

人工全髋关节置换术的术中护理配合

何玲萍, 丁丽君

(浙江省台州市第一人民医院, 浙江 台州 318020)

摘要 **目的:**探讨人工全髋关节置换术的术中护理配合。**方法:**对 86 例患者临床资料、术前护理(术前访视、手术间及用物准备)、术中护理(入室护理、术中静脉输液的管理、麻醉配合、体位护理、维持患者体温、预防感染护理、预防骨水泥毒性反应)、术后护理进行了回顾性总结分析。**结果:**本组 86 例人工全髋关节置换术患者均手术顺利, 安返病房, 无术中褥疮及搬运时关节脱位发生, 患者及家属对手术室护理满意。**结论:**术前充分的准备, 术中正确的护理方法, 术后细致的健康宣教, 能有效降低手术患者风险, 保证护理质量。

关键词 人工全髋关节置换术 术中护理配合 体会

我国已进入老龄化社会, 髋部骨折是老年人最常见的三种骨折之一。人工全髋关节置换术是如今国际公认、较好的一种髋关节成型术, 是治疗髋关节病变、股骨颈骨折等的主要方法^[1]。人工全髋关节置换术其人工关节是用金属材料制成的, 以代替病变的关节, 以达到矫正畸形和缓解髋部疼痛、重建关节稳定、改善及恢复髋关节运动功能、提高患者生存质量的目的^[2]。人工全髋关节置换术术中、后并发症较多, 并且手术操作复杂, 术中护理配合的质量与手术成功息息相关, 如何顺利配合手术是手术室护理人员应该关注的问题。2010 年 1 月至 2013 年 12 月, 我科与骨科配合对 86 例患者进行人工全髋关节置换术, 手术疗效满意。现将术中护理配合体会报告如下。

1 临床资料

本组 86 例, 男 39 例, 女 47 例; 年龄 62 ~ 96 岁, 中位数 76 岁; 股骨颈骨折 55 例, 股骨头缺血性坏死 16 例, 髋关节骨性关节炎 12 例, 髋关节肿瘤 3 例。患者均存在一种或以上不同程度的呼吸系统、心血管系统及内分泌系统等基本疾病。麻醉方式为全麻或硬膜外麻醉。术中出现心率减慢 6 例, 室性心动过速 1 例, 血压明显升高 4 例, 血压明显下降 16 例, 经积极处理后均恢复平稳。手术时间为 2.5 ~ 4 h, 中位数 2.6 h; 出血 350 ~ 450 mL, 中位数 400 mL。86 例患者均安全度过手术期, 无褥疮发生, 术后转运、搬运时均无关节脱位发生, 术后髋关节康复良好, 髋关节功能恢复满意。患者及家属对手术室护理满意。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 术前访视 接到手术通知单后, 巡回护士术

前 1 d 到患者病室进行访视, 进行全面评估, 详细了解患者入院后的生化检验、常规化验、心肺检查、精神状况、用药史等。判断病人对手术效果的期望值, 对手术的耐受程度及康复欲望等。注意有无心血管系统、呼吸系统、内分泌系统等基础感染性疾病, 因为这些感染都可能演变为手术后感染的主要诱因^[3]。此病例一般病程较长, 均伴行为障碍, 只有通过手术, 才能解除疼痛, 但患者对手术的效果及风险均存在担忧、恐惧。巡回护士与病人、家属交谈时感情要自然、亲切, 要使用通俗易懂、对方能接受的语言, 让其了解手术的目的、方法及注意事项等, 尽快缩短医患之间的距离, 使患者产生信赖感, 以利其配合度的提高。针对不同患者的心理特点进行心理疏导, 以消除其对手术的顾虑心。术前一日常规备皮, 告知患者禁食、禁饮的重要性。向患者讲解应采取怎样的体位、注意事项才能防止假体脱位。双手呈吊位拉环状, 利用健肢屈膝支撑使身体抬高, 臀部离床停顿 1 ~ 10 s 后缓慢放下, 运动应遵循循序渐进的原则, 以不过度疲劳为度^[4]。

2.1.2 手术间及用物准备 手术前 1 d 准备好该患者所需髋关节置换特殊器械和假体, 查看灭菌日期和有效期; 另外常规准备骨科常用基本器械, 电量充足的锯、电钻、温血仪、吸引器、高频电刀, 负压引流袋、带口罩的连体手术衣、骨蜡、腿套、可吸收缝线, 侧卧位所需物品、支臂架、侧臂架、体位垫、约束带、头圈、沙袋等; 备齐各种抢救药品, 大量生理盐水, 科室自带抗生素, 必要时备血。手术安排在百级层流手术间, 室内备有性能完好的麻醉用各种监护仪、供氧系统及中心吸引装置等; 术前 30 min 开启层流系统运行自净, 调节室温在 22 ~ 25 ℃, 湿度 50% ~ 60%。

2.2 术中护理

2.2.1 入室后护理 患者进入手术室后,护士亲切地介绍自己,并问候患者,口干者必要时给予湿润口唇处以增加舒适感。患者如有问题提出,应耐心、细致解释,处处体现人性化护理,以尽量减轻患者紧张、恐惧心理。按手术确认制度,与主刀医生及麻醉师共同核对患者各项信息,据实填写核查表。

2.2.2 术中静脉输液的管理 髋关节置换术患者一般年龄均偏高,且多伴一种或以上基础疾病,且病情多变,血管发生硬化且弹性降低,易发生输液不畅、渗漏等现象;另外患者术前禁食、禁饮,均存在不同程度的脱水现象,故术中静脉输液管理极其重要^[5]。静脉穿刺点一般选择健侧上肢,常规选择 18 G 和 20 G 静脉留置针,必要时给予中心静脉置管输液、动脉测压。术中控制输液和输血量,根据中心静脉压、血压、尿量、失血量等及时调整,以避免脱水、肺水肿及心功能不全等情况发生。

2.2.3 麻醉配合 椎管内麻醉配合三个重点时期是:硬膜外阻滞、麻醉体位、平卧位改变。本组患者均为健侧卧位、椎管内麻醉,1 名医生牵引患肢并随身体的转动慢慢移动患肢,另外 2 人轻托身体慢慢侧转,尽量减轻患者的创伤疼痛,86 例患者均未出现骨折、脱位。麻醉用药后 30 ~ 60 s 即可出现麻醉效果,因高龄患者存在基础疾病较多,术中耐受性差,血压稳定可确保高龄患者重要脏器供血、供氧平衡,故护士需密切观察血压波动情况,及时对症处理,以减少并发症的发生。麻醉前静脉补充平衡液 300 ~ 500 mL 可减少低血压的发生,当血压低于基础血压 20% 时,遵医嘱静脉给药麻黄碱 5 ~ 10 mg^[6]。

2.2.4 体位护理 患者术中取健侧 90°侧卧位,肩胛平面下非手术侧床垫下放置双层托手架,保持颈椎中立位,头下垫枕,肩部嵌入硅胶体垫槽内,避免受压。双上肢分别放置托手架上下层。若上肢外展过度,超过 90°,甚至超过头部水平时,造成臂丛神经受压,可致上肢麻木、酸痛、桡动脉搏动减弱等^[7]。胸下放长方形软垫以防损伤腋神经;骨盆固定器固定耻骨联合、骶尾部,方形垫大小以不影响术野及术者操作为度。检查固定器松紧度,以不影响血运、患者舒适为度。

2.2.5 维持患者体温 高龄患者心血管储备量有限,血管、皮肤收缩反应减退、体表面积与体重之比升高、肌肉量降低及静息肌张力减少,使患者对冷的耐

受力下降,从而易诱发低体温;手术时手术室室温偏低、手术暴露时间过长、大量静脉补液、输入大量库血、体腔经大量液体冲洗;麻醉后肌肉松弛,机体产热量减少,抑制体温调节,防御机能降低,致患者体温降低。低体温可引起:凝血功能下降、心血管并发症增加、伤口感染率上升^[1]。因此,术中护士需密切观察患者的体温变化,保证室内室温、湿度恒定;尽量缩短皮肤暴露时间,必要时在外展的脖子、肩、上肢处加盖布巾保暖;术中输注的液体、血液、冲洗伤口的冲洗液先加温到 37℃ 时再使用;必要时使用保温毯预防术中低体温的发生。

2.2.6 预防感染护理 人工全髋置换术最危险的并发症是感染,一旦发生感染,需将假体拔出,造成髋关节的严重病残^[8]。因高龄患者营养不良、免疫力功能低下,故高龄患者术后感染率远高于年轻人。为了使患者术中血药浓度维持在一定水平,术前 30 min 静滴足量抗生素。关节置换术无菌要求高,术中空气净化机持续净化。巡回护士按灭菌技术要求严格监督、指导所有手术人员按常规刷手,洗手后双手用手消毒剂涂抹,必要时操作时带双重手套。用 3 M 含碘手术薄膜保护手术区皮肤;会阴部皮肤用纱布覆盖后加贴薄膜。严格术中器械的保管和使用,器械护士合理摆放器械,对术中暂时不用之器械用无菌巾遮盖保护。巡回护士严格控制室内人数,减少不必要的参观、走动;手术间门应关闭,尽量减少开启次数。人工关节假体由供应商提供,使用前应仔细检查消毒有效期,包装的完整性,杜绝外源性细菌感染。在使用前做好规格及型号核对工作,以免弄错人工关节假体造成不良后果。做好追溯登记,巡回护士将内植入物标识粘贴于安全核对单处。

2.2.7 预防骨水泥毒性反应 当骨水泥植入后可出现外周阻力下降、心律失常、甚至心脏骤停等,这与患者对骨水泥过敏、骨水泥聚合产热、髓内压增加、凝血酶原激活等息息相关。故当髋臼、髋腔内置入骨水泥时,应密切观察生命体征变化,如发生心率加快、血压下降、心排出量减少等毒性反应时,要积极配合麻醉师抢救,常规稀释阿托品 0.1 mg · mL⁻¹,多巴胺 20 mg · mL⁻¹ 等药物备用,及时调整输液速度,补充有效循环血量,必要时输血,充分吸氧,将红细胞压积控制在 30% 以上,以维持患者血压的稳定。

2.3 术后护理 手术结束后护士需充分评估患者的

各方面状况,提前通知病区做好接待手术病人回归的准备工作。高龄患者术后转运过程中存在多方面潜在危险因素:呼吸系统方面常见并发症有呼吸抑制、呼吸道梗阻等,老年人排泄缓慢,由于肌松药、麻醉药残余,易引起舌根下沉,分泌物阻塞呼吸道及反射不灵敏而误吸;心血管系统方面会出现血流动力学改变而引起血压下降,甚至危及生命;循环系统方面由于老年人心功能储备下降,术后搬运时间久均存在风险^[3]。撤离骨盆固定器,由侧卧位 90° 先到 45° 再到平卧位缓慢放平身体。做好应急护理,麻醉师负责管理呼吸循环,巡回护士负责预防各种管道的滑脱,必要时随车携带氧气枕、监护仪并严密监测。搬运时动作轻柔,保持平稳,运送时避免振荡、颠簸、快速改变体位,切忌外力撞击。搬运时,患肢始终保持外展 30° 中立位,1 人托住患侧的髋部及下肢,另 1 人托住患者健侧髋部及下肢,其余人员再协助将患者平移到床,体位垫放在两腿间,避免由于患肢外旋、内收引起髋关节脱位。搬运完毕触摸手术部位有无异物感,检查双下肢是否等长,如有异常及时处理。与病区护士进行床头交接麻醉方式、手术过程、术中情况、各种引流量及术后注意事项等,下肢深静脉血栓形成高危期是术后 12 ~ 24 h^[9],需作重点交接。术后第 1 天访视患者,与病房责任护士共同指导患者被动活动,以平卧、半卧为宜,3 个月内尽量坐有扶手的高椅,屈髋小于 45°,以后逐渐增加屈髋度,最大幅度小于 90°,站立时外展患肢,6 个月内患肢避免作内收、内旋动作^[4]。

3 讨 论

随着我国人口老龄化的加重、老年人骨折发病率增加,全髋关节置换术可及时、有效缓解疼痛,重建髋关节功能,改善患者日常生活能力,提高生活质量,故临床高龄患者全髋关节置换术日益增多。人工全髋

关节置换术是一项手术技术配合要求相当高的手术,要想达到理想的手术效果,手术室护士理论、操作必须具备扎实的基本功,认识到手术期护理的重要性。本组患者均偏高龄,伴随基础疾病较多,手术室护士了解患者的心理特点,术前做好访视,物品准备充分,术中做好入室护理,正确安置体位,严密观察病情,控制患者体温,预防感染,术后正确搬运和转运患者,指导功能锻炼,患者均手术顺利,安返病房,无术中急性压疮及搬运时关节脱位发生,患者及家属对手术室护理均感满意。说明术前充分的准备,术中正确的护理方法,术后细致的健康宣教,能有效降低手术患者风险,保证护理质量。

4 参考文献

- [1] 黄辉,姜志连. 102 例高龄患者全髋关节置换术的术中护理[J]. 中华护理杂志,2009,44(9):796-797.
- [2] 邓皎如. 人工全髋关节置换术的术中配合及体会[J]. 医学信息,2013,26(29):534.
- [3] 张延东. 预见性护理在髋关节置换术中的应用[J]. 中医正骨,2007,19(2):75-76.
- [4] 王淑和,欧永平. 人工全髋关节置换术的手术护理[J]. 当代护士,2011,6:79-80.
- [5] 单薇. 人工全髋关节置换术的手术配合[J]. 实用中医内科杂志,2012,24(6):115-116.
- [6] 李亚琴. 人工全髋关节置换术 50 例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志,2012,19(8):68-69.
- [7] 卢妙容,刑镛,孙国申. 高龄患者髋关节置换术中的安全问题及护理对策[J]. 中外医学研究,2011,9(36):70-71.
- [8] 林春花. 人工全髋关节置换术手术配合的护理体会[J]. 中医正骨,2011,23(11):78-79.
- [9] 黄娇鸿,盛振华. 人工全髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的因素及护理措施[J]. 中医正骨,2012,24(2):73-74.

(2013-12-24 收稿 2014-02-23 修回)

(上接第 64 页)适应生活明显好于对照组。表明手按摩能改善手外伤患者手功能。

因此,手按摩用于在手外伤康复护理,能够提高患者的手部功能,改善患者生理、心理状况,能调动患者主观能动性,使患者尽早回归家庭、回归社会。

4 参考文献

- [1] 黄永禧,王宁华. 康复护理学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003:149-150.
- [2] 许慧清. 和谐护患关系的若干研究[J]. 中国医学伦理学,2005,18(3):7-8.

- [3] 聂萍,周方娟,杨小霞. 强化家属健康教育对脊髓损伤患者并发症的影响[J]. 护理学杂志,2009,24(2):93-94.
- [4] Kunikata H, Watanabe K, Miyoshi M, et al. The effects measurement of hand massage by the autonomic activity and psychological indicators. J Med Invest. 2012;59:206-212.
- [5] Brand LR, Munroe DJ, Gavin J. The effect of hand massage on preoperative anxiety in ambulatory surgery patients[J]. AORN J, 2013,97(6):708-717.

(2013-10-09 收稿 2014-01-18 修回)