

· 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⁻²,中位数23.6 kg·m⁻²。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^[1-2]。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^[3-6]。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⁻²,中位数23.6 kg·m⁻²。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^[7], III型6例、IV型4例;髋关节发育不良4例,按照 Crowe 分型^[8], 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^[9]。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^[10]。

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^[11-12]。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^[13]。

2.1.4 疼痛护理 常规进行程序化疼痛护理^[9,14],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^[15]。

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 ≤ 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 ≥ 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^[4,10]。术后 6 h,根据患者病情及精神情况将其床头抬高 30°~60°,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°~30°开始,每日 1~2 次,每次 30~60 min,根据训练情况 1~3 d 增加 5°~10°;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^[6]。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^[16]。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^[17]。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^[4-7]。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^[8]。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^[9]。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,大量体热不能及时发散,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^[10]。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^[11-16]。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] 曲镇镇,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. 阶段性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] 娄翠琴,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)