者进行趾、踝关节主动伸屈和股四头肌等长收缩活动, 每日早、中、晚各 1 次, 每次 5~10 min; 对患肢肌肉进行向心性按摩, 每日 3~5 次, 每次 5~10 min; 从术后 12 h 开始, 遵医嘱应用低分子肝素钠抗凝治疗 1 周^[3], 同时复查凝血酶时间; 观察比较双下肢肢端颜色、温度、肿胀程度、脉搏和毛细血管充盈度, 询问患者肢体疼痛性质和身体感觉变化, 必要时测量双下肢同一平面的周径。

3.2.6 预防感染 观察患者体温、脉搏、呼吸、血压变化, 注意切口局部有无渗血、分泌物等。保持病房清洁, 定时开窗通风, 严格室内空气消毒, 嘱患者避免与其他感染性疾病和呼吸道疾病患者接触, 减少室内陪床及探视人数。鼓励患者进行肺功能锻炼, 如双上肢主动扩胸运动及健侧下肢活动、深呼吸、有效咳嗽、

吹气球等,给予雾化吸入,并叩背协助排痰,防止肺部感染。术后麻醉消失后,夹闭尿管,观察膀胱充盈情况;患者自觉有尿意时拔除尿管,协助床上排尿;嘱患者多饮水,每日 2000 mL 以上,防止泌尿系感染。患者身下垫水垫,每 2 h 督促抬臀更换水垫,协助按摩,并用六一散贴敷受压部位,防止褥疮。指导并协助患者使用软毛牙刷刷牙,漱口,保持口腔清洁。

3.2.7 饮食调护 指导患者进食高蛋白、高钙和有利于骨质生长的食物,增加饮食中纤维素的含量,补充水分,忌食辛辣食物。根据血糖情况控制热量。

3.2.8 功能锻炼 向患者及其陪护人员详细介绍术后制动时间和康复计划。术后 6 h 将床头摇起,一般不大于 30°,指导患者行足趾屈伸练习、踝泵练习、股四头肌舒缩练习。术后第 3 天开始指导患者进行髋膝关节屈伸运动,并由被动锻炼向锻炼主动过渡:①被动锻炼方法:患者仰卧,患肢置持续被动活动(continuous passive motion,CPM)机上,系好固定带,从 30°开始,每次活动 30 min,每日 2 次,每天增加 10°,最大不超过 90°。②主动锻炼方法:患者仰卧位,收缩股四头肌,缓慢将足跟向臀部滑动,屈膝屈髋,足跟不离开床面。屈曲角度以不引起髋部疼痛为宜,最大不超过 90°。10 下为 1 组,每次 2~3 组,每日 3 次。康复锻炼本着量力而行、循序渐进的原则,所有床上活动均在患肢外展中立位的状态下进行。

3.3 出院指导 选择患者出院前 1 d 或出院当天进行宣教,尽量要求家属在场。①嘱咐患者多食高营养、高钙、粗纤维和富含维生素的食物,适当应用抗骨质疏松药物。②嘱咐患者定期复查骨折愈合程度及假体情况,并告之假体脱位、松动、下沉及骨溶解都是骨折的高危因素。③强化安全教育,嘱咐患者术后 2 个月方可开始扶双拐或助行器,上肢负重,站稳后左右摇摆骨盆,不负重行走,进行髋、膝关节及下肢肌肉锻炼,每日 3 次,每次 10~15 min;满 4 个月后复查 X 线平片再逐渐负重^[4],每日 3 次或 4 次,每次 50~100 步。④功能锻炼需在专人陪护下进行,以不使患者感到疲劳为度,严防头晕、腿软、摔跌发生,直到患者行走稳定并且行走疼痛和跛行消失再考虑扶单拐,应逐渐弃拐。

4 结 果

所有病例均获随访,随访时间 3~32 个月,平均 20.6 个月。7 例骨折均愈合,愈合时间 3~8 个月,平均 4 个月。手术切口均 I 期愈合。除 1 例患者术后 6 个月因其他疾病死亡外,其余患者术后无严重并发症发生,均恢复至骨折前生活状态,无股骨骨折引起的明显不适。

5 体 会

PFF 是髋关节置换术的严重并发症之一,非手术治疗多难以成功,且多需要长时间制动或卧床^[5]。有效的围手术期护理是保证本病治疗成功的重要因素,术前做好心理护理,积极控制合并症;术后加强病情观察、体位护理,做好引流管护理、疼痛护理、饮食调护,积极预防下肢深静脉血栓,预防感染,做好住院期间康复护理,并给以详尽的出院指导,才能保证患者获得最大限度的功能恢复,提高患者的生活质量。坚持长期门诊随访和影像学监测,定期监测有助于早期发现骨溶解、假体下沉和无菌性松动等,以便早期翻修,避免发生再次的 PFF^[6]。

6 参考文献

- [1] Berry DJ. Epidemiology: hip and knee [J]. Orthop Clin North Am, 1999, 30: 183-190.
- [2] Old AB, McGrory BJ, White RR, et al. Fixation of Vancouver B1 peri-prosthetic fractures by broad metal plates without the application of strut allografts [J]. J Bone Joint Surg Br, 2006, 88(11): 1425-1429.
- [3] 中华医学会骨科学分会. 预防骨科大手术深静脉血栓形成指南(草案) [J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(10): 790-792.
- [4] 纪泉, 申剑, 张启维, 等. 人工全髋关节置换术后股骨假体周围骨折的治疗进展 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2006, 21(10): 854.
- [5] Bethea JS 3rd, DeAndrade JR, Fleming LL, et al. Proximal femoral fractures following total hip arthroplasty [J]. Clin Orthop Relat Res, 1982, (170): 95-106.
- [6] 陈炜平, 王祥华. 股骨假体周围骨折的危险因素 [J]. 国际骨科学杂志, 2008, 29(01): 16-17.

(2010-06-10 收稿 2010-07-07 修回)

(上接第 78 页)

5 参考文献

- [1] Ozsoy MH, Bayramoglu A, Demiryurek D, et al. Rotator interval dimensions in different shoulder arthroscopy positions: a cadaveric study [J]. J Shoulder Elbow surg, 2008,

17(4): 624-630.

- [2] Singh Heir J, Gottumukkala V. Beach chair position: is it really feasible in laparoscopic procedures? [J]. Anesthesiology, 2008, 108(6): 1153-1154.

(2009-12-21 收稿 2010-04-27 修回)