

月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗 月骨缺血性坏死的围手术期护理

何建玲

(河南省洛阳正骨医院河南省骨科医院,河南 洛阳 471002)

摘要 **目的:**探讨月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗月骨缺血性坏死的围手术期护理方法。**方法:**对接受月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗的 11 例单侧月骨缺血性坏死患者进行细致、系统的围手术期护理。从术后疼痛缓解、患腕功能恢复情况两方面进行疗效评价。**结果:**11 例患者均获随访,随访时间 6~18 个月,中位数 11 个月;患腕疼痛缓解,握力及活动度较术前明显改善。依据 Dornan 标准评价腕关节功能,本组优 7 例,良 3 例,可 1 例。**结论:**对接受月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗的月骨缺血性坏死患者进行细致、系统的围手术期护理,有利于缓解疼痛、恢复患腕功能。

关键词 骨坏死 月骨 头状骨 骨移植 围手术期护理

月骨缺血性坏死,又称月骨软化症或 Kienböck's 病,是较为常见的腕关节疾病。月骨处于腕关节力传导的中心,且周围多为软骨结构,血液循环较差,月骨缺血性坏死可导致腕关节疼痛、无力,严重影响患者的日常工作和生活^[1]。手术是治疗中晚期月骨缺血性坏死最彻底、最有效的方法,月骨切除术是较早开展的术式之一^[2]。2008 年 1 月至 2011 年 12 月,笔者对接受月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗的 11 例月骨缺血性坏死患者进行了细致、系统的围手术期护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 11 例,男 8 例,女 3 例;年龄 26~41 岁,中位数 32 岁;均为单侧月骨缺血性坏死患者。Lichtman 分期^[3],Ⅲ期 7 例,Ⅳ期 4 例。有明确外伤史 7 例,原因不明 4 例。病程 1.5~3 年,中位数 2 年。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 耐心地为患者介绍住院环境、周围病友及医护人员,为患者提供安静、舒适的环境。向患者详细说明手术治疗的必要性、方法及优缺点,并有针对性地介绍手术成功患者的康复过程和手术医生的医术,消除患者的顾虑心理,增强其对治疗的信心。

2.1.2 术前准备 术区常规备皮,剪指甲、清除指甲油,清洗患肢并做好手术肢体标记。术前 6 h 禁食、水,排空二便,摘除佩戴的首饰及活动假牙。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 术后患者去枕平卧位,禁食、水 6 h。患肢置于垫枕上抬高 15~20 cm。术后石膏托

固定患肢,烤灯照射石膏外部,使其尽快干燥,以减轻石膏固定后患者的湿、重等不适感。术后 2~3 d,进行首次换药,换药时保持环境清洁明亮、空气新鲜、无烟尘刺激,严格遵守无菌操作原则;去掉石膏托,彻底消毒切口,无菌敷料擦拭瘀血。如肿胀严重有张力性水疱形成者,消毒后进行穿刺抽吸。消毒完毕,包扎切口,石膏托重新固定患腕至掌指关节部,绷带缠敷后密切观察 5~10 min,并嘱患者主动活动掌指关节。固定松紧度以不影响掌指关节的主动屈伸活动、患者感觉舒适为度。

2.2.2 并发症的观察与护理 ①出血:密切观察切口渗血情况,患肢肿胀严重或渗血量较多时,用弹力绷带适当加压包扎,必要时报告值班医生行局部切开引流术。②肿胀:鼓励患者抬高患肢、多活动掌指关节,密切观察患指末梢血液循环及皮肤感觉,出现异常时及时报告医生。③神经损伤:观察腕关节背伸及拇指对指、对掌、外展功能,必要时协助医生做好肌电图检查和桡神经、正中神经探查准备。④疼痛或髂部取骨区皮肤麻木:患腕或髂骨取骨区疼痛较重者,对患者进行心理疏导,指导其正确使用镇痛泵,必要时给予止痛类药物口服。患者出现术后取骨区皮肤麻木不适时,耐心与患者沟通,向其说明皮肤麻木是由于髂骨取骨时筋膜牵拉所致,可能会持续一段时间,消除其恐惧心理。

2.2.3 康复护理 向患者详细说明功能锻炼的重要性,指导患者进行正确的功能锻炼。麻醉作用消失、患肢感觉恢复后,即开始进行腕关节功能锻炼。术后 1~3 周,在石膏托保护下行患肢掌指关节主被动屈

伸功能锻炼及患肢肘关节主被动屈伸功能锻炼。术后 3~4 周,开始行患肢腕关节主被动屈伸功能锻炼。

3 结果

本组 11 例患者均获随访,随访时间 6~18 个月,中位数 11 个月;患腕疼痛缓解,握力及活动度较术前明显改善。依据 Dornan 标准^[4]评价,优 7 例,良 3 例,可 1 例。

4 讨论

由于不适应陌生的住院环境和对手术的恐惧,患者术前易产生紧张、焦虑心理,针对患者的心理状况做好心理护理,有利于治疗的顺利进行。术后患腕石膏托刚固定时,患者会感到湿、重不适,护理人员应耐心解释,取得其理解与配合。每次换药后应将石膏托重新固定稳妥,绷带缠敷既不能太紧也不宜太松,太紧影响患肢血液循环,太松则达不到固定的目的。另外,背侧石膏托应避免挤压克氏针针尾,防止克氏针挤压皮肤,造成皮肤损伤。晚期月骨缺血性坏死患者,因坏死面积较大、关节面发生塌陷及碎裂,腕关节功能障碍较明显,疼痛较重,术后患者往往因害怕疼

痛而拒绝进行患腕功能锻炼,导致患肢肌肉萎缩、腕关节僵硬。护理人员向患者解释功能锻炼的重要性,指导其进行正确的功能锻炼,有利于术后腕关节功能的恢复。

月骨缺血性坏死手术治疗的目的是缓解疼痛、恢复腕关节功能。对接受月骨摘除头状骨截骨移位替代术治疗的月骨缺血性坏死患者进行细致、系统的围手术期护理,有利于缓解疼痛、恢复患腕功能。

5 参考文献

- [1] 林松庆,黄惠梅,蔡镇德,等.腕关节部分融合术治疗月骨缺血性坏死[J].中华手外科杂志,2013,29(1):10-12.
- [2] 裴福兴,杨志明,黄富国,等.带蒂豌豆骨移位替代月骨治疗月骨缺血性坏死[J].中华骨科杂志,1996,16(1):28-30.
- [3] Lichtman DM, Degnan GG. Staging and its use in the determination of treatment modalities for Kienböck's disease [J]. Hand Clin, 1993, 9(3):409-416.
- [4] Dornan A. The result of treatment of Kienböck's disease [J]. J Bone Joint Surg Br, 1949, 31B(4):518-520.

(2014-08-14 收稿 2014-10-28 修回)

(上接第 76 页)无皮肤坏死、感染等并发症发生。术后 3、6、12 个月膝关节活动度 AKSS 评分^[4]分别由术前 (18.70 ± 1.48) 分升高至 (22.30 ± 1.24) 分、 (24.04 ± 1.30) 分、 (25.87 ± 1.20) 分,膝关节功能 Lysholm 评分^[5]分别由术前 (49.20 ± 1.62) 分升高至 (64.13 ± 3.06) 分、 (87.91 ± 1.52) 分、 (91.96 ± 1.62) 分。

4 讨论

关节镜下股骨双隧道胫骨镶嵌术重建 PCL 具有微创、对关节干扰小、安全、恢复快等优点,可有效避免传统方法中移植体在胫骨隧道出口处进入髁间窝时与隧道口形成一个反折角而引起移植失败的问题^[6]。系统良好的护理是确保手术成功不可缺少的因素。术前耐心细致的心理护理,可以消除患肢紧张、焦虑等不良心理,使其积极配合治疗;向患者讲解术后功能锻炼的方法及支具的使用方法,为患者术后顺利进行功能锻炼打下了良好的基础。术中建立好静脉通路以及密切观察止血带的压力指数和时间,以保证手术顺利进行。术后垫高小腿,避免重建后韧带受到应力牵拉而松弛;密切观察患肢远端末梢血液循环情况,保持引流管通畅及切口敷料干燥,避免术后

并发症的发生;术后早期进行功能锻炼,可提高手术效果、促进患膝功能的恢复。

5 参考文献

- [1] 李莉.后交叉韧带动力重建术后的康复护理[J].南通大学学报:医学版,2011,31(5):392.
- [2] 陈旭,刘玉杰,王志刚,等.局麻膝关节镜围手术期疼痛控制研究[J].军医进修学院学报,2010,31(10):967-969.
- [3] 潘化平,冯慧,李亚娟,等.负荷控制的本体感觉训练对脑卒中患者平衡功能及下肢运动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(11):1025-1028.
- [4] Liow RY, Walker K, Wajid MA, et al. The reliability of the American Knee Society Score [J]. Acta Orthop Scand, 2000, 71(6):603-608.
- [5] 林建宁,孙笑非,阮狄克.膝关节 Lysholm 评分等级评价膝关节功能[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(3):230-231.
- [6] 王上增,孙永强,刘晓雅.关节镜下股骨双隧道胫骨镶嵌技术重建后交叉韧带[J].中国矫形外科杂志,2009,17(10):734-736.

(2014-03-13 收稿 2014-10-31 修回)