

· 骨伤科护理 ·

# 人工全髋关节置换术手术配合的护理体会

林春花

(浙江省台州市黄岩区中医院, 浙江 黄岩 318020)

关键词 髋关节 置换 手术配合 体会

人工关节置换术是应用金属材料制成的人工关节,代替病变关节,以达到解除疼痛,保持关节稳定,改善关节功能的目的。人工髋关节置换是目前治疗老年人髋关节疾病的常用方法。但由于大多是高龄患者,且常合并高血压、冠心病、慢性支气管炎等疾病,对手术及麻醉耐受性降低,而人工全髋关节置换术又具创伤大,失血多等特点,大大增加其手术危害性,因此如何提高手术成功率,降低并发症,防患未然,是我们医务人员所要探讨的问题。自 2009—2010 年我院共开展人工全髋关节置换术 33 例,由于加强了手术配合均取得满意效果。为总结经验,现作回顾性分析讨论如下。

## 1 临床资料

本组 33 例,男 11 例,女 22 例。年龄 57~84 岁,中位数 68 岁。股骨头缺血性坏死 13 例,髋关节骨性关节炎 12 例,股骨颈(头下型)骨折 8 例。合并高血压及糖尿病者 6 例,慢性支气管炎、肺气肿 7 例,冠心病 10 例。采取全麻者 15 例,持续硬膜外麻醉 18 例。均采用髋关节后外侧切口。其中应用意大利利马全髋关节 8 例,美国帮美全髋关节 10 例,国产普鲁氏全髋关节 15 例。手术时间 90~180 min,平均 150 min。顺利完成手术,未出现术中及术后并发症。

## 2 术前护理

**2.1 术前访视** 术前 1 d,到病房进行随访,了解病史及病人全身状况以及合并症处理情况。做好患者的思想工作,明确手术治疗的意义和术后效果,以手术成功事例鼓励病人,消除患者的恐惧和疑虑,使其在平静的心理状态下接受手术,主动配合,为手术的成功创造条件,并告知术前禁食、禁饮的时间和目的及重要性。

**2.2 手术护士准备** 手术护士应参加术前讨论,正确估计病情,制定相应的护理措施,做到心里有数,以便有效地减少手术风险及术后并发症。

**2.3 器械物品准备** 除备好骨科手术常用器械外,另外需准备由器械公司提供的髋关节置换的特殊器械。

**2.4 环境准备** 应安排在百级洁净手术室进行手术,如无此条件,手术间应做好清洁消毒工作,术前 1 小时开启空气净化机加紫外线灯消毒。

## 3 术中配合

### 3.1 巡回护士配合

**3.1.1 严格查对制度** 病人入室应严格执行三查七对手术室十二查对制度,接收病人查对姓名、性别、年龄、住院号、诊断、手术名称、部位、术前用药、药物过敏试验结果、备皮及所带用物、禁止带贵重物品入室、假牙及时取下、询问禁食情况等,并热情接待。

**3.1.2 静脉通道的建立** 通畅的静脉通路是确保手术顺利进行的关键,静脉通路应建立在上肢,妥善固定,以防改变体位时脱落,而延误手术时间。

**3.1.3 体位的摆放** 后外侧切口时,要求患者完全侧卧位,在患者尾骶部和前方耻骨联合部使用砂袋和手术床辅助固定器从前后两个方向将骨盆牢牢固定,双上肢放在托手架上,腋下垫一软枕,以免腋神经受压。

**3.1.4 术中其他环节配合** 配合好麻醉,严格消毒防止术中感染,及时提供术中所需要的各种物品和耗材,确保各种管道的畅通,仪器设备的正常运转,以免耽误手术。使用高频电刀止血时应严格按常规操作,避免损伤病人。手术创面较大,出血多,要严格清点敷料、缝针、缝线。加强术中观察,严密观察病情,保持循环稳定。手术结束后搬运过程中,患者仰卧保持下肢中立位,两腿间放置一个体位垫,从手术床移动患者至病房时,应有专人保护髋关节,避免牵拉肢体,以防髋关节后脱位<sup>[1]</sup>。

**3.2 器械护士配合** 全髋置换特殊器械较多,器械护士术前应参加讨论,熟悉手术的解剖知识和步骤,掌握全套器械的应用和操作,及时准确地配合每一步骤,以缩短手术时间。

常规消毒,铺单,协助医生使患侧髋部周围形成无菌区,下肢消毒包脚后递无菌腿套包裹下肢,递薄膜巾封闭周围使下肢无裸露皮肤。

配基本器械和特殊器械两种器械台,按序摆放,并严格清点数目,后期使用器械台暂用无菌巾遮盖,减少暴露确保无菌。术中所用电动工具如电钻、电锯等提前安装并检查功能、电量等。

术中密切配合,及时传递所需器械及纱垫、缝线缝针等,及时收回手术野周围的器械防坠落影响手术进程。

假体植入前应更换手套,并用无菌纱布包裹传递,减少感染,安装完毕,清点器械。

#### 4 小 结

妥善体位固定是保证手术顺利完成的基础,我院完成的 33 例全部是侧卧位,因此患者体位固定十分重要,以保证术中骨盆不发生任何的摇动。

严格无菌操作,防止感染。全髋关节置换最重要的合并症是感染,一旦发生感染,需将假体拔出,造成髋关节的严重病残<sup>[2]</sup>。术中污染或病房内交叉感染,血源性感染,局部伤口脂肪液化为感染的主要原因<sup>[3]</sup>,因此,严格执行无菌操作非常重要。预防感染

的措施主要包括:戴双层手套参加手术,术前严格手术间的消毒,控制进入手术室人数,尽量减少室内人员流动;术前、术中使用抗生素;术中传递假体前要更换手套,递送时要用纱布包裹,避免手直接接触,术中保持器械的无菌状态。

密切观察病情变化,老年患者在麻醉和手术过程中,受麻醉药的影响,手术创伤、出血、缺氧,水电解质紊乱等都可引起心率紊乱,应保持输液通畅,严密观察生体体征,尤其在使用骨水泥时发现异常应密切配合麻醉医生及时采取有效措施。

预防褥疮发生。由于病人术前长期卧床,加上老人皮肤菲薄干燥,经受不了磨擦和刺激,尤其是骨隆突处,巡回护士给病人安置体位时,禁拖、拉、推等动作,并在骨隆突处垫海绵垫。

#### 5 参考文献

- [1] 梅芳. 实用外科疾病护理[M]. 北京:金盾出版社,2001:98.
- [2] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京:科学出版社,1998:10-57.
- [3] 朱建英,欧阳素贞,韩文军. 人工关节置换术的护理进展[J]. 中国实用护理杂志,2003,19(9):75-77.

(2011-05-18 收稿 2011-08-19 修回)

(上接第 77 页)治疗此病,疗效满意。目前国内学者对于椎动脉型颈椎病的中医辨证分型的方法众多,尚无统一的标准。刘庆思教授参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>中颈椎病的中医证候分类,此书中颈椎病分五型,刘教授认为五型中风寒湿型及气滞血瘀型更适合神经根型颈椎病,而椎动脉型颈椎病更多见于痰湿阻络型、肝肾不足型和气血亏虚型三型。故刘老将本病就分为此三型,依型对症治疗。

三型具体辨证分型如下。①痰湿阻络型:头晕目眩,头重如裹,四肢麻木不仁,纳呆。舌暗红,苔厚腻,脉弦滑。②肝肾不足型:眩晕头痛,耳鸣耳聋,失眠多梦,肢体麻木,面红目赤。舌红少津,脉弦。③气血亏虚型:头晕目眩,面色苍白,心悸气短,四肢麻木,倦怠乏力。舌淡苔少,脉细弱。

补肾健脾活血方的处方如下:补骨脂 10 g,淫羊藿 20 g,熟地 20 g,淮山药 10 g,白芍 10 g,黄芪 12 g,丹参 10 g,当归 10 g,葛根 15 g,桂枝 10 g,甘草 8 g。

痰湿阻络型可加陈皮 10 g、法半夏 10 g、制天南星 10 g;肝肾不足型可加桑寄生 20 g、杜仲 12 g、山茱萸 10 g;气血亏虚型可加大黄芪、白芍用量至 20 g,黄芪甚至可加大到 30~40 g,还可加太子参 20 g。每天 1 剂,水煎 2 次后将药液混合,早晚各服 1 次。

#### 3 刘老对椎动脉型颈椎病的用药特点

补肾健脾活血方以补骨脂补肾助阳壮骨为君药,辅之淫羊藿、熟地黄、白芍补肾益精为臣药,此乃“善补阳者,必于阴中求阳”和“壮水之主,以制阳光”之意;同时配以黄芪补中益气,山药补益脾肾、益气养阴,丹参、当归活血通络,共为佐药,此既培补后天生化之源以充肾精,又达到补中寓通,补而不滞的目的。另佐以桂枝温经解肌止痛、助阳化气、调和营卫,且桂枝能振奋气血,透达营卫,可外行于表散肌腠风寒,横走四肢温通经脉,引诸药上至头颈、肩臂、手指,使药力直达病所。葛根气质轻扬,具有升散之性,甘辛入脾胃经,具有发表解肌,升津舒筋的作用,善治头颈强痛。使药为甘草,补中益气、调和诸药。方中白芍、甘草合成的芍药甘草汤,乃张仲景所创缓急止痛之良方,酸甘化阴,舒缓挛急,具有明显的解痉、镇痛作用。

综上所述,补肾健脾活血方中诸药合用,共济“补肾壮骨、健脾益气、活血通络”之功,故临床疗效甚佳,值得同行借鉴学习。

#### 4 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:186.

(2011-01-27 收稿 2011-09-25 修回)