人工全髋关节置换术围手术期护理

马 玲 (船山区人民医院骨科,四川 遂宁 629000)

[关键词] 髋关节置换术;围手术期;护理
[中图分类号] R681.6;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)01-0065-01

全髋关节置换术是采用金属及高分子聚乙烯材料模拟人体髋关节,用以替代严重受损的关节,从而恢复关节功能的一种重建手术。自2004年1月至2008年12月,我院对38例患者实施了人工全髋关节置换术,经过精心的护理均达到了预期手术效果,现将围手术期的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组38例,男20例,女18例,年龄48~76岁,平均65.3岁。除1例因术后摄片时搬动不当造成髋臼脱位而再次手术复位,其余术后均取得良好效果。

2 护理

2.1 术前护理

术前应针对患者的不同心理状况,注重情志护理,通过图片、文字资料及成功病例等使他们了解疾病相关知识,向其讲述手术治疗的优点,还可介绍权威医生的情况,以增加患者的信心[1]。术前进行全面检查,包括三大常规、凝血时间、血糖、肝肾功能、心电图,年龄较大者需做肺功能检查。要求患者术前1周停止吸烟、喝酒。糖尿病患者应将血糖控制在7.0 mmol/L以下。术前3 d训练床上大小便,并教会其有效咳嗽、咳痰,术前1 d进行术区皮肤准备,保护手术区皮肤完整性,术前1~3 d预防性应用抗生素[2]。术前晚必要时给予镇静药以减轻紧张,保证充足睡眠。术前12 h禁食,给予清洁灌肠。

2.2 术后护理

术后应严密观察患者的生命体征和病情变化。术后24 h予以心电监护,去枕平卧,严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度,保持呼吸道通畅,必要时吸氧。根据病情严格计划和控制输液滴速,防止心力衰竭发生。严密观察尿量,保证尿量不少于30 mL/h,不足此量应及时报告医生。

术后抬高患肢,外展30°中立位,患肢可用皮牵引或穿丁字鞋。两大腿间可放置软枕,避免过度屈曲、内旋、内收、外旋,翻身侧卧时仰向健侧,保持髋部和膝部在同一水平线上并在两腿间置大枕头,以防术后脱位。常规放置引流,注意保持引流管通畅,引流负压不宜过大,严禁引流液倒流,观察并记录引流液的颜色、数量和性质。持续引流48~72 h,引流液少于50 mL时即可拔除引流管。主动评估患者的疼痛程度并实施针对性护理措施,预防性给予镇痛剂。加强营养供给,给予高蛋白、高维生素、高钙、低脂、易消化的食物。

[收稿日期] 2009-10-18 [修回日期] 2009-11-25

3 术后并发症的预防

下肢深静脉栓塞是人工全髋关节置换术后常见的,也是最严重的并发症。术后应注意观察患者神志、肢体活动,以及患肢肿胀、疼痛、颜色、温度,周围静脉充盈度、足背动脉搏动情况[3]。指导并鼓励患者做踝关节的背伸、跖屈、旋转运动及股四头肌的静力性等长收缩运动,促进下肢静脉回流,必要时使用抗凝药物。预防术后感染是全髋关节置换术成功的关键。术前使用抗生素可降低感染率。术后保持伤口敷料干燥、清洁,渗出较多时应及时更换。定时拍背,鼓励患者深呼吸、咳嗽、咯痰,必要时给予雾化吸入。留置尿管应保持通畅并定时开放,鼓励患者多饮水,同时加强对受压皮肤的护理。

4 功能锻炼及出院指导

向患者反复强调术后功能锻炼的重要性,使其认识到只有早期进行功能锻炼,才能取得较好的手术效果,最大限度地争取到患者的积极配合。术后麻醉失效后,即可指导患者进行股四头肌等长收缩和踝关节活动,以促进血液循环,预防肌肉萎缩和深静脉血栓形成。练习肌肉应遵循先小腿,后大腿,再臀部的原则。术后3~4 d可在医生护士指导下被动活动髋关节数次,为下地负重做准备,但应避免过度屈曲、内收、内旋而造成髋关节脱位。术后1周可在床上进行直腿抬高训练,伸直膝关节,跖屈踝关节,足跟离床20 cm,空中停顿5~10 s后放松,如此循环。术后2周可扶拐行走,行走时患肢始终保持外展30°,护士或家属应在旁协助以防摔倒。先用双拐再用单拐,使用单拐时握在健侧手中,上楼时先用健肢,下楼时先用患肢,要避免屈髋大于90°[4]。

术后3~6周大多数患者可恢复轻微的日常活动,避免干重活及剧烈运动。手术后即使一切正常,也应45~60 d复查一次,如关节局部出现红、肿、痛及其它不适应及时复诊。

[参考文献]

[1] 崔 伟,张 竞.人工跖趾关节置换术的围手术期护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(3):25-26.
[2] 戴 路.全髋关节置换术患者围手术期的健康教育[J].局解手术学杂志,2008,17(5):358.
[3] 韦永鲜,李小娥.人工全髋关节置换术围手术期护理干预[J].局解手术学杂志,2006,15(6):420.
[4] 桑 晶.人工髋关节置换术患者围手术期的康复指导[J].护士进修杂志,2008,23(15):1435-1436.

(编辑:雷 艳)