

人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的因素及护理措施

黄娇鸿, 盛振华

(浙江省玉环县中医院, 浙江 台州 317600)

摘要 **目的:**探讨人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的原因, 观察护理干预的预防效果。**方法:**对 38 例接受人工髋关节置换术的患者在术前、术中和术后进行护理干预, 观察护理干预对术后下肢深静脉血栓形成的预防效果。**结果:**38 例患者术后均未并发下肢深静脉血栓形成。**结论:**对接受人工髋关节置换术的患者在围手术期进行积极的护理干预, 可以大大降低术后下肢深静脉血栓形成的发生率。

关键词 关节成形术, 置换, 髋 下肢深静脉血栓 相关因素 护理干预

全髋关节置换(Total hip replacement, THR)具有关节活动好、下床早的优点, 临床已广泛开展。但若护理不当, 术后常发生下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis DVT), 有资料显示, 国内人工关节置换术后 DVT 发生率为 47.1%^[1]。一旦发生 DVT, 不仅影响手术疗效, 还给病人带来痛苦, 甚至危及生命。故术后早期对病人实施有效护理干预十分重要。自 2004 年 6 月至 2010 年 6 月, 我们对在本院实施人工髋关节置换术的 38 例病人采取了有效的护理措施, 取得了满意的效果。现总结报告如下。

1 临床资料

本组 38 例, 男 16 例, 女 22 例。年龄 50~88 岁, 中位数 62 岁。其中外伤性股骨颈骨折 19 例, 股骨头缺血性坏死 16 例, 强直性脊柱炎致髋关节强直者 3 例。单侧髋关节置换者 28 例, 双侧髋关节同时置换者 10 例。材料均选用北京蒙太因医疗器械有限公司产双极人工股骨头, 采用生物型假体者 273 例, 骨水泥型假体者 15 例。手术时间 2~3.5 h, 中位数 2.5 h, 手术出血量(包括术中及术后引流)600~1 600 mL, 中位数 1 100 mL。

2 DVT 的成因

目前仍沿用 Virchow^[2]提出的观点: 静脉血流缓慢、血管壁损伤、血液成分改变, 为静脉血栓形成的三大要素。最终血栓的形成, 往往是几种因素综合的结果。THR 为四类手术, 手术的麻醉可使下肢肌肉一定时间内失去收缩功能, 术后的疼痛以及卧床都可使下肢肌肉处于松弛状态, 影响血液的正常流动, 血流缓慢, 这是 DVT 产生的动力学基础; 手术可引起血小板凝集功能发生改变, 使血小板凝集功能增加, 加上术中、术后的输血以及止血药物的应用, 导致血液处于高

凝状态, 这是 DVT 产生的病理学基础。另外, 手术创伤, 可导致白细胞趋向性增加, 内皮细胞层出现裂隙, 使血小板移向血管内膜, 也可导致凝集过程的发生。

3 护理方法

3.1 术前护理干预 术前护理干预主要从以下几方面着手: ①做好宣教工作, 特别是针对高龄肥胖者, 以及患者冠心病、高血压、糖尿病、高血脂、下肢浅静脉曲张等疾病者, 即往有 DVT 发病史者等高危人群, 要充分讲解 DVT 的危害, 取得家属及病人共识, 提高心理承受能力, 能够在行动上配合护理的整个过程。②吸烟者要禁止吸烟, 避免因烟中尼古丁成分刺激血管, 导致血管内膜损伤, 促进血栓的形成。③向患者讲解术前注意事项、卧床期锻炼的目的、正确锻炼的方法和注意事项, 取得护患之间的配合。教会病人作深呼吸、有效咳嗽、扩胸运动、股四头肌等长收缩运动及踝泵运动; 教会病人床上大、小便, 并做上、下床方法练习、步行器使用方法练习等。

3.2 术中护理干预 尽量缩短手术时间, 避免髋关节长时间内收及过度牵引, 手术动作要轻柔, 止血要彻底, 保持充足的血容量。尽可能避免用全麻, 选椎管内麻醉; 骨条件好的情况下, 尽量用生物型假体, 如骨质条件差, 需用骨水泥固定, 则术后积极给予预防措施。根据病情, 遵医嘱适当输血、补液。

3.3 术后护理干预 髋关节置换术后 DVT 的高危期是术后 12~24 h^[3], 为术后观察的重要时期, 主要是动态观察患者双下肢的皮温、色泽、动脉搏动、静脉充盈时间、麻木、疼痛以及肿胀程度等。如果病人突然出现胸痛、呼吸困难、口唇发绀、咳嗽、咯血等症状, 应考虑肺栓塞, 应立即进行抢救并通知医生。

术后卧床病人进食易消化食物,保持大便通畅,避免用力排便,负压增加,影响下肢静脉血液回流。

3.4 术后功能锻炼 术后患肢要保持外展中立位,抬高患肢 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,使下肢后侧均匀受力,膝关节功能位。应特别指出的是腘部禁衬垫,保持回流通畅。功能锻炼及早进行,术后第 1 天,指导鼓励患者进行下肢肌肉收缩 主要是进行腓肠肌挤压、患肢股四头肌的等长收缩、踝关节屈伸旋转活动,腓肠肌挤压必须要间歇配以被动挤压,肌四头肌收缩的方法是病人先绷紧股四头肌 12 s,然后放松,踝关节可做跖屈背伸动作,如此循环,每天 2 次,每次 30 ~ 40 个动作。活动范围要由小到大,力度逐渐增加,踝关节锻炼时应注意关节屈伸旋转的范围要尽量大。指导患者行患肢直腿抬高训练,每天 60 ~ 90 次。术后第 2 天,在保持第 1 天锻炼项目的同时,加做柔缓的髋关节屈曲动作,患者取半卧位,屈髋应 $< 45^{\circ}$,目的是增加股四头肌功能,增加腿部力量,为下地练习行走做好准备。术后第 3 天,功能锻炼的项目是下床扶双拐在床边练习站立、行走,练习的重点是步态训练,患肢先以足跟着地,慢慢将重心移至脚掌,双足着地时间应相等。逐渐让患者掌握正确转移重心,调节步态。

(上接第 72 页)并发症,喉返神经损伤表现声音嘶哑,憋气和伤侧声带运动麻痹。喉上神经损伤则表现为呛咳,大多是由于术中神经暴露引起误伤及过度牵拉所致,以及由于术中对喉部机械刺激和术后仰卧进食不适应也可引起轻度声音嘶哑、呛咳。因此术者在术中动作应轻柔,避免粗暴动作,进食应细嚼慢咽,速度不宜太快。

5 功能锻炼和康复指导

5.1 功能锻炼 为防止肌肉挛缩和关节僵硬及下肢深静脉血栓形成,术后早期在生命体征稳定后立即给予上、下肢肌肉按摩和关节被动活动,每天行肌肉按摩 5 ~ 6 次,每次 20 ~ 30 min。术后 1 ~ 2 d 指导患者自主活动四肢。1 周后在颈围固定下可下床活动。上肢主要功能锻炼手的握与捏、伸与屈功能,并可借助握力器或拉力器进行训练,恢复肌肉力量,下肢主要加强屈髋、屈膝及踝关节的肌肉锻炼,以及直腿抬高及伸屈锻炼。锻炼以主动活动为主,被动活动为辅。对于肢体瘫痪者,指导教会家属做好肌肉按摩及各关节被动活动,可以防止关节僵硬和肌肉萎缩。

5.2 康复指导 出院 3 个月内继续颈托固定,避免颈部屈伸和旋转等剧烈活动,禁止负重、抬重物。3 个月后经摄 X 线片示植椎间隙已完全融合后,可进

3.5 抗血栓药物的预防应用 药物预防是目前使用最广泛的方法,术后 12 h 患者均采用低分子肝素钙 5000 U 皮下注射,每天 1 次,或给利伐沙班 10 mg 口服,每天 1 次(术后 6 ~ 8 h),连用 7 d。另外,口服阿司匹林,静脉注射复方丹参注射液,都能起到很好的预防效果。

4 小 结

髋关节置换术患者在围手术期内积极的进行 DVT 预防性护理干预,可以大大地降低 DVT 的发生率。在围手术期内采用综合有效的护理措施,避免三大病因是预防 DVT 形成的关键,要科学合理的采取相应的护理措施进行护理干预,及早发现,及时治疗,避免或减少并发症的发生,安全度过手术难关,促进患者尽快康复。

5 参考文献

- [1] 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.
- [2] 罗慰慈.肺栓塞的诊治进展[J].中华老年医学杂志,2001,20(3):165.
- [3] 刘云凤.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成的护理干预[J].临床误诊误治,2009,22(7):51-52.

(2011-09-27 收稿 2011-12-15 修回)

行颈部功能锻炼,屈伸、旋左、旋右活动。然后再做颈部旋转活动,注意颈部勿做剧烈活动,防止再损伤。锻炼要循序渐进,若出现颈部不适,应暂时停止。继续加强下肢功能锻炼。定期复查。

6 小 结

颈椎前路植骨内固定术是治疗颈椎病的有效方法之一,其手术风险大,并发症多且重。因此,科学合理做好围手术期护理是保证患者康复的关键,故术前做好心理护理,术前训练,消除患者紧张情绪,做好术前准备,保证手术顺利进行,术后严格体位搬动及严密病情观察,并发症预防和护理,发现问题及时处理,正确指导与协助患者功能锻炼。通过对此类病人的护理,体会到护理人员不仅要掌握手术常规护理,更要掌握手术的特殊护理,精湛术前后护理和康复指导是提高手术成功率和降低残疾的有效保证。

7 参考文献

- [1] 宁宁.骨科康复护理[M].北京:人民军医出版社,2005:162-163.
- [2] 谢连顺,刘艾红,王利亭.颈椎前路手术后病人的护理体会[J].实用护理杂志,2000,12(5):11-12.

(2011-10-24 收稿 2012-01-18 修回)