

· 骨伤科护理 ·

# 直接前入路微创全髋关节置换术的围手术期护理

杨玉霞, 杨桦, 范茹, 蔡鸿敏, 朱英杰, 刘又文

(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:探讨直接前入路(direct anterior approach, DAA)微创全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)的围手术期护理方法。方法:2014 年 8 月至 2015 年 8 月,采用术前病情评估、心理护理、基础护理、疼痛护理,术后一般护理、疼痛护理、康复锻炼,规范护理接受 DAA 微创 THA 的患者 38 例,男 24 例、女 14 例。年龄 37~86 岁,中位数 64 岁。左髋 22 例,右髋 16 例。体质量指数(body mass index, BMI)17.3~29.4 kg·m<sup>-2</sup>,中位数 23.6 kg·m<sup>-2</sup>。股骨头坏死 16 例,其中激素性 9 例、酒精性 6 例、缺血性 1 例;股骨颈骨折 10 例, Garden III 型 6 例、IV 型 4 例;髋关节发育不良 4 例, Crowe I 型 2 例、II 型 2 例;髋关节骨关节炎 8 例。随访观察髋关节功能恢复及并发症发生情况。结果:所有患者均获随访,随访时间 2~6 个月,中位数 3 个月。均未出现切口感染、假体脱位、压疮、泌尿系统感染及肺栓塞。1 例发生大腿外侧皮肤感觉减退,术后 5 个月恢复;1 例发生肌间静脉血栓,经抗凝溶栓治疗后痊愈。末次随访 Harris 髋关节功能评分为(90.76±3.759)分。结论:对接受 DAA 微创 THA 的患者进行系统的围手术期护理,可有效减少并发症,促进髋关节功能恢复,有助于提高患者生活质量。

**关键词** 关节成形术, 置换, 髋; 手术入路; 围手术期护理

全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)是治疗髋关节疾病的常用手术方法,护理难度较高,护理不当容易造成髋关节脱位等并发症<sup>[1-2]</sup>。直接前入路(direct anterior approach, DAA)微创 THA,主要经缝匠肌与阔筋膜张肌间隙显露髋关节,无需切断任何肌肉,因此创伤较小,术后并发症较少<sup>[3-6]</sup>。2014 年 8 月至 2015 年 8 月,我们对接受 DAA 微创 THA 的 38 例患者进行系统的围手术期护理,并对其效果进行了观察,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 38 例,男 24 例、女 14 例。年龄 37~86 岁,中位数 64 岁。均为河南省洛阳正骨医院河南省骨科医院患者。左髋 22 例,右髋 16 例。体质量指数(body mass index, BMI)17.3~29.4 kg·m<sup>-2</sup>,中位数 23.6 kg·m<sup>-2</sup>。股骨头坏死 16 例,其中激素性 9 例、酒精性 6 例、缺血性 1 例;股骨颈骨折 10 例,按照 Garden 分型<sup>[7]</sup>, III 型 6 例、IV 型 4 例;髋关节发育不良 4 例,按照 Crowe 分型<sup>[8]</sup>, I 型 2 例、II 型 2 例;髋关节骨关节炎 8 例。

## 2 方法

### 2.1 术前护理

**2.1.1 病情评估** 入院后详细了解患者的受伤史及过敏史。常规进行压疮及跌倒坠床风险评估<sup>[9]</sup>。进行营养风险筛查,风险评分≥3 时,请营养师会诊,指

导患者按营养处方进食<sup>[10]</sup>。

**2.1.2 心理护理** 主动与患者及其家属沟通,了解其疾病及家庭结构和经济收入等情况,评估其心理状态,据此制定个体化心理护理方案<sup>[11-12]</sup>。根据患者的文化程度及接受能力采用播放视频、发放宣传册、介绍成功病例、指导病友交流等形式,使其了解与疾病相关的知识,缓解恐惧紧张情绪,树立战胜疾病的信心,从而积极配合治疗。

**2.1.3 基础护理** 严密监测并记录患者的各项生命体征变化情况,夜间定时巡视病房,主动询问患者的自我感觉,发现其出现心慌、胸闷、呼吸困难及时报告医生处理。协助患者进行各项术前常规检查,遵医嘱将其各项指标调整至围手术期允许的安全范围内<sup>[13]</sup>。

**2.1.4 疼痛护理** 常规进行程序化疼痛护理<sup>[9,14]</sup>,规范疼痛评估的标准,患者入院 24 h 内及手术前后等时间段,通过播放视频、发放宣传册等形式向其讲解镇痛的相关知识,介绍同病区患者疼痛恢复情况,减轻其对疼痛的恐惧及焦虑情绪,使其积极主动参与镇痛治疗。术前 2 d 开始进行超前镇痛,根据患者的疼痛评分、年龄、合并症及药物配伍禁忌等选择合适的镇痛药物,提高其疼痛阈,减轻术后疼痛<sup>[15]</sup>。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 一般护理** 密切观察患者病情变化,注意切口周围情况,协助患者保持舒适体位,发现问题及时报告医生处理。

**2.2.2 疼痛护理** 根据患者疼痛视觉模拟评分 (visual analogue score, VAS) 情况进行个体化镇痛: ①VAS 评分  $\leq 3$  分, 指导患者口服塞来昔布 0.2 mg, 每日 2 次, 同时配合抬高患肢、牵引、腕踝针、耳穴压籽、冷热敷、按摩、听音乐和广播等非药物干预措施; ②VAS 评分 4 ~ 6 分, 及时向医生反馈, 调整镇痛方案, 在上述镇痛基础上增加弱阿片类药物; ③VAS 评分 6 ~ 10 分, 在上述镇痛基础上联合应用强阿片类药物。注意及时评估疼痛情况, 按时给药, 正确实施非药物干预措施。重点建立疼痛反馈机制, 每日晨会交接时对 VAS 评分  $\geq 4$  分的患者进行讨论, 及时修改镇痛方案, 明确执行方案, 然后再评估疼痛情况, 再反馈。

**2.2.3 康复锻炼** 根据患者病情及身体素质制定个体化锻炼方案。麻醉清醒后, 指导患者进行踝泵运动及股四头肌、臀肌和腓肠肌等长收缩训练, 促进下肢静脉回流, 防止肌肉萎缩及下肢静脉血栓形成<sup>[4,10]</sup>。术后 6 h, 根据患者病情及精神情况将其床头抬高  $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ , 膝下禁忌垫枕, 避免影响腓静脉回流。术后 1 d, 根据患者全身情况指导其练习床边坐起, 每次 15 ~ 20 min; 视患肢恢复情况使用 CPM 机辅助锻炼, 由  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$  开始, 每日 1 ~ 2 次, 每次 30 ~ 60 min, 根据训练情况 1 ~ 3 d 增加  $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ; 指导患者进行直腿抬高训练, 每次 10 ~ 15 min。术后 2 ~ 5 d, 协助患者在床边扶双拐站立, 无头晕心慌等症状后指导其扶双拐不负重行走, 行走时注意患肢保持外展, 步幅由小到大, 每日 2 ~ 4 次, 每次 5 ~ 15 min, 避免过度运动; 在身体能耐受情况下指导患者扶双拐部分负重行走, 并逐渐增加锻炼强度。术后 5 ~ 14 d, 视患者恢复情况逐渐练习下蹲、扶拐斜坡行走及上下楼梯等动作。术后 1 个月, 根据复查结果弃拐行走, 逐渐进行患肢负重锻炼, 注意加强患髋肌力锻炼, 行髋关节内收、外旋前屈、外展内旋、后伸等训练, 每个动作保持 5 ~ 10 s, 每组 10 ~ 20 次, 每日 4 ~ 6 组<sup>[6]</sup>。教会患者正确功能锻炼方法, 指导其锻炼时做好防跌倒措施。

**2.3 出院指导** 出院时为患者发放康复锻炼计划表, 并向其讲解各项注意事项。为患者提供康复锻炼视频, 使其出院后按医嘱在家进行康复锻炼。

### 3 结 果

所有患者均获随访, 随访时间 2 ~ 6 个月, 中位数 3 个月。均未出现切口感染、假体脱位、压疮、泌尿系统感染及肺栓塞。1 例发生大腿外侧皮肤感觉减退,

术后 5 个月恢复; 1 例发生肌间静脉血栓, 经抗凝溶栓治疗后痊愈。末次随访 Harris 髋关节功能评分为  $(90.76 \pm 3.759)$  分。

### 4 讨 论

对接受 DAA 微创 THA 的患者实施规范的围手术期护理至关重要, 不仅可以提高手术效果, 还可以降低并发症的发生率。术前详细评估患者病情, 进行有效心理指导, 有助于将患者身体调整至适合手术状态, 降低手术风险。术后规范进行功能锻炼, 可以促进髋关节功能恢复。疼痛护理贯穿手术前后, 是护理的重点<sup>[16]</sup>。程序化疼痛护理可以显著减轻围手术期疼痛, 尤其是运动痛, 因此有助于早期进行功能锻炼<sup>[17]</sup>。由于本组病例随访时间有限, 因此其远期效果尚不清楚。

### 5 参考文献

- [1] Brennan SA, Khan F, Kiernan C, et al. Dislocation of primary total hip arthroplasty and the risk of redislocation [J]. Hip Int, 2012, 22(5): 500 - 504.
- [2] 李志梅, 罗漫丽, 李海婷, 等. 高龄患者人工髋关节置换术的围手术期护理 [J]. 中医正骨, 2014, 26(2): 71 - 72.
- [3] Barton C, Kim PR. Complications of the direct anterior approach for total hip arthroplasty [J]. Orthop Clin North Am, 2009, 40(3): 371 - 375.
- [4] Jewett BA, Collis DK. High complication rate with anterior total hip arthroplasties on a fracture table [J]. Clin Orthop Relat Res, 2011, 469(2): 503 - 507.
- [5] Benoit B, Gofton W, Beaulé PE. Hueter anterior approach for hip resurfacing: assessment of the learning curve [J]. Orthop Clin North Am, 2009, 40(3): 357 - 363.
- [6] 陶莹, 陈珏文, 熊思绮. 人工髋关节置换术后护理体会 [J]. 吉林医学, 2015, 36(6): 1208 - 1209.
- [7] 王亦聰. 骨与关节损伤 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 1157 - 1158.
- [8] Crowe JF, Mani VJ, Ranawat CS. Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip [J]. J Bone Joint Surg Am, 1979, 61(1): 15 - 23.
- [9] Hallert O, Li Y, Brismar H, et al. The direct anterior approach: initial experience of a minimally invasive technique for total hip arthroplasty [J]. J Orthop Surg Res, 2012, 7: 17.
- [10] Bergin PF, Doppelt JD, Kephart CJ, et al. Comparison of minimally invasive direct anterior versus posterior total hip arthroplasty based on inflammation and muscle damage markers [J]. J Bone Joint Surg Am, 2011, 93(15): 1392 - 1398.

## 4 讨 论

颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的病情较为严重,致残率和病死率均较高<sup>[4-7]</sup>。科学、规范的围手术期护理措施可以减少并发症,促进脊髓神经功能恢复,改善生活质量。

心理护理是术前护理的重点,颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫多由意外事故造成,受伤后损伤平面以下运动及感觉功能部分或全部丧失,因此受伤前后反差强烈,容易导致患者出现极度恐惧或悲观等情绪,不能配合治疗<sup>[8]</sup>。对自身病情和手术方法不了解不仅会加重患者的恐惧感,而且可能导致其对治疗效果的期待值过高,因此不能接受截瘫症状无明显改善这一现实,从而出现自杀倾向。本组 1 例女性患者入院时即有自杀倾向,医护人员及时给予心理疏导后,其重新树立起对生活的信心,但是出院后在家自杀。因此临床应重视此类患者的心理护理,在其出院后也应对其进行心理指导,避免类似悲剧发生。颅骨牵引可以促进脊髓神经功能恢复,降低手术风险,因此术前应做好颅骨牵引护理<sup>[9]</sup>。术前应进行气管推移训练,防止患者因不耐受气管、食管牵拉而出现呛咳、喷嚏、误吸、误咽甚至窒息。

颈髓损伤后交感神经麻痹,汗液分泌功能下降,皮肤血管麻痹,大量体热不能及时散发,反而促进细胞的新陈代谢,从而产生更多热量,最终导致持续性高热,而对于中枢性高热,应以物理降温为主<sup>[10]</sup>。截瘫患者由于长期卧床治疗,容易出现压疮、尿道或呼吸道感染及下肢深静脉血栓形成等并发症<sup>[11-16]</sup>。为了提高手术效果,促进患者恢复,术后应加强并发症护理。术后采用具有温经散寒、活血通脉功效的药物足浴,同时配合足部按摩,不仅可以防止下肢深静脉血栓形成,而且有助于促进疾病恢复,但是由于患者温度觉丧失,因此应注意药液温度,避免烫伤患者。

## 5 参考文献

- [1] 王锋,龙耀武,赵晓东,等. 下颈椎骨折脱位并小关节绞锁的外科治疗方法探讨[J]. 颈腰痛杂志,2013,34(3):

185-188.

- [2] 张芳,马戈东,张会凡. 颈椎前路手术治疗颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的围手术期护理[J]. 中医正骨,2014,26(6):79-80.
- [3] Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, et al. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. I. [J]. Paraplegia, 1969, 7(3): 179-192.
- [4] 卫秀洋,陈勇忠,王金星,等. 3 种颈椎后路单开门椎管扩大成形术的临床效果评价[J]. 中医正骨,2014,26(12):19-24.
- [5] 蓝旭,许建中,罗飞,等. 不同入路手术治疗下颈椎骨折脱位[J]. 中华创伤杂志,2013,29(4):302-306.
- [6] 曲延镇,王玉龙,郭晓东,等. 单纯后路椎弓根钉内固定治疗下颈椎骨折脱位[J]. 中华骨科杂志,2013,33(10):990-996.
- [7] 李云峰,王晖,刘延辉,等. 颈椎前路手术在下颈椎骨折脱位治疗中的应用[J]. 颈腰痛杂志,2005,26(6):439-440.
- [8] 马艳,王韦江,赵顺清,等. 脊髓损伤患者术前与术后的心理护理[J]. 河北医药,2013,35(24):3807.
- [9] 张春光,吴志锋,张震宇,等. 大计量颅骨牵引治疗颈椎绞锁脱位[J]. 武警医学院学报,2011,20(4):291-293.
- [10] 丁云云. 8 例颈椎骨折合并颈髓损伤病人的术后护理[J]. 护理研究,2012,26(9):828-829.
- [11] 吴兰花. 颈椎骨折合并脊髓损伤患者肺不张的预防[J]. 中医正骨,2011,23(4):79-80.
- [12] 杨立君,焦守凤. 急性颈脊髓损伤患者的护理[J]. 实用医药杂志,2012,29(12):1108-1109.
- [13] 邹再莉,王居笃,廖玉梅,等. 脊髓损伤患者的康复护理[J]. 吉林医学,2012,33(28):6194-6195.
- [14] 江军歌,卓亚娟,朱一飞. 颈椎颈髓损伤高位截瘫患者肺部感染的预防及护理[J]. 中医正骨,2013,25(4):79-80.
- [15] 魏俊青,任树芬. 中药足浴加穴位按摩预防脊髓损伤下肢深静脉血栓形成及护理体会[J]. 河北中医,2013,35(12):1895-1986.
- [16] 江蕙君. 脊髓损伤并发下肢深静脉血栓的观察和护理[J]. 中国现代医药杂志,2013,15(11):84-85.

(2016-01-03 收稿 2016-02-25 修回)

(上接第 78 页)

- [11] 盛天云,朱彩香. 护理干预对老年患者全髋关节置换术后功能康复的影响[J]. 中医正骨,2012,24(5):67-69.
- [12] 许文,邢林波,彭献梅. 阶段式护理干预模式在骨科康复病区的应用[J]. 中医正骨,2015,27(6):77-78.
- [13] 桑伟林,朱力波,陆海明,等. 直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术的对比研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2015,9(5):584-588.
- [14] 顾剑华,张先龙. 微创人工全髋关节置换术临床疗效的 Meta 分析[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2007,

1(3):132-136.

- [15] 马江涛,俞敏,俞高峰,等. 快速康复外科理论在老年股骨转子间骨折治疗中的应用[J]. 中医正骨,2015,27(1):39-40.
- [16] 娄强翠,陈前波,肖桃丽,等. 术前疼痛认知教育对病人疼痛认知度及术后镇痛效果影响的 Meta 分析[J]. 护理研究,2010,24(6):1496-1499.
- [17] 齐艳秋,魏秀萍. 微创全髋关节置换术后的康复指导[J]. 中国中医骨伤科杂志,2010,18(6):61.

(2016-01-14 收稿 2016-03-15 修回)