经皮加压钢板治疗老年股骨粗隆间骨折的围手术期护理

Perioperative care of PCCP treatment of intertrochanteric fractures in elderly

尹芝华,李 筱,秦 晴 (第三军医大学西南医院骨科,重庆 400038)

[关键词] 护理;围手术期;经皮加压钢板;股骨粗隆间骨折
[中图分类号] [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0664-02

股骨粗隆间骨折是老年人常见的严重骨折之一,过去临床治疗方法通常采用动力髋关节螺钉(dynamic hip screw,DHS)予以内固治疗,而近年来,随着经皮加压钢板(percutaneous compression plating,PCCP)治疗技术的发展,越来越多地运用于骨科临床治疗中,与传统 DHS 治疗相比,PCCP 治疗具有微创、稳定、功能恢复快等优点,特别适用于股骨粗隆间骨折的老年患者[1]。由于老年股骨粗隆间骨折患者常合并基础内科疾病,因此,PCCP 围手术期护理质量尤为重要。我科于 2008 年 1 月至 2012 年 12 月共完成 116 例 PCCP 治疗老年股骨粗隆间骨折患者的手术,现将围手术期护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共 116 例,男 48 例,女 68 例;年龄 61 ~ 106 岁,平均 81.7 岁;AO 分型:A1 型 27 例,A2 型 77 例,A3 型 12 例;合并症:高血压 56 例,冠心病 11 例,2 型糖尿病 15 例,慢性阻塞性肺疾病 13 例,脑血管疾病 6 例,心律失常 4 例,肺部感染 12 例,慢性肾衰 3 例。纳入标准:①年龄大于等于 60 岁;②创伤骨折;③新鲜骨折;④单纯股骨粗隆间骨折;⑤行 PCCP 内固定治疗;⑥随访时间大于等于 12 个月。

1.2 手术方法

入院后患肢采用踝套牵引,在术前达到松弛肌肉,纠正畸形,短期制动止痛,使骨折基本对位的目的。完善相关术前检查,择日在硬膜外麻醉或神经阻滞麻醉下,使用牵引床,在透视下牵引内旋、内收患肢,以获得最佳的骨折复位,再行 PCCP 内固定治疗。

1.3 围手术期护理

1.3.1 心理护理 以信任和尊重的方式同患者及家属进行交流,耐心细致与其沟通,讲解手术方法、目的以及术后效果,重点说明手术治疗的必要性及围手术期注意事项等,介绍同类患者的康复经验,使其产生安全感,树立信心和勇气,积极配合治疗。

1.3.2 病情观察 监测患者的全身情况(如意识、体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度、血气分析、尿量等)及患肢局部情况(如手术切口部位敷料包扎和渗血状况、肢体远端血循环、动度和感觉、皮肤颜色、温度及肿胀、疼痛等)。输液过程中控制输液滴速,避免短时间输入大量液体引起心衰及肺水肿。

1.3.3 疼痛的护理 术前翻身易引起骨折部位移位导致疼痛加剧[2]。可用三人翻身法:一人立于床尾牵拉患肢,一人分别将手伸入患者的肩和背下,另一人将手伸入臀和肢下同时用力翻转,保持躯干、臀、患肢在同一轴线,防止旋转骨折部位而加重疼痛和并发症发生。

1.3.4 并发症的预防及护理 协助患者半卧位,嘱其深呼吸训练,做扩胸运动,吹气球或水泡,以提高心肺的顺应性。指导和督促患者用力有效咳嗽、咳痰,并鼓励多变动体位、翻身叩背,痰液黏稠者给予喷射雾化吸入以稀释痰液或口服祛痰合剂等,以促使其将痰液自行咳出[3]。对有老年慢性支气管炎患者,密切观察生命体征,在上述措施基础上,遵医嘱适当应用抗生素。多吃高蛋白、高维生素、高钙、粗纤维及果胶成分丰富易消化的食物,以提高身体的抵抗力。术后患肢保持外展中立位,穿"丁"字鞋防止髋内翻,将患肢抬高促进静脉回流,垫枕不宜过硬。鼓励患者早期活动足趾和踝关节,主动行股四头肌等长收缩运动。根据病情运用体外反搏治疗仪进行被动运动。鼓励多饮水,进食清淡易消化食物以降低血液粘稠度。多食粗纤维食物,多吃水果和香蕉,也可饮蜂蜜水,定时按摩腹部促进肠蠕动,防止便秘。减少因宿便使乙状结肠膨隆,压迫左髂总静脉,使回心血流滞缓,导致下肢深静脉血栓。鼓励患者多饮水,每日饮水量 1 500 ~ 2 500 mL,每日尿量保持在 1 500 mL 以上,达到生理性冲洗,促进细菌的排出,有效预防泌尿系感染和结石。其次,早晚行会阴护理,保持会阴部清洁。对留置尿管患者,每日用碘伏擦洗或温开水冲洗尿道口,必要时用洗必泰或呋喃西林液冲洗膀胱[4]。

1.3.5 腹胀和便秘的预防 因饮水量减少及不习惯床上排便和卧床后活动减少,胃肠蠕动减缓从而出现便秘。故而指导患者多饮水,多食水果、蔬菜等。指导患者行腹部按摩,按摩方向由右下腹 - 右上腹 - 左上腹 - 左下腹顺时针方向。必要时给予复方聚乙二醇电解质散(舒泰清或恒康正清)或番泻叶。由于老年人饮食摄入少,肾功能降低和胃肠功能紊乱等原因,容易发生脱水和电解质紊乱,尤其以低血钾常见,应审慎及时给予补钾。

1.4 功能锻炼

1.4.1 阶段性功能锻炼 功能的锻炼主要分为 3 个阶段:①早期功能锻炼。即骨折后 1 ~ 2 周有计划地进行踝关节背

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406040
[收稿日期] 2014-07-12 [修回日期] 2014-08-01

屈、跖屈运动,足趾的屈、伸活动,股四头肌的静力性收缩运动;指导患者臀肌及腰背肌锻炼,如用双肘或双手、健腿 3 点支撑抬高臀部 10 s 左右,缓慢放下,坚持做 15 次,每天三餐后 30 min进行。②中期功能锻炼。2 ~ 9 周内在原来的基础之上增加邻近关节的活动,但动作应当缓慢,幅度由小至大,循序渐进;③后期功能锻炼。在骨折 2 ~ 3 个月左右,开始逐渐进行屈髋屈膝练习。骨骼愈合满意后,可扶拐下地。

1.4.2 扶拐锻炼 拐杖的使用原则,拐的高度以患者站立时拐杖距腋下 5 ~ 10 cm 为宜,使用时患者保持身体平衡,拐杖与肩同宽,扶拐用力点在手把上,抬头挺胸,拐杖每向前迈一步的距离不能超过正常的步态。出拐迈步时要先出拐后迈步;先迈患肢,后迈健肢。下地时先下健肢,上床时先上患肢,以防不稳跌倒。初次使用不可操之过急,要循序渐进。3 个月内患肢不负重下地行走,注意有无头晕,加强保护谨防跌倒。

1.5 健康宣教

向患者及家属强调维持患肢正确体位是预防髋内翻的根本措施,使期充分重视,积极主动配合。在加强营养方面,告知患者钙是构成骨质的重要物质,维生素 D 可促进钙吸收与骨形成。因此鼓励患者补充钙质,多食用牛奶及奶制品、豆类等含钙较多的食品。同时多晒太阳以增加骨密度。嘱患者主动戒烟,少饮酒。加强功能锻炼,增强体质,防止再骨折。

2 结果

经 PCCP 治疗的患者手术时间短、术中出血量少、术后血红蛋白变化小、平均住院时间短。116 例患者中有 1 例 82 岁的男性患者,并发呼吸衰竭,送入 ICU 抢救后恢复良好,2 年后手术取出内固定。1 例 76 岁女性患者并发双下肢深静脉血栓,行双下肢深静脉顺行造影术加下腔静脉滤器植入术,术后恢复良好,未出现栓塞并发症。本组无 1 例出现护理并发症。

3 讨论

随着社会经济与生活水平的提高,人口老龄化的问题日渐突出。股骨粗隆间骨折已成为老年人最常见的骨折之一。有研究表明,到 2050 年,全世界股骨近端骨折数量估计将会达到 630 万,其中与股骨粗隆间骨折相关的将占到 50%[5]。由此可见,快速提高股骨粗隆间骨折治疗技术与护理质量是十分重要的,尤其对于股骨粗隆间骨折老年患者的护理,要更具科学性、个体性以及前瞻性,这是由老年人的心理特点和生理特点所决定。老年患者由于机体生理机能下降,意外受伤导致卧床和肉体上的痛苦折磨,他们大多数文化程度又相对较低,对疾病往往认识不足,担心给家人带来麻烦及经济负担,常易自责,极易出现焦虑、恐惧、甚至绝望等负性情绪。老年患者常合并有心、肺、肾、脑等诸多内科基础疾病,手术麻醉应激易引起合并疾病的病情发生变化。他们在围手术期存在机体顺应性差、病情相对复杂且变化快、并发症多等诸多风险。

针对老年股骨粗隆间骨折患者的特点,我们在临床实践中给予老年患者全面的、细致化护理,护理过程中的几个侧重点需注意:①重视并发症的预见性护理。深静脉血栓是术后严重并发症之一,我国深静脉血栓的发生率为 47.7%,而 80% 下肢深静脉血栓发生在左下肢[6],其病因为血流缓慢、静脉壁损伤和血液高凝状态,术后 DTV 的病因又具有综合性,除手术创伤导致血液高凝状态、麻醉引起血流缓慢,伤肢疼痛造成下肢活动受限等均可导致老年患者术后容易发生深静脉血栓,甚至肺栓塞,危及生命。60 岁以上的老年人脑血栓形成的患病率最高,因此适当应用血管扩张剂,如低分子右旋糖酐和抑制血小板凝集药物如肠溶阿司匹林等。对有高危因素的患者尽早采取物理或药物干预。同时注意加强对肢体肿胀、肤色、温度、浅静脉充盈及感觉的观察,发现异常及时报告医生。②重视围手术期疼痛的有效护理。术后疼痛常常给患者带来巨大痛苦,易引起心肺功能改变、胃肠道反应、内分泌改变、机体血液高凝状态等,造成心肌耗氧增加、肺不张、深静脉血栓或肺栓塞、呕心呕吐等高发,导致机体生理机能下降,不利于伤口愈合[4]。因此,围手术期积极给予镇痛剂。采用的疼痛控制方案是超前镇痛、多模式镇痛和阶梯式镇痛,即联合应用两种不同作用机制的镇痛药,发挥它们的协同或相加作用,降低单一用物的剂量和副作用,减少患者对镇痛药的耐受性、缩短起效时间和延长镇痛效果。针对不同患者对疼痛和镇痛药物反应的个体差异,提供个体化的镇痛方案[7]。③重视功能训练。早期功能锻炼可有效预防并发症的发生,并且是快速康复的重要一环。但是,由于老年人骨质疏松,术后过早负重髋关节易发生髋内翻或股骨头颈切割,因此,应指导患者进行正确的、循序渐进的功能锻炼,才能够有效促进功能尽快恢复。另外,对老年人要持续进行心理疏导,让其坦然接受现实;注意纠正老年人的生活习惯,尽量不吸烟、不饮酒,以避免骨量减少,发生成骨细胞功能下降,影响骨愈合。

综上所述,本组研究术前侧重于患者身心调整,让患者积极配合治疗,并充分发挥预见性护理的优势,规避可能发生的医疗护理风险和安全隐患,术后则侧重于并发症的预防、基础伴发病的护理以及术后功能训练,使 116 例 61 岁以上股骨粗隆间骨折患者的护理效果显著,护理经验值得临床借鉴。

[参考文献]

[1] 沈 杰,黄 强,谢 肇,等. 经皮加压钢板与动力髋螺钉治疗老年股骨粗隆间骨折的对照研究[J]. 第三军医大学学报,2013,35(19):2095 - 2100.

[2] 赖宇锐. PCCP 在股骨粗隆间骨折中的应用[J]. 浙江临床医学,2011,13(1):46 - 48.

[3] 朱 苗. 康复护理对改善老年股骨粗隆间骨折患者内固定术预后的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(24):43 - 44.

[4] 沈红芳,姬强明. 老年股骨粗隆间骨折的术后护理[J]. 护士进修杂志,2014,8(1):77 - 79.

[5] 张宇明,郝永壮,高 刚. 股骨粗隆间骨折内固定系统研究进展[J]. 实用骨科杂志,2014,20(3):243 - 246.

[6] 周 钢,陈鸿奋,王富民,等. 髋臼骨折术后并发症的荟萃分析[J]. 中华创伤骨科杂志,2013,15(8):653 - 659.

[7] 徐建国. 疼痛药物治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 264 - 276.

(编辑:左艳芳)