

· 骨伤科护理 ·

人工全髋关节翻修术患者的护理

杨玉霞, 焦瑞娜, 杨桦, 刘晓燕

(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: 探讨在髋关节翻修术中, 加强护理对患者肢体康复的重要性。方法: 对行人工髋关节翻修术的 50 例患者, 加强术前、术后护理及心理护理等, 并对患者的髋关节恢复功能进行分析。结果: 50 例病人均顺利完成手术, 住院两周, 出院后随访 6 ~ 12 个月, 无 1 例并发症发生, 预后良好。结论: 加强人工髋关节翻修术病人的护理对术后患者肢体功能的恢复有重要意义。

关键词 人工全髋关节翻修; 护理

随着中国人口寿命的延长及老龄化人口的增多, 髋关节骨性关节炎及股骨头坏死的发病率显著升高, 近年来人们对自身生活水平要求的提高, 使得人工全髋关节置换被广泛应用于临床中^[1]。尽管人工全髋关节置换的成功率能够达到 90% 以上, 但仍有不少患者出现感染、假体松动、磨损断裂及假体周围骨折、骨溶解、复发性脱位等并发症, 从而导致髋关节再次出现疼痛及功能活动障碍^[2-3]。目前解决上述问题最可靠、最常用的方法是人工全髋关节翻修术, 有效的翻修能使患者的生活质量得到显著提高。全髋翻修手术相对于人工髋关节置换来说难度明显增大, 翻修过程中及翻修后出现并发症的几率更高, 尤其是髋关节翻修术后感染一直是临床的医疗难题^[4]。近期, 我科收治因术后感染及假体松动而行人工髋关节翻修术的患者 50 例, 通过加强术前、术后的护理, 合理的功能锻炼, 有效地减少了并发症的发生, 缓解了病人的痛苦, 现报告如下。

1 临床资料

对我科行人工髋关节翻修术的 50 例患者进行统计, 男 32 例, 女 18 例, 年龄在 60 ~ 88 岁。其中术后感染 26 例, 无菌性假体松动 24 例。

2 护理方法

2.1 术前准备

2.1.1 感染患者的护理 此患者多为身体虚弱, 抵抗力差的老年人, 多数患有高血压、糖尿病、肺栓塞, 心脏病等内科疾病, 应当安排在空气流通好的房间, 最好是单间, 如无条件决不能与有感染的, 特别是多重耐药菌感染的病人住在一起, 避免交叉感染。吸烟者劝其戒烟, 控制如感冒、支气管炎、脚癣、肺炎及皮肤感染等疾病。遵医嘱常规检查血常规、血沉、C 反

应蛋白, 判断感染是否存在^[5]。一定要保证患者在手术前完成各项内科和专科检查, 对于一些同时合并患有慢性疾病的要有针对性的积极的治疗。对贫血、低蛋白血症要予以积极纠正, 使患者机体的蛋白质、脂肪、维生素等摄入量保持充足。手术尽量早安排, 术前给予抗生素, 以预防感染, 并选择合理膳食搭配^[6]。

2.1.2 无菌性松动的护理 发生此症状的原因主要有以下几方面: ①长期卧床的患者, 由于其髋部肌肉长期得不到锻炼, 容易发生萎缩, 肌肉僵硬, 人工髋关节置换后无法维持肌肉足够的张力, 易造成假体松动。②既往有人工髋关节手术史的患者, 因该手术创伤大, 周围的软组织广泛松弛, 肢体不能恢复原有长度, 因而会造成假体的松动下沉。③对于老年患者, 尤其是那些对糖皮质激素药物有依赖的患者, 骨质疏松情况比较严重, 人工髋关节置换后假体周围容易发生骨溶解以及电解反应, 导致假体分离、下沉而产生松动。④对于体质量过重的患者, 人工髋关节置换后也会容易引起界面的微动、假体的磨损、液压的作用及应力遮挡等, 发生松动的概率较正常体质量患者高^[7]。针对此类患者, 除了常规治疗外, 我科采用局部推拿手法如推法、指揉法、按法等, 以及配如足三里、委中等穴位的针灸疗法缓解肌肉僵硬、萎缩, 增强患者体质。对骨质疏松的患者要求其减少激素类药物的使用, 改用独活寄生汤中药汤剂治疗^[8]。

2.1.3 心理护理 由于是再次手术, 患者更容易对手术产生恐惧、不安等心理, 尤其是老年患者, 感觉自身病情更加危重, 前途无望, 心灰意冷, 配合较差。此时护理人员要充分利用和发挥家庭和社会支持系统的功能, 鼓励家属多陪伴患者, 以减少其孤独感, 做好家属的思想工作, 不在患者面前流露出厌烦情

绪^[9]。要求护理人员与患者进行足够的沟通,说明手术的目的、意义以及术后对患者肢体功能恢复的重要性,增强患者战胜疾病的信心,减少对手术的恐惧感,积极配合治疗与护理,使其安心地接受手术,同时对疾病预后效果进行讲解,以缓解患者的焦虑不安心理^[10]。

2.2 术后早期护理

2.2.1 体位护理 患肢保持 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 外展中立位,避免屈曲内收造成脱位。可在双大腿之间放置软枕,穿丁字鞋或行皮牵引。术后搬运患者时,双腿之间夹 T 型垫枕,防止搬运时脱位。指导病人正确翻身,术侧下肢伸直,双腿间夹一软枕,保持外展中立位,防患肢外旋。

2.2.2 引流管的护理 保持引流管通畅,密切观察引流液的颜色、性质、引流量,防止出血过多。第 1 个 8 h 内引流液应占术后第 1 天引流量的 60%^[11]。术后 48 h 视出血量情况拔出引流管。

2.2.3 疼痛护理 由于全髋翻修手术的难度大,时间长,局部容易出现瘀血、肿胀,导致疼痛。此外,患者术后早期功能锻炼时也可能产生疼痛。针对疼痛的患者,护理时需要查明疼痛的原因,评估患者的疼痛程度,给予早期疼痛干预,采用按时按需给药相结合的模式,实施个体化,多方式的超前镇痛方案^[12]。

2.3 防止并发症

2.3.1 感染 预防术后感染是全髋关节置换术成功的重要环节,而翻修手术创伤大,周围组织破坏多,出血量多,术后更易发生感染。除严格按医嘱正确使用抗生素外,还要密切观察患者体温变化及疼痛情况。定时为病人拍背、鼓励咳痰,留置尿管者加强会阴部护理,多饮水,定时夹闭尿管,训练膀胱功能,及早拔除尿管^[13]。为此我们采取的措施有:①术前、术后合理使用抗生素。②协助患者活动及翻身,鼓励患者咳嗽、排痰,吹气球,预防坠积性肺炎及褥疮。③伤口行 2~3 d 换药一次,严格掌握无菌操作,保持伤口清洁。

2.3.2 深静脉血栓 应仔细观察患肢皮肤的颜色、温度、肿胀等,询问患者有无疼痛情况。深静脉血栓的发生率为 40%~70%,其原因与静脉壁损伤、失血过多及术前术后卧床时间长、术中制动、下肢血流缓慢有关。预防措施:①患肢抬高,高于心脏水平,促进静脉淋巴回流并将患肢缠上弹力绷带。②中药涂擦

双下肢每日 3 次,每次 15~30 min,同时鼓励并指导患者行髌膝关节和股四头肌的功能锻炼,促进下肢动静脉的血液循环。③遵医嘱常规给予皮下注射低分子肝素钙预防静脉血栓的发生^[14]。④给予活血化瘀中药煎汤薰洗、擦洗患处,内服益气活血通络汤^[15]预防人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓。⑤局部肌肉采用如指揉、擦法等推拿手法进行治疗,或针灸环跳、阳陵泉、委中、足三里等穴位,起到舒筋活络,活血散瘀,解痉止痛的功效。

2.3.3 髋关节脱位 全髋关节翻修术使髋关节周围软组织松解较多,髋臼较松动,正确的搬运和体位至关重要。髋关节脱位是术后最常见的并发症,预防的关键是正确地搬运和帮助患者保持良好的体位。术后要求患肢保持 30° 外展中立位,在两腿之间放置梯形枕,防止患肢内旋、内收、外旋。此类患者在翻身时需要特别注意,尽量保持身体在同一平面。

2.4 康复指导

2.4.1 卧位到坐位训练 术后第 3 天开始,用双手支撑于床上,健肢略屈膝,患肢伸直,护理人员协助患者将患肢放于床边凳子上,健肢自然垂直于床边,进行床边坐起功能锻炼,每日 2~3 次。要坚持功能锻炼,如出现髋部持续疼痛,双下肢长短不一,应及时就诊^[16]。

2.4.2 坐位到站立位训练 患者能坐立后,准备双拐,置于患侧床沿,患侧上肢置于扶手处,健侧下肢先着地,接着健侧上肢放置于扶手,患肢缓慢着地,首次下地患肢不负重,由护士全程协助患者站立,以防患者长期卧床后,猛然站立引起头晕跌倒,站立时间约 5 min,每日 2~3 次。

2.4.3 步行训练 在医师的指导下,患者拄双拐正确地转移重心,调整步态,逐渐增加患肢负重程度。初次行走时间不宜超过 15 min,以后逐渐延长。

2.4.4 出院指导 术后 14 d 拆线后即可出院。术后 4~6 周拄双拐行走,术后半年逐渐弃拐行走。坐位时选用高度为 40~45 cm 硬靠背坐椅,不坐低软沙发,不做双下肢交叉动作,不要内旋、内收髋关节,避免下蹲、高抬腿、盘膝等姿势,同时要求行外展、后伸患肢进行功能锻炼,使其逐步恢复髋部肌肉收缩能力,并定期到医院摄 X 线片复查以了解假体情况。出院后要长期坚持服用特制接骨丸增强肌肉恢复能力,给服利伐沙班预防下肢深静脉血栓形成。

3 结 果

本次研究中 50 例患者均顺利进行全髋关节翻修术,经过术后护理和康复分结果显示,所有患者均能够独立或依靠拐杖行走。Harris 功能评定,优 45 例,良 3 例,中 1 例,差 1 例,总优良率 90%。术后 1 年随访,未发现假体松动现象,无并发症发生。

4 讨 论

近几年,随着髋关节置换手术的广泛应用,人工髋关节植入数量日益增多,髋关节置换术后问题也随之增加。人工髋关节翻修是针对当前患者进行髋关节置换术之后出现并发症进行治疗的最常用手段。造成髋关节翻修的原因主要有①假体松动。在初次进行手术的时候假体选择不当,过大或过小都会造成其与骨床之间的匹配不好,使得骨质和假体之间缝隙较大,引发假体松动^[17];②髋关节脱位。仅次于假体松动的是髋关节脱位,按照病因可以将髋关节脱位分为体位脱位、软组织失衡脱位、假体放置不良脱位以及软组织失衡和假体放置不良脱位 4 种。这些脱位产生的原因除了不恰当的活动之外,还包括在置换术中不恰当的假体安放。长期的脱位会导致假体周围的肌肉软组织松弛,从而使得假体的稳定性更差。③假体周围骨折。股骨假体周围发生骨折主要是因为术后增加了肢体的负重、肢体产生疲劳、假体周围发生骨溶解、手术过程中穿透了股骨的皮质以及髋关节周围的感染等^[18]。由于翻修术较置换术难度大,术后关节功能的恢复与维护困难程度增加,病人因再次翻修而会有一定的紧张心理。这些均对护理工作提高了要求,做好有效的护理、预防并发症的发生对提高手术疗效具有重要的意义^[19]。

在患者的术后恢复过程中,有效的术后护理和良好的康复指导是功能恢复的关键^[20]。在本组病人中部分病人年龄偏大、代偿功能较差,感染患者较多,护士应注意密切观察病情变化,严格无菌操作,如发现异常立即报告医生,给予及时、妥善的治疗。同时应注意保持引流管的通畅,加强饮食调节,给予粗纤维食品,鼓励多饮水,进行早期功能锻炼等指导。出院后加强营养,以促进骨骼的生长。人工髋关节翻修术的最终目的是促进病人术后享受更高品质的生存质量。

5 参考文献

[1] 韦冰丹,蒋卫平,刘剑伟.人工关节置换术治疗老年髋部骨

折效果观察[J].中国现代医药杂志,2009,11(8):29-31.

- [2] Yang C, Goodman SB. Outcome and complications of constrained acetabular components [J]. Orthopedics, 2009, 32(2):115.
- [3] Archibeck MJ, Cummins T, Junick DW, et al. Acetabular loosening using an extended offset polyethylene liner [J]. Clin Orthop Relat Res, 2009, 467(1):188-193.
- [4] 武云涛,李莘萌.人工髋关节翻修术后感染的病因探讨及预防[J].中华医院感染学杂志,2010,10(20):2952-2953.
- [5] 李秋月,付丹,陈建智.髋关节翻修术感染的护理体会护士[J].进修杂志,2013,28(19):1823-1824.
- [6] 郑新意,刘沛珍,张瑞英,等.感染性人工髋关节翻修手术前后的护理[J].实用医学杂志,2010,26(21):4015.
- [7] 覃小东.人工髋关节置换后假体松动原因分析[J].中国组织工程研究,2012,16(39):7350-7357.
- [8] 王忠志.独活寄生汤治疗老年性骨质疏松症 48 例[J].河南中医,2014,34(8):1612-1613.
- [9] 刘联群.骨伤科专病护理路径[M].北京:人民卫生出版社,2010:330-339.
- [10] 周明娟.感染性人工髋关节翻修手术前后的护理措施[J].吉林医学,2012,33(9):1983.
- [11] 苏晓静,李丽,胡智飞.老年全髋关节置换术后切口引流的观察和护理[J].现代护理杂志,2005,11(4):292.
- [12] 郭向丽,赵继军.疼痛评估的研究进展[J].护理学报,2008,15(12):8-10.
- [13] 裘文华,陈俞,陈东方.人工髋关节翻修术的围手术期护理[J].中医正骨,2009,21(6):83-84.
- [14] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:62-68.
- [15] 刘又文,陈柯,耿捷,等.自拟益气活血通络汤预防人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J].中医正骨,2010,22(10):36-37.
- [16] 郭宏军,张春霞.髋关节翻修术的围手术期护理[J].中医正骨,2010,22(10):91.
- [17] 万昌海,金焯.23 例人工髋关节翻修术临床分析[J].中国初级卫生保健,2010,24(7):118-119.
- [18] 李小兵.人工髋关节翻修术 20 例临床效果分析[J].临床研究,2014,12(4):128.
- [19] 莫美珍,文楚玲,钟华英.71 例人工髋关节翻修术病人的护理[J].全科护理,2013,11(1):18-19.
- [20] 葛育纯,王慧玲,刘若群,等.全髋关节置换的康复及护理[J].护士进修杂志,2010,15(7):513-514.

(2014-09-24 收稿 2015-02-01 修回)