

· 骨伤科护理 ·

人工全髋关节置换术治疗晚期股骨头缺血性坏死的护理体会

时秋英, 刘文华, 于晓丽

(山东省文登整骨医院, 山东 文登 264400)

关键词 股骨头坏死 关节成形术, 置换, 髋 围手术期护理

2003 年 5 月至 2006 年 8 月, 我院采用后外侧入路小切口人工全髋关节置换术治疗晚期股骨头缺血性坏死患者 60 例, 效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 60 例 68 髋, 男 48 例 54 髋, 女 12 例 14 髋。年龄 30 ~ 65 岁, 中位数 47 岁。体重指数 17.0 ~ 24.5 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, 平均 20.2 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ 。单侧 52 例, 双侧 8 例。均为晚期股骨头缺血性坏死患者, 其中酒精性股骨头坏死 21 例, 激素性股骨头坏死 15 例, 外伤致股骨头坏死 12 例, 无明显原因股骨头坏死 12 例。

2 护理方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 详细认真地向病人介绍手术的方法、目的以及手术过程中可能出现的情况, 使患者积极配合治疗。耐心诚恳地与患者沟通, 及时解答患者内心疑惑。介绍成功病例, 消除患者内心压力, 使其树立战胜疾病的信心。

2.1.2 术前训练 指导患者进行床上肢体功能锻炼, 包括下肢的屈伸运动和足趾的活动。使患者取平卧或半卧位, 避免侧卧, 患肢保持中立位或内旋 $< 45^\circ$ 、外展 $< 30^\circ$ 位。教会患者正确使用防旋鞋, 指导患者使用拐杖行走, 督促患者练习床上平卧位大小便, 指导患者练习有效的咳嗽、咳痰和深呼吸运动。

2.1.3 术前准备 协助患者完善各项常规检查。术前 1 d 备皮, 术前 12 h 禁食, 手术前 1 d 夜晚观察患者精神状况, 必要时给予安眠药。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 ①常规监测患者的血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度, 注意患者精神状态; 严密观察患肢的皮肤颜色、温度和肿胀情况, 了解患肢感觉, 发现异常及时报告。②使患者平卧, 患肢保持外展 30° 或中立位; 两腿间放置软枕; 患侧使用防旋鞋。③妥善固定引流管, 避免过度牵拉肢体时脱出; 禁止折断和扭

曲引流管, 定时挤压引流管, 保持引流管通畅; 正确放置引流袋, 防止引流液逆流; 观察引流液的颜色、质地和流量, 发现异常及时汇报医生处理。

2.2.2 并发症的预防 ①感染: 监测患者体温变化, 术后 3 d 内体温 $> 38.5^\circ\text{C}$, 且切口疼痛加重者及时报告医生处理; 观察敷料渗血、渗液情况, 注意切口有无红、肿、热、痛; 常规应用抗生素。②脱位: 向患者说明保持良好体位的重要性, 提高患者自我防范意识, 患侧禁止过早活动; 移动患者时, 专人保护髋关节, 避免肢体的过度牵拉; 给患者放置便盆时, 注意保护髋关节, 避免内收和外旋等动作。③下肢深静脉血栓: 严密观察患侧肢体的血运和肿胀情况, 了解患者疼痛程度, 发现异常及时报告医生处理; 鼓励患者多饮水, 每日 $> 2\ 500\ \text{mL}$; 协助患者进行全身和局部的功能锻炼; 常规应用低分子肝素钠等抗凝药物。

2.2.3 功能锻炼 术后 1 d 指导患者进行股四头肌等长收缩训练, 并协助患者活动踝关节和足趾, 活动以不引起或加重患者疼痛为度, 每日 20 ~ 50 次, 循序渐进增至每日 500 次, 分别于早、中、晚餐后 30 min 开始。术后 1 ~ 3 d 视患者恢复情况, 进行直腿抬高训练, 每日 50 ~ 100 次。术后 2 d 使患者屈髋 $< 45^\circ$ 半卧。术后 3 d 指导患者扶双拐练习站立及行走, 行走时保持重心稳定、步态一致, 逐渐增加患肢负重程度。

2.3 出院指导 ①术后 3 个月内禁止盘腿、侧卧和独自翻身, 不坐矮板凳和矮沙发, 不负重行走, 避免髋关节脱位。②适度锻炼有助于肢体功能康复, 锻炼内容结合自身术后恢复情况而定。③做 CT、核磁共振成像等检查时, 告知医生已行人工全髋关节置换的情况, 避免影响诊断。④嘱患者术后 1 ~ 6 个月来院复查, 以便及时了解其康复情况。

3 结果

本组患者均获随访, 时间 17 ~ 46 个月, 平均 27.3 个月。无感染和脱位等并发症发生。Harris 评分由术前平均 42 分提高至平均 93.6 分。

4 体会

股骨头缺血性坏死是骨科常见病和疑难病,近年来发病率呈上升趋势。人工全髋关节置换术能有效缓解患者疼痛、恢复患髋关节功能,在治疗股骨头缺血性坏死方面临床应用较为广泛^[1-2]。周密的术前准备、严密的术后观察、详尽的出院指导,都有助于患者术后功能恢复。心理调护是术前护理的重要部分,应耐心认真地与患者沟通,及时消除患者对手术的恐惧,增强其战胜疾病的信心,从而积极配合治疗。因为患者术后需要卧床制动一段时间,所以术前指导其练习床上平卧位大小便,进行肢体和肺的功能锻炼,不仅有助于患者顺利适应术后卧床生活,也能防止术后肢体肌肉萎缩和坠积性肺炎的发生。术后应严密监测患者的各项生命体征,做好常规护理,发现问题及时汇报医生处理。术后为防止发生关节脱位、褥疮等并发症,应指导患者保持正确体位,协助患者活动身体。术后早期功能锻炼是手术成功的关键^[3],它可以有效预防关节僵硬和下肢深静脉血栓的形成。在指导患者进行肢体功能锻炼时,患者会因切口疼痛而

不配合,此时应耐心解释,认真指导,确保每一位患者都能掌握正确的锻炼方法。术后假体松动是造成人工关节置换失败的主要因素,这与假体类型和患者个体差异有关。对于体型肥胖的患者,建议其适度减肥,以减轻关节间磨损,延长假体使用年限。适当的体育活动有助于身心健康,但不合适的运动会造成术后假体松动或脱位,需要二次手术。因此在患者出院时应告知其运动禁忌,比如禁止跳跃、爬山及参与球类游戏等运动。

5 参考文献

- [1] Wroblewski BM, Siney PD. Charnley low - friction arthroplasty of the hip. long - term results[J]. Clin Orthop Relat Res, 1993, (292):191 - 201.
- [2] Kawasaki M, Hasegawa Y, Sakano S, et al. Total hip arthroplasty after failed transtrochanteric rotational osteotomy for avascular necrosis of the femoral head[J]. J Arthroplasty, 2005, 20(5):574 - 579.
- [3] 陈红梅, 严力生, 郭婵, 等. 双侧人工髋关节置换术的护理[J]. 海军医学杂志, 2007, 28(4):351 - 352.

(2009-02-14 收稿 2011-03-24 修回)

(上接第 75 页)裂、螺钉切割、钢板断裂、骨折端再移位等。发生内固定失效主要有以下原因:①术中未对骨折端进行加压,骨折有分离移位。②使用的钢板跨度较小或螺钉密度过大。锁定钢板所特有的角稳定特性,容易使钢板产生应力集中点,钉孔处因为横截面积最小,应力最为集中,易出现钢板断裂。③术中剥离范围大,骨折复位欠佳。应用锁定钢板进行固定,骨折必须有良好的复位,骨质缺损较大时需进行植骨,才能为骨折愈合提供良好的生物环境,减少钢板断裂的发生。④患肢负重过早。患肢负重过早是内固定失效的重要因素,在骨痂没有形成前完全负重对任何植入物都是非常危险的。由于锁定钢板能通过螺钉与钢板之间较好的锁定机制提供坚强的固定,使很多医生错误地认为锁定钢板的强度可以承受术后早期的完全负重,而造成钢板或螺钉断裂。

预防锁定钢板内固定术后出现并发症,笔者认为应注意以下几点:①在患者全身情况允许的前提下,肿胀不明显的闭合性骨折应行急诊手术。②肿胀明显的闭合性骨折先行石膏外固定或骨钉牵引,肿胀消退后 5~7 d 再行手术。③对 Gustilo II 型开放性骨折的患者,应在清创后行骨牵引或用外固定支架暂时固定,7~10 d 后再行手术;外固定支架固定超过 2 周时,拆除外固定支架,再用石膏固定 7~15 d,待钉道愈合后手术。

④最大限度地保护骨折端血运,避免粗暴的手术操作。⑤术后定期复查 X 线片,出现骨折不愈合或延迟愈合的倾向时应及时进行植骨手术。⑥术后功能锻炼要循序渐进,逐渐加大运动量,X 线检查显示骨折端有大量骨痂生成后才可以进行完全负重锻炼。

总之,使用锁定钢板内固定治疗骨折时要严格掌握手术适应证、选择最佳手术时机、提高手术技巧并在术后进行恰当的功能锻炼,才能提高手术的疗效,避免并发症的发生。

5 参考文献

- [1] 张长春, 邹剑. 锁定钢板内固定的手术误区及对策分析[J]. 中华创伤骨科杂志, 2007, 9(8):767 - 770.
- [2] 张权, 黄雷, 张力丹, 等. 应用锁定钢板治疗骨折后出现并发症的应用分析[J]. 中华创伤骨科杂志, 2008, 10(3):212 - 217.
- [3] 周振宇, 刘璠, 刘雅克, 等. 锁定加压钢板桥接技术治疗粉碎性胫骨干骨折[J]. 中华创伤骨科杂志, 2011, 13(3):222 - 225.
- [4] 张俊杰, 孔丽萍, 杨顺华. 股骨远端 LISS 钢板倒置治疗复杂股骨粗隆间骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2009, 24(4):334 - 335.
- [5] 金东旭, 林森, 程相国, 等. 锁定钢板内固定联合植骨治疗股骨骨不连或伴骨缺损[J]. 中华创伤骨科杂志, 2011, 13(3):212 - 216.

(2011-01-14 收稿 2011-04-09 修回)