

四肢痛风石患者的围手术期护理

何小琴

(浙江省富阳市中医骨伤医院,浙江 富阳 311400)

摘要 目的:探讨四肢痛风石病人发病特点及围手术的护理方法。方法:回顾性分析了 46 例四肢痛风患者临床资料,加强有效的饮食护理、心理护理、疼痛护理,完善各项准备,密切观察术后病情变化,总结出行之有效的护理方法。结果:所有患者都得到了精心治疗和护理,均痊愈出院。结论:围手术期护理能减少术后并发症,预防复发,对提高患者的健康水平有重要的意义。

关键词 痛风 四肢 围手术期 护理

四肢痛风石在临床上很常见。痛风是一种嘌呤代谢紊乱所致的一种疾病,主要发生在中老年人群中,当病情发作时会出现关节疼痛、红肿,而且经常在夜间发作。痛风石是因为血尿酸长期增高,形成尿酸钠,多发生在四肢关节及附近,由于尿酸盐沉积在周围软组织及皮下,形成皮下硬结,通常称痛风石。痛风石形成的典型部位在耳轮,四肢多见于拇趾、膝、指、腕、肘等处,多数关节畸形,影响美观。一般以下肢为好发部位,少数病例可出现在鼻软骨、舌、声带、眼睑、主动脉、心瓣膜和心肌。随着病情发展和病史延长,痛风石可逐渐增大,数目亦由最初的 1~2 个增至十几个以上,并波及多个关节周围。痛风石一旦形成,一般很难再吸收消失,因此应尽早手术取石。2010 年 1 月至 2011 年 9 月本院对 46 例痛风结石患者实施手术治疗,在围手术期我们对本组患者实施了周密护理计划,让患者在心理及生理上获得了很大的满足,使患者身心处于最佳状态进行手术治疗,这对减少患者不适感和预防并发症的发生,促进患者早日康复起到很大的作用,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 46 例,男 39 例,女 7 例。年龄 35~77 岁,中位数 51 岁。病程 6~35 年,中位数 10.5 年。主要症状:肘、膝关节及四肢小关节多发性皮下硬结,硬结多由关节向外突出,大小不等,质硬,部分有囊性感,多无疼痛不适。受累关节达 204 个(手术 197 个),其中指间关节 51 个,掌指关节 22 个,腕关节 3 个,肘关节 4 个,趾间关节 39 个,跖趾关节 36 个,跗跖关节 24 个,踝关节 11 个,膝关节 7 个。

1.2 其他检查 术前血尿酸正常 17 例,异常 29 例。最高的达到 $848 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。血沉升高:36~125

$\text{mm} \cdot \text{h}^{-1}$ 7 例,正常 19 例。X 线摄片检查:32 例见穿凿状骨质破坏,3 例发生病理性骨折。

1.3 手术方法 上下肢分别采用臂丛神经阻滞麻醉和腰硬联合麻醉,对受累关节分次进行手术,受累关节多个者视病情一般分 2~3 次手术。术中彻底清除尿酸盐,切除变性坏死的关节囊,大量生理盐水反复冲洗。术后伤口拆线时间一般 13~19 d。

1.4 治疗结果 本组 46 例术后均获随访,随访时间 3~24 个月,中位数 18 个月,46 例患者术后症状减轻,外观改善,关节功能有不同程度恢复。痛风急性发作从术前平均每年 7 次下降至术后平均每年 0.8 次。197 个关节手术切口 I 期愈合,1 例 2 处手术伤口边缘坏死,3 例 4 处原来手术部位痛风石复发,1 例 3 处出现新病灶。术后血尿酸有不同程度的下降,其中 26 例恢复到正常水平。

2 护理方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 心理护理对缓解患者焦虑忧郁能起到重要作用^[2]。病人因常年疼痛和关节受累,部分劳动能力丧失,对手术能否解除病患知识缺少了解,常存有焦虑情绪。术前高度紧张对手术顺利实施产生干扰。因此护理人员要体贴关心患者,进行有效沟通,可以用同种手术康复病例资料进行宣教,我们把以往手术病例术前术后及回访资料做成通俗易懂的小图册,方便不同文化层次患者分享成功病例的经验,以稳定患者情绪,增加治疗信心,以最佳的身心状态迎接手术。

2.1.2 饮食护理 痛风病人饮食尤为重要^[2],要为患者制定饮食计划,积极进行饮食指导。宜低嘌呤、低蛋白、低脂、低盐饮食,多食用新鲜的水果、蔬菜,戒

除烟酒,多喝水,以促进尿酸的排出。戒吃高嘌呤、高胆固醇的饮食。

2.1.3 术前准备 完善血液尿酸检查、尿液尿酸检查、X 线检查等术前各项检查。术前控制血尿酸降至正常或近于正常水平,可以避免术后因尿酸过高,影响创口愈合。本组病人术前按医嘱给予别嘌醇、地塞米松等药物治疗。重视局部皮肤清洁消毒工作,对预防术后切口的感染至关重要^[3],手术前 3 d 皮肤准备,剪除指甲,更换病服,术区皮肤清洁,汗毛剃净,再清洗擦干,用碘酊涂擦后再用 75% 乙醇脱碘,手术部位有开放性伤口的术日晨换药 1 次。通知病人禁饮食,告知禁饮食具体时间。术前 30 min 遵医嘱肌注苯巴比妥针 0.1 g 达到镇静效果。

2.2 术中护理 按麻醉及手术需要摆放肢体,配合医师尽最大限度将痛风石清除,观察出血量及生命体征。及时留取标本送检。

2.3 术后护理

2.3.1 体位安置 按麻醉要求摆放体位,监测生命体征。患肢高于心脏平面 15~30 cm 放置,以利于静脉回流,减轻肿胀。术肢功能位放置,制动,防受伤关节受压。

2.3.2 引流管护理 回房后妥善固定引流管,防止扭曲折叠,定时挤压保持管道引流通畅,发现引流管内有坚固物排出导致堵塞,给予 20 mL 注射器抽吸。观察引流液性质和量,及时做好记录。观察切口敷料及肿痛情况,异常及时报告医生配合处理。术后痛风疼痛急性发作局部不宜冷敷,因冷敷不利于炎症吸收和消散,容易导致尿酸进一步沉淀于皮下,使局部炎症加重。

2.3.3 血尿酸的检测 遵医嘱使用抗生素及发放调控血尿酸药物,查对剂量浓度按时发放,并告知药物相关知识。

2.4 康复训练 功能锻炼对四肢关节功能恢复很关键^[4]。应及早制定锻炼计划,忌暴力性锻炼,应循序渐进,以不疲劳不引起疼痛为度。耐心告知功能锻炼的目的和方法及注意事项。术日肢体可以做肌肉静力收缩,术后第 2 天开始可以进行患肢手握拳松拳动作,足趾背伸、踝关节及肩、肘、腕,各关节活动,每天活动 3 次,每次 5~10 min,必要时给予 CPM 机辅

min,既可以起消炎镇痛活血化瘀功效,又能让患者感到肢体温热舒适^[5],再进行下一步锻炼会取得更好的训练效果,从而达到消肿防关节僵硬目的,最大限度恢复患肢功能。如对骨关节、肌腱破坏较大,术后有石膏固定者,功能锻炼早期应鼓励患者做肌肉的静力收缩为主,以及未固定关节的活动为主。3~4 周拆除石膏固定后,再进行各关节主被动活动。

2.5 出院指导

2.5.1 注意饮食控制 痛风病人的饮食有三大原则:不饮酒、不吃内脏、少吃海产品,并且摄取充足的水分^[6],增加尿酸排出。对患者讲解饮食的重要性,是预防痛风发作的关键。避免摄入含嘌呤过高的食物。温饱适度。营养均衡,多吃含纤维丰富、热量较低的食物。少吃盐,少用强烈刺激的调味品。

2.5.2 服药及功能锻炼 讲解药物不良反应,如有不适及时就诊。嘱咐患者定期复查血尿酸。嘱咐规律休息,有计划性进行功能锻炼,保护好受累关节。

3 讨论

痛风石是于嘌呤代谢紊乱导致人体血尿酸增加而引起组织损伤的一组疾病。围手术期护理的好坏直接关系到患者术后的生活,良好的护理能促进病患的身心健康。通过围手术期护理,本组 46 例痛风患者的生活质量明显提高,术后关节畸形症状减轻,外观改善,关节功都有不同程度恢复。出院后回访痛风急性发作率明显下降。术后血尿酸有不同程度的下降,其中 26 例恢复到正常水平。围手术期护理增加了患者战胜疾病的信心,密切了护患关系,使患者心理和生理得到满足,对促进患者恢复健康起到了很重要的作用。

4 参考文献

- [1] 葛霞. 心理护理干预对骨科患者的影响[J]. 中国民族民间医药杂志, 2009, 18(21): 172-173.
- [2] 孙亚萍, 周杰, 王立红. 痛风病人健康教育的方法和效果[J]. 中国医疗前沿, 2009, 2(22): 3.
- [3] 赵秀平. 备皮时间与切口感染相关性分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(1): 119.
- [4] 杜晶晶, 赵万秋, 林月秋, 等. 骨科患者早期功能锻炼的影响与对策[J]. 昆明医学院学报, 2010, 5(3): 114.
- [5] 项贤美. 舒适护理对骨折患者术后疼痛及满意度的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 11(6): 23.
- [6] 王钰. 个性化饮食指导对原发性痛风患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 2(24): 12.

(2012-05-27 收稿 2012-07-31 修回)