

如下。

2.1 密切观察病情,协助诊断 患者自诉双下肢及双踝关节休息时疼痛减轻和消失,行走后复现或加重,严重时患者疼痛剧烈而持续,尤以夜间为甚^[2]。该病是本科医护人员第 1 次接触,护理时积极配合医生快速有效的做好各项检查。每日观察皮肤破溃及瘀斑处的情况并测量记录,做好每班交接。

2.2 疼痛的护理 疼痛为血栓闭塞性脉管炎的最痛苦的症状,严重时患者屈膝抱足而坐,诉疼痛难忍。患者住院期间常感疼痛,要求医生予以止痛治疗,为了预防止痛药的成瘾性,告知患者止痛药用多了具有成瘾性,帮助患者增强与疾病做斗争的信心,对患者进行分散疼痛教育,使患者自制力提高,尽可能的少用止痛药^[3]。

2.3 皮肤的护理 入院后患者诉大腿内侧皮肤瘀斑疼痛加剧,阵发性发作并伴有瘀斑皮肤破溃并向其他部位扩散,夜间入睡困难。皮肤组织活检示:皮肤坏死,炎症,出血及微血栓形成。慢性病患者伤口多经久难愈,根据伤口护理原则,制定并采取针对性的措施,要每日评估皮肤瘀斑及溃疡处,做好测量并记录,做好每班交接。遵医嘱每天给予生理盐水清洗伤口,破溃处的黑色组织必须用生理盐水冲洗干净并更换敷料^[4]。经护理人员精心护理后瘀斑未在扩散,溃疡处伤口被红色肉芽覆盖,患者诉疼痛减轻。该例患者因患肢皮肤溃疡处疼痛,患者休息时没有勤翻身,患者一侧皮肤压红,医护人员与家属共同予按摩发红处皮肤,安慰患者,鼓励患者自己翻身;同时我们 2 h 巡视病房 1 次,协助患者做好皮肤护理,预防褥疮。

2.4 用药的护理 因患者疼痛剧烈,必要时予止痛治疗,但是长期使用止痛药具有成瘾性。医护人员使用时需慎重。而针对患者血栓闭塞性脉管,医嘱予低分子肝素钙 5 000 IU 皮下注射,每天 1 次;5%葡萄糖注射液 100 mL 加前列地尔注射液 20 μg 缓慢静滴每天 1 次。应严密观察凝血 6 项,透析过程中做好病情观察及监护,预防抗凝过度引起出血。

2.5 预防感染的护理 患者因为慢性病,本身抵抗力低,易感染,再加上患肢皮肤溃疡,护理人员必须严密评估伤口,及时巡视,严格执行无菌操作,运用伤口护理原则来护理患者,减轻患者痛苦,做好预防感染^[5],以免加重病情。

2.6 加强基础护理 慢性肾功能衰竭患者皮肤干燥皮屑很多,要为患者每日用无刺激清水擦浴 1 次,勤减指甲,防止抓伤皮肤,并嘱患者勤换衣裤,同时注意保持床单位清洁、干燥、平

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.30.054

整,做好皮肤清洁,预防感染^[6]。

2.7 心理护理 患者因长期受病痛的折磨,血液透析治疗需每周到医院血液透析室进行透析治疗,透析治疗时间长,费用高,严重影响患者生活质量,患者对未来感到迷茫,不安,烦躁,再加上尿管炎的痛苦。应及时给予患者心理疏导,为患者提供愉快的治疗环境,尽最大程度的满足患者护理上的需求,让患者感到满意,放心,安心。以乐观的情绪积极配合治疗,树立战胜疾病的信心,努力为患者做到“三分治疗,七分护理”^[7]。

3 讨 论

慢性肾功能衰竭患者并发血栓闭塞性脉管炎临床极少见。血栓闭塞性脉管炎,是一种特发的、非动脉粥样硬化性、节段性、阻塞性血管疾病,主要累及肢体中小动脉和静脉。该例患者不光要依靠血液透析生存,本身就面临经济、心理等各方面的压力,同时还要承受脉管炎昼轻夜重的疼痛,护士积极配合医生做到早期发现,早期诊断,早期治疗,及时采取有效护理措施,使患者病情早日康复。

参考文献

- [1] 郭轶,代远斌.血栓闭塞性脉管炎患者血管壁的免疫病理学研究[J].重庆医科大学学报,2009,34(12):1683-1684.
- [2] 王芳.血栓闭塞性脉管炎的治疗与护理[J].中国民间疗法,2014,22(2):92-93.
- [3] 丛红卫.血栓闭塞性脉管炎患者的心理护理体会[J].中国医药指南,2012,10(16):310-311.
- [4] 苏怡芳.1例下肢动脉硬化闭塞伴右踝部溃疡的护理[J].中国实用护理杂志,2010,26(z1):184.
- [5] 黄利平,吴艳丽,黄晓莉,等.一例慢性肾衰病人行血液透析后合并牙龈出血后的护理[J].中国保健营养:下旬刊,2012,22(9):3236.
- [6] 韦秀芳.1例慢性肾衰病人左股骨颈骨折后的护理[J].医学理论与实践,2011,24(12):1466-1467.
- [7] 张晓英,邓胜兰,卢伟,等.维持性血液透析患者孤独感与其社会支持的相关性分析[J].中国实用护理杂志,2013,29(34):44-46.

(收稿日期:2015-03-16 修回日期:2015-05-26)

肾移植术后髌关节置换围术期护理对患者疼痛及并发症的影响分析

陈晓玲,黄天雯,刘巧梨,谭运娟,桂自珍

(中山大学附属第一医院关节外科,广州 510089)

[中图分类号] R684;R617

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)30-4316-02

肾移植是临床治疗终末期肾衰竭的主要治疗方法,可明显延长患者生存期,但由于肾移植术后需长期服用免疫抑制剂和糖皮质激素,导致股骨头缺血性坏死(OFNH)的发病率明显增多^[1]。OFNH主要表现为髌部疼痛和髌关节功能障碍,导致行走困难,严重影响患者生活质量。全髌关节置换术(THA)被大多学者人为是治疗 OFNH 的最佳治疗方法^[2],且随着人们对医疗护理要求的日渐提高,其围术期护理也日渐受到人们

的重视。本研究对肾移植术后全髌关节置换术患者进行围术期综合护理,观察围术期综合护理干预对患者髌关节功能恢复、疼痛及并发症的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 10 月至 2014 年 8 月在本院行人工 THA 治疗的肾移植术后 OFNH 患者患者 19 例(21 髌),所有患者肾移植术前无 OFNH 表现,均为初次行 THA,术后

肾功能恢复正常。将上述患者随机分为干预组和对照组,其中干预组患者 11 例(13 髌),男 7 例(8 髌),女 4 例(5 髌);年龄 35~63 岁,平均年龄(43.59±7.23)岁;OFNH 病程 19~37 个月,平均(24.48±6.81)个月;根据国际股循环协会(ARCO)标准进行 OFNH 分期^[3]:ⅢB 期 1 例(1 髌),ⅢC 期 2 例(2 髌),Ⅳ期 8 例(10 髌);术前 Harris 评分为(34.61±6.48)分。对照组患者 8 例(8 髌),男 5 例(5 髌),女 3 例(3 髌);年龄 33~64 岁,平均年龄(43.70±7.42)岁;OFNH 病程 18~36 个月,平均(24.26±6.54)个月;OFNH ⅢB 期 1 例(1 髌),ⅢC 期 1 例(1 髌),Ⅳ期 6 例(6 髌);术前 Harris 评分为(35.25±6.33)分。两组患者在性别、年龄、OFNH 病程、OFNH 分期、术前 Harris 评分等一般资料上比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 所有患者均采用硬膜外麻醉,患者呈侧卧位,取髌关节后外侧切口,自皮肤外层逐层切开,切开髌关节囊,并将增生的滑膜切除,常规脱位,显露股骨头,于小转子下方约 1 cm 常规截骨,将股骨头取出显露髌臼,将髌臼内软组织清理后,磨锉至合适大小以植入相应大小的髓腔锉和试模股骨头。复位髌关节,并检查稳定性,确定无脱位倾向,切口放置引流管,逐层缝合伤口。

1.2.2 护理方法 对照组患者采用常规护理方法,干预组患者围术期给予综合护理:(1)术前护理:入院后严格监测并详细记录体质量、体温、脉搏、血压、水分摄入量、尿量等,密切观察有无排斥和不良反应征兆和表现,并给予对症治疗,改善患者全身状况。术前医务人员应多巡视病房,加强与患者沟通,详细了解患者心理状况,并及时给予心理疏导,协助患者消除消极抵触情绪,使其积极配合治疗。同时详细讲解手术前后饮食摄入、作息时间等需注意的问题,指导患者进行踝泵及直腿抬高股四头肌锻炼和深呼吸运动,以促进患肢血液循环和提高肺活量。(2)术中护理:麻醉前给予抗生素,术中常规心电图监护,监测血糖、血压,将血压控制在 120/60 mm Hg 左右。(3)术后护理:术后患者去枕平卧 6 h,患侧肢体呈外展中立位。每隔 1 h 监测并记录患者体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度等生命体征指标,并根据具体病情和指标变化给予对症处理。积极协助患者翻身、叩背和排痰,观察尿量变化并鼓励患者自解小便,避免导尿,防止感染的发生。于术后 24 h 给予低分子肝素钙皮下注射,连用 5 d,以预防静脉血栓形成,并常规预防性应用肾毒性较小的广谱抗生素 3~5 d。密切观察有无移植肾排斥反应的征兆和表现。指导患者进行术后康复训练,术后 1 d 进行踝关节屈伸和坐位练习,术后 2~3 d 进行双拐站立和行走练习,术后 4~6 d 继续进行踝关节屈伸、患肌肌力训练和步行训练。患者出院后嘱咐患者定期自行康复锻炼,以及饮食、用药、定期门诊复查等注意事项。

1.2.3 观察指标 所有患者术后均获得随访,分别于术中和术后 6 个月采用 Harris 评分^[4]评估髌关节功能,Harris 评分: >90 分为优, $80\sim90$ 分为较好, $70\sim79$ 分为良, <70 分为差。术后 48 h,采用数字评分法(VAS)和焦虑自评量表(SAS)评估患者疼痛程度和焦虑状态,并于出院前发放护理满意度调查表,统计护理满意度。术后及随访期间,观察并记录并发症发生情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较应用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者术后疼痛、焦虑评分及护理满意度的比较 干

预组术后疼痛评分、焦虑评分均明显低于对照组,护理满意度明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者术后疼痛、焦虑评分及护理满意度的比较

组别	<i>n</i>	VAS 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	SAS 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	护理满意度 [<i>n</i> (%)]
干预组	11	2.88±1.14	32.10±5.62	10(90.91)
对照组	8	3.92±1.73	46.28±8.93	7(75.00)
t/χ^2		4.568	5.163	4.927
<i>P</i>		0.045	0.038	0.038

2.2 两组患者手术前后髌关节功能的比较 两组患者术后 6 个月 Harris 评分均明显较术前升高($P<0.05$),且干预组患者明显高于对照组患者,差异均有统计学意义($P<0.05$);干预组患者髌关节获优 10 髌,良 3 髌,优良率为 100.00%,对照组患者髌关节获优 5 髌,良 2 髌,差 1 髌,优良率为 87.50%,两组患者髌关节功能优良率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者手术前后髌关节 Harris 评分的比较

组别	髌数 (<i>n</i>)	Harris 评分(分, $\bar{x}\pm s$)		髌关节功能 优良率(%)
		治疗前	治疗后	
干预组	13	34.61±6.48	90.72±3.86	100.00
对照组	8	35.25±6.33	82.84±4.65	87.50
χ^2/t		0.182	5.416	4.736
<i>P</i>		0.459	0.034	0.041

2.3 两组患者随访期间并发症发生率和翻修率的比较 干预组患者随访时间为 7~51 个月,平均随访时间为(31.0±3.5)个月,对照组患者随访时间为 6~49 个月,平均随访时间为(31.5±3.5)个月,两组患者随访期间差异无统计学意义($P>0.05$);随访期间,两组患者各出现 1 例股骨假体感染,经抗感染治疗后,感染症状和体征消失,均未行翻修术,对照组患者出现 1 例股骨假体松动,行翻修术。随访期间,干预组患者总体并发症发生率和翻修率分别为 9.09%和 0,对照组患者为 25.00%和 12.50%,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

肾移植术后患者需长期应用免疫抑制剂和糖皮质激素,导致机体对各种细菌、病毒的抵抗力下降,且药物代谢可导致机体相关组织、脏器受损^[5]。同时糖皮质激素的长期应用可使间充质干细胞分化成脂肪细胞,使窦状的骨髓塌陷变形,增强破骨细胞吞噬细胞的功能,导致骨坏死^[6-7],且随着肾移植患者术后生存时间的延长,激素总剂量持续增加,OFNH 的发生率也随之明显升高^[8]。THA 是目前临床治疗肾移植术后 OFNH 的最佳疗法,可有效重建关节功能、缓解髌部疼痛、增强腿部和臀部肌力,对改善患者生活质量具有较重要的意义。

随着 THA 技术手段的成熟和实施经验的累积,由手术本身造成的关节挛缩、骨质疏松和肌肉萎缩等并发症的发生率已明显降低,但由于肾移植患者免疫抑制剂和激素类药物的长期应用,以及相关药物代谢所致脏器功能受损等,患者免疫力低下,抗感染能力较差,术后易发生感染^[9],且由于 OFNH 患者骨质疏松等特殊临床表现,不仅增加了 THA 手术难度,同时还增加了术后假体周围骨折、假体松动下沉的发生率,影响了 THA 手术治疗的远期疗效。另外激素可引起系统的高凝状态,使血液黏度增加,呈高凝滞状态,易引发(下转第 4320 页)

1.7 影像学检查结果 X 线片检查可判断脊柱 T5、T6 压缩性骨折。

1.8 临床诊断 淋巴造血和有关组织恶性肿瘤,其他诊断:多发性骨髓瘤? 淋巴肉瘤细胞白血病? 脊椎压缩性骨折,慢性乙型病毒性肝炎。

2 讨论

该例患者的临床诊断过程中似乎是有些检查并不能相互印证。MM 诊断标准:M 蛋白出现,异常浆细胞存在,溶骨性病损。临床表现,本病例患者临床表现,因“胸骨疼痛 4 个月,加重 10 d”于 2014 年 4 月入院治疗,X 线片检查显示脊柱 T5、T6 压缩性骨折,该患者是在做家务时发生骨折,符合 MM 特征。骨髓涂片分析并结合细胞化学染色提示,该患者骨髓涂片原幼细胞属于淋巴造血组织恶性细胞,形态学检查直观感觉并不很像骨髓瘤细胞。血清蛋白电泳检查及免疫固定电泳检查显示,清蛋白 25.9%, α_1 球蛋白 5.2%, α_2 球蛋白 23.9%, β 球蛋白 23.2%, γ 球蛋白 21.8%。血清总轻链, κ 型阴性, λ 型阴性;尿总轻链, κ 型阴性, λ 型阴性;尿本周氏蛋白电泳,阴性;尿液游离 κ 链阴性,游离 λ 链阴性,也见报道^[4]。而且该患者血清总蛋白 64.2 g/L 并不增高,尿蛋白阴性,不符合约 99% 的患者血清和尿中存在 M 蛋白,约 70% 的患者尿中发现本周氏蛋白标准。多项实验室检测结果显示,M 蛋白水平低于诊断标准;患者血液及尿液生化检查均没有达以上标准。然而流式细胞术检查印象:在 CD45/SSC 点图上设门分析,异常细胞群约占核细胞比例的 80.55%,表达 Lambda、CD56、CD38、CD138。不表达 CD19、CD45 阴性,支持 MM^[5]。至于淋巴肉瘤细胞白血病^[6],骨髓细胞学检查:骨髓涂片显示原幼细胞达 80%,形态学检查直观感觉是淋巴造血组织恶性细胞,然后做细胞化学染色检查,POX 显示 100% 阴性。骨髓涂片初步印象恶性淋巴瘤可能;骨髓组织病理诊断:不排除外淋巴系统增殖性疾病—慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤 (LPD-CLL/

SLL),请结合临床及相关检查分析,必要时加做免疫组织化学进一步明确诊断。该患者没有表现出高度怀疑白血病特异性染色体与特征性融合基因。由于患者出院,也不能进一步跟踪复查,每一种实验室检查当时多有讨论,应该都是斟酌过实验诊断结果。

参考文献

- [1] 张英,朱强,顾江英,等.白血病和淋巴瘤常见染色体融合基因的检测分析[J].肿瘤防治研究,2004,31(6):341-344.
- [2] Pallisgaard N, Hokland P, Riishoj DC, et al. Multiplex reverse translocation polymerase chain reaction for simultaneous screening of 29 translocation and chromosomal aberrations in acute leukemia[J]. Blood,1998,92(2):574-588.
- [3] Beillard E, Pallisgaard N, van der Velden VH, et al. Evaluation of candidate control genes for diagnosis and residual disease detection in leukemic patients using real-time quantitative reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RQ-PCR)-a Europe against cancer program [J]. Leukemia,2003(17):2474-2486.
- [4] 嵇巍,苏薇,王亚静,等.有症状多发性骨髓瘤伴血清游离轻链比异常 1 例[J].临床检验杂志,2012,30(11):934.
- [5] 赵怡然,付蓉,关晶,等.多发性骨髓瘤患者骨髓 CD38⁺, CD138⁺ 浆细胞 Notch1 表达水平及其临床意义研究[J].中华血液学杂志,2012,33(4):274-277.
- [6] 朱平.白血病与淋巴瘤的分子诊断[J].中华检验医学杂志,2005,28(3):229-231.

(收稿日期:2015-03-21 修回日期:2015-06-21)

(上接第 4317 页)

深静脉血栓的形成,增加了手术风险,并影响手术疗效。

为保证手术顺利完成,并提高 THA 手术治疗的近期及远期疗效,本研究针对肾移植患者特殊的临床表现,采取围术期综合护理,术前密切观察患者有无肾移植排斥和不良反应的征兆和表现,积极改善患者全身状况,术中将患者血压和血糖控制在理想状态下,避免因血压过低引起移植肾灌注不足而导致肾功能不全。术前指导患者进行康复功能锻炼,促进患肢血液循环,术后应用抗凝药,防止血栓形成,同时密切监测血红蛋白,积极纠正低蛋白血症和贫血状态。术前及术后常规预防性应用抗生素,术后积极协助患者排痰,鼓励患者自解小便,尽早撤除切口引流管、导尿管等,避免感染的发生。术后指导患者踝关节屈伸、坐位练习、患肌肌力训练和步行训练,促进患肢静脉回流,防止静脉血栓形成,增强肌力和关节稳定性,同时尽早恢复患肢功能,有利于降低术后并发症。围术期护理过程中,护理人员加强与患者的交流,并给予心理疏导,协助患者消除消极抵触情绪,使其积极配合治疗,有利于缓解患者焦虑情绪,减轻疼痛以及顺利完成治疗。本研究结果显示,干预组患者术后疼痛评分和焦虑评分明显低于对照组,且护理满意度明显高于对照组。另外,干预组患者术后髌关节功能恢复情况明显优于对照组,而并发症发生率明显低于对照组。

综上所述,围术期综合护理不仅可有效缓解患者焦虑情绪,减轻疼痛,提高护理满意度,同时还可促进患者髌关节功能的恢复,降低并发症的发生率,促进患者早日康复。

参考文献

- [1] 王祥慧.肾移植的国际前沿热点及新进展[J].中华器官

移植杂志,2013,34(10):577-581.

- [2] 田青松,周游,李新志.早期股骨头坏死的诊疗进展[J].实用医学杂志,2014,30(18):2869-2871.
- [3] Zalavras CG, Lieberman JR. Osteonecrosis of the femoral head: evaluation and treatment [J]. J Am Acad Orthop Surg,2014,22(7):455-464.
- [4] 虞连奎,戚超,于腾波,等.骨水泥与非骨水泥型人工全髋关节置换治疗肾移植术后股骨头缺血性坏死的近期疗效比较[J].中国修复重建外科杂志,2013,27(12):1409-1413.
- [5] Koch M, Kantas A, Ramcke K, et al. Surgical complications after kidney transplantation: Different impact of immunosuppression, graft function, patient variables and surgical performance [J]. Clin Transplant, 2015, 29(3): 252-260.
- [6] 吴星火,杨述华.脂肪组织巨噬细胞在激素性股骨头坏死发病机制及治疗中的作用[J].中华骨科杂志,2013,33(7):776-778.
- [7] 周正丽,张潜.激素性股骨头坏死中骨细胞凋亡的研究进展[J].重庆医学,2012,41(34):3659-3661.
- [8] 刘龙山,刘岩峰,邓荣海,等.肾移植后稳定期受者撤除皮质激素的临床研究[J].中华器官移植杂志,2013,34(11):643-646.
- [9] 邢利,曲青山,蒋欣,等.肾移植术后早期感染类型分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(12):2875-2877.

(收稿日期:2015-03-11 修回日期:2015-06-12)