

· 临床研究 ·

209 例后外侧小切口人工全髋关节置换术的围手术期护理

周 丹, 邓 姝, 古凌川

(第三军医大学西南医院关节外科中心, 重庆 400038)

摘要:目的 探讨了后外侧入路微创小切口人工髋关节置换术围手术期的护理经验,最大限度的减轻疼痛,恢复关节功能。方法 2008 年 12 月至 2009 年 12 月对 209 例髋关节疼痛患者行全髋关节置换,术前进行心理护理、健康宣教。术后严密观察,有计划分阶段进行床上、下床不负重和下床负重行走锻炼。结果 患者均于术后 2~3 d 下地行走,术后 9~14 d 康复出院,术后 6 周逐渐弃拐负重行走,12 周完全负重行走。结论 针对围手术期特点,分阶段整体护理是人工髋关节置换术成功的重要措施之一。

关键词:关节成形术;置换;髋;小切口;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.10.020

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)10-0982-02

Perioperative nursing of 209 cases of total hip arthroplasty through posterolateral mini-incision

Zhou Dan, Deng Shu, Gu Lingchuan

(Joint Surgery Center, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038 China)

Abstract: Objective To investigate the perioperative nursing experience of total hip arthroplasty through posterolateral mini-incision minimizing the pain and restore joint function. **Methods** During December 2008 to December 2009, 209 cases of hip pain treated by THA were collected. Preoperative patient education included psychological care, health education, such as muscles, defecation and respiration in functional training and postural guidance were performed, and postoperative close observation and progressive rehabilitation which contained exercising in bed, non-weight bearing walking and weight bearing walking exercising, were planned and performed. **Results** The patients could walk after 2-3 days postoperative, and after 9-14 days postoperative all were discharged. After 6 weeks postoperative the patients could walk without crutch gradually, and weight bearing walk after 12 weeks postoperative. **Conclusion** Progressive holistic nursing aimed to the perioperative feature is an important guarantee for success of THA.

Key words: arthroplasty, replacement, hip; mini incision; nursing

髋关节的创伤、股骨头坏死、感染、肿瘤、先天性畸形及其他病变可使髋关节不可逆损伤,导致髋关节治疗无法缓解的疼痛或活动度严重丧失,此时应实施全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)。随着骨科微创技术概念的兴起,微创小切口全髋关节置换术(minimally invasive surgery or mini-incision surgery THA, MISTHA)也在临床广泛开展^[1]。本科采用后外侧小切口入路,该术式对传统后外侧入路加以改良,融入近代微创外科理念,具有诸多优点:(1)切口小,美观;(2)组织剥离少,出血少;(3)创伤小,术后疼痛轻,康复快;(4)住院时间短,相应节约住院费用;(5)并发症少^[2]。创伤小,切口仅6~8 cm,外展肌力恢复快,下床时间更早,并明显降低关节脱位的发生率,患者也能更早进行康复训练。在护理过程中体会到术前、术后护理的重要作用,现将体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 12 月至 2009 年 12 月,本科共对 209 例患者实施了后外侧小切口人工全髋关节置换术。其中男 90 例,女 119 例;年龄 31~88 岁,平均(59.6±17.3)岁。股骨颈骨折 48 例(其中新鲜骨折 33 例,陈旧性骨折 15 例),股骨头缺血性坏死 136 例,髋关节原发性骨性关节炎 5 例,髋臼发育不良伴创伤性关节炎 13 例,感染后遗髋关节强直 7 例,均无手术禁忌证(如严重的心脏疾病、血液疾病、恶病质等)。住院时间 9~14 d,平均(11.1±7.5)d。

1.2 术前准备

1.2.1 术前床上排便指导 入院后及时发给患者大小便器,并督促指导其练习床上大小便,让患者掌握床上排便的方法和要领,要患者逐渐习惯床上排便。

1.2.2 术前功能锻炼指导 术前指导患者学习并掌握踝关节主动、被动活动,腓肠肌、股四头肌静力收缩、患肢直腿抬高训练。教会患者平卧抬高臀及呼吸功能训练(深呼吸、有效的咳嗽)。为患者做好皮肤清洁护理,特别是术区部位皮肤的清洁。观察患者夜间睡眠情况是否良好,及时给予心理护理或药物治疗。

1.2.3 术前 1 d 行青霉素皮试及抽血送血型交叉备血 术前一晚遵医嘱静脉输入去甲万古霉素(800 mg)预防感染,注意观察输液反应。术前一晚和术晨 2 次灌肠,并禁食、禁水。患者接往手术室后床旁备氧气、心电监护仪,更换床单后行臭氧消毒。

1.3 手术方法 所有患者均采用后外侧入路,腰硬联合麻醉或全麻。患者取健侧卧位,自大粗隆作略偏后弧形切口,长约 6~8 cm,分离皮下,纵行切开阔筋膜,分离臀大肌深部纤维,牵拉保护臀中肌,沿止点切断梨状肌,U 形切开发节囊,显露关节依次行股骨颈截骨,打磨髋臼,股骨髓腔扩髓后置入假体,依次关闭切口后完成手术。

1.4 术后护理

1.4.1 生命体征的观察 密切观察患者的意识是否清楚,问答是否切题。术后常规持续心电图、血氧饱和度监测,持续低流量吸氧,每小时记录生命体征及血氧饱和度。3 例有血压下降的情况,其中 2 例经调整输液速度后血压得到恢复,1 例加快补液速度后未见明显改善,立即予全血 200 mL、血浆 200 mL 输入后血压恢复至正常。每日监测体温 4 次,结合其他表现判断有无感染的可能,并给予对症处理。

1.4.2 伤区及患肢的观察 术区弹力绷带加压包扎,观察弹力绷带包扎松紧是否适度,观察伤口渗血情况,若渗血较多及

时给予换药,防止感染。伤区局部常规冰敷 72 h,每 2~3 h 更换冰块,冰袋下垫一治疗巾,以免浸湿敷料。72 h 后改为每次锻炼后适当冰敷,保持冰敷的有效性,注意观察冰敷处皮肤感觉,防止冻伤。观察足背动脉搏动情况、甲床的颜色及充盈度、皮肤温度、足趾末梢血循环。

1.4.3 伤口负压引流管的护理 本科采用的 Drainobag 伤口负压引流瓶系统,能有效吸引关节腔内淤血。关节腔内伤口负压引流管常规放置 36~48 h,术后 12 h 开放,引流量未超过 10 mL/d 或无活动性出血,术后第 2 天可考虑拔除引流管。观察引流液的颜色、性状、量,并准确记录。保持伤口负压引流管通畅,防止扭曲打折;固定妥当,防止滑脱;保持有效负压,防止逆行感染。

1.4.4 下肢深静脉血栓的预防 髋关节置换是外科手术出血量较大的手术,也是深静脉血栓形成(deep vein thrombosis, DVT)发生率较高的手术,预防深静脉血栓形成可降低发生肺动脉血栓栓塞症的风险^[3]。针对预防术后深静脉血栓栓塞症的发生,本科室采用了《中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南》推荐的利伐沙班^[4]。

1.4.4.1 口服利伐沙班 术后 6 h 遵医嘱口服利伐沙班 10 mg,若患者恶心、呕吐,口服时间延长至 10 h 内,以后每隔 24 h 口服利伐沙班 10 mg,共服用 5 周。并注意观察伤口及其他部位有无出血倾向,定期复查凝血功能^[5]。

1.4.4.2 关节功能训练 麻醉消退后立即行踝关节的主动运动及股四头肌静力收缩训练,以促进下肢静脉回流,减轻患肢肿胀并降低肺动脉血栓栓塞症的风险。本科使用的足底静脉泵,利用机械原理促使下肢静脉血流加速,减少血液滞留,降低术后下肢深静脉血栓形成的发生率,使患者术后出现患肢肿胀现象得到大大的改善,并与药物预防联合应用,本组患者均未出现深静脉血栓栓塞症。

1.4.4.3 术后常规基础护理 观察患者排尿情况,有无尿潴留、尿失禁以及尿量、色、性状,鼓励患者多喝水,定时行会阴护理。术后行口腔护理,并保持全身皮肤清洁、干燥。术后第 2 天可鼓励患者多坐起,每日给予拍背,鼓励患者深呼吸,有效咳嗽、咳痰,预防坠积性肺炎的发生,也可行雾化吸入 2 次/天。保持床铺平整无碎屑,每 2 小时鼓励患者平卧位抬臀,按摩受压部位,必要时可用气圈^[6]。

1.4.4.4 饮食护理 对合并高血压、糖尿病患者定时查血压、血糖,并指导其饮食。指导患者多进食低脂、高蛋白、高维生素、高纤维素的清淡饮食,多喝水,每日饮水量在 1 500~2 000 mL。禁食高胆固醇食物,防止血脂增高而增加血液黏稠度引起血栓。

1.4.4.5 术后早期康复训练 术后麻醉清醒后即可进行踝关节的背屈和跖屈主动活动,第 1 天可将病床上半身升至 30°~60°,继续进行踝关节主动屈伸练习、股四头肌和股二头肌等长收缩运动,可开始进行主动被动屈髋屈膝活动;第 2 天可将病床升至 60°~90°,主动进行髋膝关节的屈伸练习,坐位练习^[7]。

2 结果

所有患者经门诊随访 6~20 个月,复查时 X 片均示假体位置正常。2 例出现术后脱位(年龄均超过 70 岁,脱位均发生在术后 1 个月内,1 例因术后 4 d 卧床使用便盆时,家属用力抬高髋部后出现,1 例在出院后坐矮凳和软沙发时出现),复位后均未复发。1 例出现术后切口延迟愈合。本组患者术后未出现髌白及股骨近端骨折,无感染、神经损伤等并发症。无肺栓塞及深静脉血栓栓塞症发生。Harris 评分术前平均(48±

11.7)分,术后(85±7.6)分。

3 讨论

近年来,人工髋关节置换术是解除髋关节疾患患者的病痛、纠正畸形、恢复功能的一种行之有效的方法^[8]。本科采用的后外侧小切口人工全髋关节置换术可解除患者的疼痛,纠正畸形,恢复关节功能等多种作用。通过对 209 例患者实施整体性的围手术期护理,作者在临床护理工作中深刻体会到,术后能否得到满意的临床效果,除了手术技术、假体种类和质量外,正确的围手术期护理是人工全髋关节置换术成功的重要保证,能有效预防并发症的发生,如深静脉血栓形成、肺栓塞、感染、人工髋关节松动及脱位等^[9]。

根据不同的患者制订相应的护理计划,对患者进行术前训练、早期下床功能锻炼及出院指导,有效地降低并发症的发生,尽早恢复髋关节功能,为患者术后生活质量的提高打好基础^[10]。人工全髋关节置换术后,患者因受到较大的创伤,病情变化快,护理工作中应密切监测患者生命体征,加强基础护理,及时发现问题,预防并发症的发生,控制感染^[11]。

随着社会的发展和人民生活水平的提高,人工全髋关节置换术患者越来越多,护理工作也越来越受到重视。术后预防并发症的护理尤为重要^[12]。(1)预防褥疮:每 2~3 h 平卧抬起臀部,按摩受压部位,抬臀困难者臀下可垫一气圈,避免长期受压。保持床单清洁干燥,无碎屑,严格进行床旁交接班,发现褥疮迹象应及时防范。(2)预防泌尿系统感染:留置导尿管者嘱其多喝水,加强尿管护理,定时行膀胱冲洗及会阴护理。拔管前间断夹闭尿管,训练膀胱功能。(3)预防呼吸道感染:指导患者行深呼吸训练,协助取半卧位,定时拍背,鼓励有效咳嗽、咳痰,必要时可行雾化吸入。(4)预防便秘:指导患者按摩腹部,多吃水果、青菜,适当的床上运动,以保持大便通畅。(5)预防髋关节脱位:移动患者时应动作轻柔,正确搬动,患肢保持外展中立位或屈髋屈膝位,指导患者有计划的康复训练,逐步恢复髋关节周围肌群的张力。加强健康宣教,避免患肢髋关节内收、内旋和过度屈曲^[13]。

有计划的康复训练、肌力训练以肌肉有酸胀、疲劳及乏力感为度,关节活动度训练以不感到疼痛为宜。在锻炼过程中,根据患者个体情况来决定功能锻炼的内容、进度和强度,尤其是高龄合并有其他疾病的患者^[14-15]。出院后随访,定期督促和指导。

参考文献:

- [1] 刘建梅,王佰亮,李子荣. 微创小切口人工髋关节置换术围手术期的康复护理[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(5): 419-421.
- [2] 陈光兴,古凌川,杨柳,等. 改良后外侧小切口全髋关节置换手术技术[J]. 中华关节外科杂志, 2008, 2(3): 254-256.
- [3] 马卫华,张树栋. 低分子肝素使用时机对关节置换手术失血量和 DVT 发生率的影响[J]. 中华骨科杂志, 2008, 28(10): 833-835.
- [4] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(2): 169-171.
- [5] 王丽,刘海榕. 髋关节置换术后深静脉血栓形成的预防及护理体会[J]. 医学信息, 2010, 21(3): 425-427.
- [6] 王超玉. 人工关节置换术后的护理[J]. 河北医药, 2010, 16(1): 34-36.
- [7] 燕红卫,刘敏. 微创全髋关节置换术后早(下转第 992 页)

轴向牵引力,整复后术者用两手拇指和食、中、环指分别置于骨折断端远近端,在加压提按时,可前后左右徐徐摇摆,使骨折断端紧密接触;(3)完毕后触摸断端台阶感消失,中立位逐渐放松远端牵引力度后断端无畸形,则复位成功,如桡侧移位明显,需在夹挤分骨基础上再行成角折顶手法;(4)予以外敷活血化瘀中药,前臂小夹板及中立位握托外固定,三角巾悬吊于胸前,摄片证实骨折复位后隔日换药一次,直至骨折愈合后去除外固定,行中药熏蒸及功能锻炼。合并肱骨髁上骨折者均以手法复位、小夹板外固定治疗,复位后以自制钢丝托板固定患肢于肘前臂旋后位。如尺桡骨复位良好,断端嵌插紧密,可采用肘前臂旋前位固定,以利于预防肘内翻的发生^[3-6]。

1.3 疗效评定标准 采用 Berton 评定标准,优:骨折愈合,前臂旋转功能大于正常的 90%;良:骨折愈合,前臂旋转功能大于正常的 80%;中:骨折愈合,前臂旋转功能大于正常的 60%;差:骨折不连接或前臂的旋转功能小于正常的 60%。

2 结 果

所有患者均获随访,均达骨性愈合。4 周后复查患肢无畸形,无疼痛,X 线片证实解剖复位 37 例,近解剖复位 60 例,功能复位 15 例。临床愈合时间 21~42 d,平均 28 d,随访 6 个月,上肢功能均正常,2 例髁上骨折发生 5°~10°肘内翻,无 1 例骨折血管、神经损伤及缺血肌挛缩等并发症发生,无 1 例需手术治疗。Berton 评定结果优 97 例,良 15 例。

3 讨 论

前臂双骨折保守治疗的难点在于解决复位时断端旋转及靠拢性成角及固定后的再移位^[7]。但对于儿童而言,手法复位外固定是治疗儿童骨折的最基本、最常用的方法,手法复位具有无创伤、骨折愈合快、无感染和无骨折不愈合之虑的优点^[8]。儿童前臂双骨折临床发病率高,尤其是近年来滑板流行,儿童发生跌倒后因传导暴力而致的前臂远端双骨折的病例暴发性增多,本院称之为“儿童前臂滑板骨折”。该类创伤因速度快,离地高,反应时间短,因而具有以下特点:(1)均为尺桡骨下端骨折;(2)骨折移位均为背侧移位,合并不同程度桡偏移位;(3)重叠移位较普通前臂双骨折严重,骨折端均为横断骨折或短斜型骨折,严重病例可有尺侧由内向外开放性裂口,部分病例可出现同侧肢体的髁上骨折。儿童前臂远端双骨折整复文献的报道很多,本院在以成角折顶法整复此类骨折时着重强调以下 3 点。

3.1 整复体位 选择前臂旋前位,在旋前位时,骨间膜和旋前方肌松弛,有利于减少整复时不必要的阻力,同时前臂滑板骨折因为暴力较大,肿胀往往较重,局部血肿的张力效应和暴力本身均导致骨折端重叠较重,前臂旋前位也更有利于术者进行更好和稳定的折顶,使成功的机会加大。

3.2 强调过程中的持续牵引 以往的文献记载,对成角折顶

法整复重视折顶,往往忽略了牵引的重要性或记述不详,本院整复此类骨折将骨折远端的牵引力贯穿整个整复过程,牵引力量据整复过程变化,折顶前的牵引力量稍大,折顶时牵引力量稍减小,待术者手下感知骨折远近折端相接触后进行反折同时加大远端的牵引力,整复过程一气呵成。复位成功可能性明显提高。

3.3 整复过程注意避免再损伤 整复过程切忌暴力和突然用力,术者和助手术前应仔细阅读片,充分评估患者耐受力及肢体损伤、肿胀情况,从而制定整复时机和力度,力求整复过程平稳柔和,避免医源性损伤的发生。

儿童的尺桡骨骨干骨折没有手术指征^[9],近年来各个医院和骨科医生越来越倾向于手术。但具体到骨折的治疗是以最小的创伤换取最大的收益^[10],应尽可能非手术治疗。前臂远端骨折因位置表浅,易于触摸,加之患者为儿童,为避免手术本身及疤痕为患儿带来不必要的生理、心理、就业和生活的影响,减少患者的经济负担,同时患者本身具有较强的塑性能力,应尽最大努力的采用非手术治疗。

参考文献:

- [1] 肖德明,王巨.尺桡骨骨折[M].北京:人民卫生出版社,2003:171-192.
- [2] 李志.手法整复石膏或小夹板外固定治疗儿童桡尺骨远端骨折 150 例报道[J].中医正骨,2006,23(6):725-727.
- [3] 王树梓,朱长庚.整骨手法图解[M].北京:人民卫生出版社,2009:128-132.
- [4] 何天佐.骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2009:186-195.
- [5] 李国帅,朱晓东,马云.肘前旋前位整复肱骨髁上伸直型骨折[J].中国骨伤,2004,21(9):134-137.
- [6] Moed BR, Kellam JF, Foster RJ, et al. Immediate internal fixation of open fracture of the diaphysis of the forearm [J]. J Bone Joint Surg Am, 1986, 68(8): 1008-1011.
- [7] 樊勤学,郭海青.尺桡骨干双骨折夹板石膏双重固定疗效观察[J].中国骨伤,2008,2(7):558-559.
- [8] 贾卫斗,程开明,宋洁富,等.小儿骨科学[M].上海:第二军医大学出版社,2009:295-302.
- [9] 过邦辅.儿童骨折及其他损伤[M].上海:上海科学技术出版社,1965:157-163.
- [10] 王亦聰,刘沂,姜宝国.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2005:367-381.

(收稿日期:2010-12-25 修回日期:2011-01-25)

(上接第 983 页)

- 期康复训练的探讨[J].中国实用医药,2010,26(2):279-282.
- [8] 蒋巧红,周淑霞.人工全髋关节置换术后并发症的预防及护理[J].中医正骨,2010,27(8):989-991.
 - [9] 朱红英.人工髋关节置换术后的康复及护理[J].中国实用护理杂志,2004,20(1):16-17.
 - [10] 古婉仪,陈柳娟,曾采采.全髋关节置换术后并发症的预防与护理[J].全科护理,2010,20(5):654-656.
 - [11] 甘信英.人工全髋关节置换术围手术期护理[J].中国现代药物应用,2010,18(1):23-26.

- [12] 戴燕,裴福兴,沈彬.人工全髋关节置换患者的门诊康复指导[J].中国实用护理杂志,2004,20(2):31-32.
- [13] 吕志平,杨峻,刘江华,等.人工髋关节翻修手术的临床体会[J].中国实用医学,2010,20(2):156-158.
- [14] 杜克.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995:700-703.
- [15] 王超玉.人工关节置换术后的护理[J].河北医药,2010,26(16):2341-2343.

(收稿日期:2010-12-25 修回日期:2011-01-25)