

老年人工髋关节置换术的围手术期护理

张丽杰, 杨晓杰, 陈雪

(吉林省四平市中心人民医院, 吉林 四平 136000)

关键词 关节成形术, 置换, 髋 围手术期护理

随着科技的进步和发展, 人们对生存质量的要求也在不断提高。人工髋关节置换术因具有创伤性小、疗效确切等优点, 已成为老年人股骨颈骨折等髋关节疾病的主要治疗方法。科学规范的围手术期护理有助于巩固治疗效果, 促进患肢功能恢复。2009 年 1 月至 2010 年 3 月, 我们对 24 例行人工髋关节置换术的患者进行了精心护理, 效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 24 例, 男 7 例, 女 17 例。年龄 59 ~ 92 岁, 中位数 72 岁。其中股骨颈骨折 19 例, 股骨头缺血性坏死 3 例, 髋关节置换术后假体松动 1 例, 髌臼骨折 1 例。行单侧全髋关节置换 20 例, 双侧全髋关节置换 1 例, 单侧股骨头置换 3 例。

2 护理方法

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备 给患者勤换衣被, 每晚清洗会阴部, 老年女性患者加强皮肤清洁护理。介绍康复训练内容, 依据患者病情制定合理的康复训练计划。教会患者股四头肌及踝泵练习的方法^[1], 提高患肢肌力, 为术后康复锻炼打下基础。指导患者适当活动, 降低下肢深静脉血栓形成 (deep vein thrombosis, DVT) 等并发症的发病率。术晨留置导尿, 术前 30 min 备皮。

2.1.2 心理护理 认真与患者及其家属交流, 观察患者性格特征和心理反应, 了解其文化程度及经济状况, 综合评估其对手术的心理耐受程度, 有针对性地进行心理疏导。用通俗易懂的语言介绍手术的目的、方法、麻醉方式和治疗效果, 消除患者对麻醉及手术的恐惧感, 帮助其建立战胜疾病的信心, 使其积极配合治疗。

2.2 术后护理

2.2.1 预防感染 做好引流管护理, 密切观察引流液质地, 对皮肤弹性差、肌肉松弛、体型消瘦者, 控制引流负压不过大, 以免引起出血; 若引流量过多、流速过快, 则及时通知医生处理; 保持引流管通畅, 进行康复训练时夹闭引流管并妥善固定, 防止逆行感染及脱

管; 24 h 引流液 < 50 mL 时拔除引流管。检查体温及血常规, 观察切口渗出物、肿胀程度和周围皮肤颜色变化, 了解患者疼痛性质, 发现危象及时处理, 防止切口感染。加强老年女性皮肤护理, 大小便后及时清洗会阴部; 留置导尿患者, 每日尿道外口清洁护理 2 次; 保持床铺清洁干燥, 鼓励患者多饮水、勤排尿, 预防泌尿系统感染。指导患者深呼吸、有效咳嗽, 协助患者排痰, 预防呼吸系统感染。

2.2.2 防止 DVT 术后立即在患肢下垫一软枕, 将患肢抬高 15° ~ 30°, 直到患者可以下地活动为止^[2]。从足部到大腿根部用弹力袜促进下肢静脉回流。避免在膝下垫枕, 以防过度屈髋, 影响血液回流。麻醉未解除前向心性按摩患者腿部肌肉, 尤其是比目鱼肌和腓长肌, 并使患者做足踝被动运动。观察患肢肿胀程度, 了解疼痛性质, 如患肢肿胀明显、疼痛加重, 则暂时制动, 确定无 DVT 后继续进行功能锻炼。避免在患侧下肢进行静脉穿刺等操作, 减轻局部刺激, 减少 DVT 诱发因素。

2.2.3 体位护理 术后 2 ~ 3 周, 患肢保持外展中立位, 两腿间夹一宽 20 cm 的软枕, 防止髋关节内收。指导患者保持良好体位, 尽量不独自做侧卧、翻身和盘腿等动作。

2.2.4 功能锻炼 ①麻醉解除后, 指导患者进行股四头肌等长收缩、足趾及踝关节屈伸和旋转、臀部肌肉收缩等运动。②自术后第 2 天起, 嘱患者主动进行踝泵练习。术后第 3 天开始进行髋关节屈曲运动: 缓慢将足跟向臀部滑动, 使髋屈曲, 足尖保持向前, 注意防止髋内收、内旋, 屈曲角度 < 60°; 保持髋部屈曲 5 s 后回到原处, 放松 5 s 后重复屈髋 1 次。每组 20 次, 2 ~ 3 d 做 1 组。③术后第 7 天, 待患者体温正常、切口无渗出、患肢肿胀逐渐消退, 指导患者进行髋关节功能锻炼^[3], 保持关节功能位定型和肌肉张力, 防止关节僵硬及肌肉萎缩。

2.2.5 步行练习 术后第 3 天, 骨水泥固定型初次假体置换者, 在无骨折及植骨情况下, 进行步行练

习^[4]。下床前先将床头摇高 45°左右,练习坐起,每天 4~6 次,每次 20~30 min。待患者适应后,将患肢移近床边,小腿缓慢下降,身体重量放在健侧,逐渐练习站立,每天 2 次,每次 10~20 min。适应站立后,指导患者在助行器协助下练习行走,两腿分开与肩同宽,健肢在前,患肢在后,转弯时髋关节随身体一起移动,避免髋关节突然旋转。待患者能够适应上述活动后,指导患者练习扶双拐步行,方法为:挺胸收腹,保持重心稳定;先出左拐迈右脚,再出右拐迈左脚;整个过程患者足跟尽可能贴住地面,使患侧膝关节保持伸直位;上楼时健侧先上,拐与患肢留在原阶,下楼时患肢与拐先下,健侧后下。

2.2.6 出院指导 向患者讲明康复锻炼的重要性,指导患者及其家属掌握系统的康复方法,使患者出院后继续坚持锻炼。嘱患者日常生活中保持良好体位,做到:不交叉双腿,不患侧卧位,不屈膝而坐,不坐矮凳和沙发,不翘二郎腿,不弯腰穿鞋袜、拾东西等,尽量避免髋关节过度前屈、内收和内旋。非骨水泥固定型假体置换术患者,2 个月之内不负重,3 个月之内注意复查关节位置。

3 结果

本组患者均获随访,时间 1~6 个月。无 1 例发生 DVT 和关节脱位等并发症。1 例患者出院 2 个月后切口感染,经抗感染治疗后好转。本组 3 例患者术后 1 个月可独立行走,19 例患者术后 2 个月可独立行走。

4 体会

人工关节置换术的最终目的是最大限度地恢复患肢功能。然而此类手术容易诱发感染、DVT 和关节脱位等并发症,因此有效的护理至关重要。感染不仅是最严重的并发症,也是导致手术失败的主要原因之一,而高龄手术患者的感染率更是高于年轻人,这是由高龄患者营养不良和免疫功能低下所致^[5]。所以术前科学规范的体能锻炼,术后循序渐进的康复训练,都有助于提高患者体能,减少并发症。在控制感染方面,应注意备皮时间,术前 1 d 备皮容易导致微小细菌存留切口内繁殖,导致术区感染,所以应术前

30 min 备皮,以有效减少细菌存留量,降低感染率^[6]。人工关节置换术后 DVT 的发病率为 4%^[7],对易发生 DVT 的高危患者,术前应用抗凝药预防、积极按摩下肢肌肉、活动关节,术后认真检测生理指标、协助体位变动、进行康复锻炼等,都有助于降低该病的发病率。人工关节置换术后关节脱位的发病率为 2%~10%^[8],一旦发生即可造成新的关节功能障碍,不仅影响手术效果,还会给患者及其家属带来极大的精神痛苦和经济负担,而规范的康复训练能有效改善机体局部血液循环,防止肌腱和关节囊粘连、痉挛,软化瘢痕,促进肢体功能恢复,增强关节稳定性,强化手术效果,提高生存质量。术后开始下床行走的时间应根据患者的年龄、体质、康复情况、假体类型等因素而定,循序渐进地进行锻炼。医务人员的及时随访是防止发生晚期并发症和延长假体使用寿命的主要措施^[9],因此应嘱患者定期复查,随时发现问题,及时治疗。

5 参考文献

- [1] 于长隆. 常见运动创伤的护理和康复[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:6.
- [2] 陈睿,许燕杏,林巧如,等. 康复训练程序在人工髋关节置换术患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(11):30-31.
- [3] 金荷娣. 人工全髋关节置换术的护理 166 例[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(22):29-30.
- [4] 陈奕芳. 老年股骨颈骨折假体置换术病人的护理[J]. 护理研究,2004,18(18):1646-1647.
- [5] 修培宏,米凯. 围手术期治疗与护理基本知识问答[M]. 北京:中国医药科技出版社,2004:215.
- [6] Alexander JW, Fischer JE, Boyajian M, et al. The influence of hair - removal methods on wound infections [J]. Arch Surg, 1983, 118(3):347-352.
- [7] 吕厚山,徐斌. 人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中华骨科杂志,1999, 19(3):155.
- [8] 毛宾尧. 人工髋关节外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:256-259.
- [9] 李晓雯. 人工髋关节置换并发症的护理[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(11):52-53.

(2010-03-31 收稿 2010-07-30 修回)

(上接第 78 页)

5 参考文献

- [1] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:172.
- [2] 张红,张启英,王学丽,等. 膝关节镜治疗半月板损伤围手术期康复护理[J]. 中国矫形外科杂志,2006,14(20):

1580-1581.

- [3] 王亦聰. 膝关节的基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:522.
- [4] 刘素云,饶冬霞,罗燕萍. 渐进式功能锻炼对膝关节镜术后患肢功能恢复的影响[J]. 南昌大学学报:医学版,2010,50(10):103-104.

(2010-03-11 收稿 2010-08-07 修回)