

人工股骨头置换术的手术护理配合体会

张燕飞,陈秀芳,林雪花

(浙江省仙居县人民医院,浙江 仙居 317300)

摘要 目的:探讨人工股骨头置换术的手术护理配合方法。方法:对 46 例患者临床资料、术前准备、术中配合、术后护理、结果进行回顾性分析。结果:46 例患者均安全度过手术期,无术中急性压疮、术后伤口感染发生,术后转运、搬运患者均无关节脱位发生,术后随访切口均甲级愈合,出院随访患者及家属对手术室护理满意,无不良投诉发生。结论:医护人员充分做好术前准备,术中严格遵守无菌操作规程,熟悉手术配合步骤、器械使用方法,术后精心正确的全方位护理,可提高手术疗效和预防并发症发生,对患者肢体功能的恢复、生活质量的提高起着关键作用。

关键词 人工股骨头置换术 手术护理配合 体会

股骨颈骨折是一种由股骨头下至股骨颈基底部分之间发生的常见老年人的损伤,多因老年人肢体不灵活伴骨质疏松,较轻的外伤力均能导致骨折,其中尤以女性多见^[1]。骨折后卧床时间长,极易出现压疮、坠积性肺炎、泌尿系感染、脑血管意外、心力衰竭等并发症。人工股骨头置换术是目前较常见的髋关节置换术,其损坏的股骨头由金属材料制成的股骨头所替换,可以解决髋关节疼痛、畸形及功能障碍,具有改善、恢复患者关节功能,下床早的优点,从而使患者的生活质量得到极大的提高^[2]。股骨颈骨折患者一般均年老体弱,伴基础疾病较多。如何缩短手术时间,安全度过手术关是我们手术室护士关注的问题。2010 年 1 月至 2013 年 12 月,我科由医生、麻醉师、护士共同密切配合,共对 46 例股骨颈骨折患者施行了人工股骨头置换术,取得满意疗效。现将手术护理配合体会报告如下。

1 临床资料

本组 46 例,男 19 例,女 27 例;年龄 53 ~ 87 岁,中位数 64 岁,患者的主要临床症状为髋关节功能明显消失,经体检 CT 或 X 线检查确诊为股骨颈骨折。其中外伤性股骨颈骨折 35 例,股骨头缺血性坏死 9 例,其它 2 例;左侧 27 例,右侧 19 例。本组病例均存在一种或以上基础疾病,其中合并肺气肿、慢性支气管炎等呼吸系统疾病 34 例,合并冠心病、高血压等心血管疾病 17 例,合并糖尿病 19 例,其他疾病 2 例。急诊手术 14 例,择期手术 32 例。麻醉方式为腰硬联合麻醉或全麻,手术体位取侧卧位,手术方式采用髋关节前外侧切口或外侧切口,手术时间为 60 ~

90 min,出血量 120 ~ 250 mL。46 例患者均安全度过手术期,无术中急性压疮、术后伤口感染发生。术后转运、搬运患者均无关节脱位发生,术后随访切口均甲级愈合,出院随访患者及家属对手术室护理满意,无不良投诉发生。

2 方法

2.1 术前准备

2.1.1 术前访视 术前 1 d 巡回护士下病区对患者进行访视,认真仔细阅读病历,充分了解病人血液、内分泌、肝、心、肺、肾等主要脏器功能及全身营养状况。为了保证手术的安全进行,根据评估的手术耐受情况,需提前制定相应的抢救措施。严格掌握手术适应证、禁忌证,认真治疗各种合并症,对降低术后并发症及死亡率有重要意义^[3]。老年人已多年养成属于自己的生活方式和生活习惯,一下子不能适应陌生的医院环境,再加上因疼痛不适影响生活质量,担心治疗时间长、经济负担过重、手术预后不佳拖累晚辈而造成巨大的心理压力,应对复杂情况的应激能力、承受心理负担的压力有所降低^[4]。巡回护士应与病区医护人员共同配合,针对患者心理特点、个性差异,访视时要求家属在场,有的放矢地用通俗易懂的语言做好患者的心理工作,详细地介绍手术的目的、麻醉方法、手术的必要性及安全性,并介绍其同病区里已做过同类手术的成功案例进行适当交流,并主动介绍本次参加手术的相关人员及其技术力量,使病人及家属对手术有初步的理性认识,从而降低因缺乏相关知识而引起的不必要的焦虑、恐惧心理,令其正确看待,以最平和的心态主动配合手术治疗。正确评估患者

手术野的皮肤情况,为了避免术后切口感染而禁止在患肢进行肌肉注射;检查背部是否存在褥疮,讲解术后如何在床上大小便,如何翻身和搓背以预防褥疮。讲解术前禁食、禁水的重要性,行常规术前护理准备。术前晚必要时给适量镇静剂以保证患者睡眠质量。

2.1.2 手术间及物品准备 术前 1 d 把该手术专用工具、假体送供应室清洗、消毒、灭菌,按手术需要准备常规器械。手术安排在面积较大的百级净化手术间里,做好常规的环境清洁消毒工作,术前晚手术间不安排急诊手术,配麻醉机、心电监护仪、负压吸引器等,检查电钻、电刀性能是否完好。净化空调系统手术前半小时打开运行,保持适宜的室温、湿度,防止患者因室温过低受冻而导致休克。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回护士的配合 热情接待入室手术病人,先作自我介绍,核对床号、姓名、性别、诊断、住院号、病变部位等基本信息。注意保护患者自尊心,尽量做到有问必答,满足其合理要求。进行各项操作时要先解释以取得配合,以消除其紧张、恐惧心理,尽量使其情绪稳定。患者年龄均偏高,一般均虚弱、怕动、疼痛,应轻稳、缓慢地将患者移到手术床上。多在双上肢用 16~18 号静脉留置针开放两条外周静脉通道,必要时采用中心静脉置管输液、动脉测压,连接三通并注明时间,以便术中麻醉用药、补液、抢救使用。协助麻醉师行腰硬联合麻醉或全麻,麻醉时护士注意为患者保暖,遮盖隐私,注意心理护理,避免坠床的发生。麻醉后常规留置导尿管。患者取健侧卧位,双上肢固定于双层托手架上,上层托手架旋转,与手术床保持平行,患侧手臂关节屈肘,与头面部保持平行,为了支持手臂的功能位和保留医生的站立空间,需调节托手架的高度,保持肘关节、肩峰呈同一水平面。腋下垫海绵垫 3~4 cm。若上肢外展位大于 90°或超过头部水平时,臂丛神经处于过度牵拉状态,将导致桡动脉搏动减弱、上肢麻木酸痛。患者骶尾部、耻骨联合部用砂袋和手术辅助固定器将骨盆固定,注意不能阻碍患者的屈髋动作^[5]。手术配合中手术床要保持绝对水平,患者要保持 90°侧卧位至手术结束,假体植入前需再次检查患者的体位情况^[6]。抗生素应在术前 30 min 输入,保证皮肤切开时抗生素能迅速有效地进入血液循环,为控制手术部位感染发挥最大的作用。支气管哮喘患者可适当应用支气管扩张剂、激素

类药物,禁用吸入性麻醉剂;糖尿病患者如果术前 4~48 h 血糖过高,注意做好胰岛素的应用。术中严密观察生命体征及病情变化情况,协助台上工作,保证各种仪器接线保持性能良好,特别是在假体安放时,如发现异常情况需及时汇报,随时做好抢救的准备。及时正确评估出血量,为调整输血、输液提供依据,如患者存在心肾功能减退,要严格控制输血、输液的滴速及量。一次性物品使用前要核对清楚型号、物品名称、有效期,检查包装完整性,如有破损一律不能使用。置入物合格证一式三份粘贴在相应的病历、登记本处。高龄患者皮肤弹性差,为了避免发生压疮,耳廓易受压处放置凝胶垫,肩峰、骶尾及髌部贴上凡士林纱布,外面贴上手术薄膜,术毕再检查皮肤有无急性压疮发生。碘酊消毒会阴部时避免烧伤患者。高频电刀安全使用,负极板应粘贴在同侧肌肉脂肪丰富的皮肤上,之间如有褶皱,将会形成电涡流烧伤皮肤;术中冲洗、消毒时为了避免烧伤患者,应防止将无菌单淋湿;将患者各个身体部位垫好,以避免接触金属物品^[7]。因手术暴露时间长,应严格执行无菌操作,手术人员带双层灭菌手套,手术野皮肤消毒范围宜偏大;控制参观人数,减少不必要的走动,以免造成污染。密切观察手术进展情况并随时做好手术护理记录。

2.2.2 器械护士配合 器械护士与主刀医生做好沟通工作,术前 30 min 提前洗好手,上台准备术中用物。因人工股骨头置换手术的所需器械种类繁多,为了避免术中台面凌乱影响术中配合,专设两个器械台分别放置置换类器械、普通常规器械,所用器械按术中使用需要有序整齐放置以方便拿取。术中所有电动工具应提前安装、充足电量,检查功能是否正常以保证术中无故障,妥善固定于手术台便于操作。熟悉各类配套器械名称及使用方法、整个手术步骤,并需配备急救器械。严密观察手术进展情况,注意力需高度集中,稳、准、轻、快传递器械,以减少出血量,缩短手术时间,提高手术配合质量。严格灭菌操作是手术成功的关键,发生感染将极可能导致手术失败。除配合手术医生完成手术外,还需监督手术人员的灭菌操作。建立一个密闭安全的区域,应用灭菌手术薄膜将周边皮肤与消毒巾牢固固定,用两条中单对折用钳固定于健侧。术中冲洗伤口如有浸湿,应及时加盖无菌辅料单防污染。灭菌手术单及时遮盖暂不用的手术

器械,避免暴露过久受污染。及时擦净器械上的血迹,控制手术参观人数;保持门处于关闭状态,尽量减少开启次数,以减少污染机会。切除多余的股骨颈,术中取出的碎骨放入固定的器皿内,以保持术野周围的整洁。股骨颈周围的软组织用湿纱布进行覆盖保护。为了避免术中器械的坠落,应及时收回术野周围的器械,以免影响手术进程。从小到大逐次传递髓臼锉,扩大髓腔并逐步扩髓冲洗。打开假体包装后,植入假体用干净纱布包裹,假体表面避免用手套直接接触。假体表面如有氧化铬防护层防护时应避免防护层破坏,传递时需小心,避免碰触坚硬物体,使假体在体液弱氧环境中发生腐蚀而导致手术的失败^[8]。根据医生需求掌握骨水泥开瓶合适时间以达到最佳使用效果,充填骨水泥时,在骨髓腔内留置一长塑料管以清除气体、血液,随骨水泥填入逐渐拔出。使用骨水泥时要严密观察患者生命体征及血氧变化情况,如有毒性反应要及时处理。复位后试验外展和屈髋,观察有无脱位现象,如无异常,马上冲洗和清点器械用物。放置引流管,用丝线间断缝合关节囊后再逐层缝合肌肉和皮肤。

2.3 术后护理 手术完毕,切口周围血迹擦净后包扎伤口,并妥善固定敷料。排空尿管后将尿袋及引流袋关闭,在低于身体位置处固定。固定好输液针头并做好保暖工作,检查皮肤完整性。协助医生把患者抬至平车,过床和转运时需注意安全,髋部需保持稳定,患肢保持 30°外展中立位,两大腿之间放软枕,防止患肢外旋、内收以预防髋关节脱位^[9]。护送患者回病房,术后 24 h 内是下肢深静脉血栓形成的危险期^[10],与病区护士做好交接工作。术后 2~3 d 巡回护士到患者床前进行回访,了解患者切口愈合,恢复情况,检查是否存在手术、麻醉后遗症,和病区护士共同指导其康复护理措施,以诚恳的态度接受患者、家属对手术室护理工作的意见及建议。

3 结果

46 例患者均安全度过手术期,无术中急性压疮、术后伤口感染发生,术后转运、搬运患者均无关节脱位发生,术后随访切口均甲级愈合,出院随访患者及家属对手术室护理工作的意见及建议。

4 讨论

人工股骨头置换术在临床具有很大优势,可避免

患者因血运不畅而导致的股骨头缺血性坏死、骨不愈合,有效降低了患者术后并发症发生率,因治疗时间缩短,患者生活质量得到了极大的提高^[11-12]。因此,临床上治疗股骨颈骨折,人工股骨头置换术是首选方法。该类疾病患者均年龄偏大,高龄患者大多多病共存,易发生多脏器功能衰竭,故术前做好基本功,详细询问病史,完善各项检查,先治疗基础疾病再手术,可大大提高手术耐受性。另外,高龄患者配合程度下降,医护人员更要充分做好术前准备,术中严格遵守无菌操作规程,熟悉手术配合步骤、器械使用方法,术后精心正确的全方位护理,指导患者进行合理的康复锻炼,可提高手术疗效和预防并发症发生,对患者肢体功能的恢复、生活质量的提高起着关键作用。随着医疗技术的进步,人工股骨头置换术有待不断更新和完善,手术室护士只有做到人尽其才、才尽其用,才能使手术医生满意,患者和家属放心。

5 参考文献

- [1] 叶慧芹,缪瑞,任秀菊,等. 高龄人工髋关节置换术的护理及并发症的预防[J]. 中医正骨,2009,21(6):82.
- [2] 杨伟燕,李东旭,闫密. 人工股骨头置换术的手术配合及护理[J]. 中外医学研究,2011,9(28):96-97.
- [3] 朱雪萍. 高龄患者人工股骨头置换术的手术配合[J]. 中国社区医师,2011,13(31):258-259.
- [4] 吴肖红. 老年股骨头坏死全髋置换术围手术期护理[J]. 中医正骨,2013,25(2):76-78.
- [5] 马运华. 人工股骨置换术患者的护理[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(15):15-16.
- [6] 郭仙,单廷义. 髋关节置换术中的配合及护理[J]. 中医正骨,2006,18(10):85.
- [7] 于秋梅. 人工股骨头置换术的手术配合[J]. 中国实用医药,2010,5(21):190-191.
- [8] 劳进娟,钟传弟,钟桂枝,等. 人工股骨头置换术的手术配合[J]. 天津护理,2011,19(2):86-87.
- [9] 钟杏贤,刘淑玲. 对 13 例老年性人工股骨头置换术的护理配合体会[J]. 健康必读,2012,11(7):396.
- [10] 赵红霞,李红玲,李海婷. 规范护理预防髋部手术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中医正骨,2013,25(9):79-80.
- [11] 王宇,康斯文. 人工髋、膝关节置换术后深静脉血栓形成的预防护理[J]. 中医正骨,2013,25(12):84-85.
- [12] 倘艳锋,阮诚. 人工关节置换术治疗偏瘫侧股骨颈骨折[J]. 中医正骨,2013,25(11):49-50.

(2014-01-21 收稿 2014-04-19 修回)