维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第6期
J Regional Anst & OPerative Surg, 2006, Vol.15, No.6

人工全髋关节置换术围手术期护理干预

韦永鲜,李小娥 (百色市人民医院骨科,广西 百色 533000)

[关键词] 护理;围手术期;人工全髋关节置换术
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0420-01

人工全髋关节置换术(THR)是近10年发展很快的矫形手术,是目前治疗股骨头缺血性坏死、老年人股骨颈骨折等最有效的方法[1]。而手术效果是否理想,不仅仅取决于手术本身的成功,术前、术后的护理干预也至关重要。我院自1996年7月至2005年月7月共施行人工全髋置换术83例,效果满意,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组83例,其中男49例,女34例;年龄45~86岁,平均63岁。陈旧性股骨骨折35例,股骨头无菌性坏死48例。治疗效果按Harri评定,优:63例,良:20例,优良率达100%。2例术后出现假体脱位,经麻醉下手法复位治愈。

2 术前护理干预

2.1 心理护理

人工关节置换术是新开展的手术方法,患者对手术相关知识了解甚少,担心手术失败加重病情,易产生焦虑和紧张情绪。针对患者的心理反应,向患者详细讲解有关本手术的特点及术后配合的重要性,使其对手术有初步的认识,并请成功手术者介绍经验,增强患者的信心,使其有充分的思想准备,以克服术后的困难与不足。

2.2 牵引护理

对陈旧性股骨颈骨折、大转子上移明显患者,术前应行骨牵引,使髋部周围软组织松弛、大转子下移,有利于术中操作和术后患肢功能恢复[2]。牵引过程中注意保持有效牵引,观察患肢血液循环和肢体活动情况,保护患肢皮肤,避免压疮,并指导患者行足趾活动、踝关节伸屈运动。无需牵引者指导练习股四头肌舒缩锻炼和膝关节、踝关节的屈伸锻炼,以扩大关节活动度,增强肌力,防止膝关节僵直,为术后下床活动作好准备。指导患者练习股四头肌舒缩锻炼以及为防止术后假体脱位应采取的正确体位,教会助行器、拐杖的使用方法,训练床上大小便,练习深呼吸。

3 术后护理干预

3.1 生命体征的观察

人工全髋关节置换术,因解剖位置深,手术难度大,术中出血多,且患者多为老年人,全身脏器多存在潜在性病变或术前就患有高血压、心脏病等疾病,手术创伤可诱发潜在疾病或加重原有疾病,严重者甚至危及生命。术后严密监测生命体征的变化,警惕术后意外情况发生。本组11例术后出现不同程度的血压下降,经调整输液速度及输血治疗,均在30 min内血压回升;1例术后第3天,血压升高,健侧肢体活动障碍,诊断为脑出血,因发现及时,并进行了相应的治疗,避免了严重后果。

3.2 预防髋关节脱位

保持正确体位是防止髋关节脱位的重要措施。平卧时患肢外展中立位,以保证人工股骨头位于髋臼内,为避免患者不自觉移动肢体致髋关节内收,采取在两腿间放置梯型垫、使用皮牵引、穿防内旋鞋制动等,效果良好;三个月内禁患侧卧位,健侧卧位时,两腿间须放置20 cm软枕隔开。在搬动患者、使用便器等操作时,应避免患侧髋关节内收、外旋;坐位、功能锻炼以及任何日常活动屈髋均应≤90°,以防止股骨头假体脱位。本组1例由于一时疏忽坐矮凳在试图站立时髋关节脱位;1例在功能锻炼过程中髋关节脱出,原因是过度屈髋。2例均在麻醉下手法复位后痊愈。

3.3 预防下肢深静脉血栓形成

手术应激性反应、制动等原因易诱发深静脉血栓形成。适当提高患肢以利静脉回流;行足趾、踝关节的屈伸运动,以减少静脉凝滞;对高危人群可行预防性抗凝治疗;注意观察患肢皮肤颜色、温度、肿胀情况及有无异常感觉,及时发现血栓形成迹象,及时处理。血栓一旦形成,应卧床休息,暂停患肢功能锻炼、避免静脉压增高,栓子脱落并发肺栓塞。

3.4 康复训练

康复训练是术后的重要环节,目的是提高患肢肌力,恢复髋关节活动度。术后第1天行足趾、踝关节的屈伸运动,术后第2天行股四头肌舒缩活动,以保持关节稳定性和肌肉张力;术后第3-5天起,用下肢关节康复器进行髋、膝关节功能锻炼,以提高关节活动度,进一步提高肌力;术后1~2周可以练习坐起;步行练习取决于假体类型、手术操作和体力恢复情况。骨水泥固定牢靠,下床时间可适当提前。手术后3个月内须使用拐杖或助行器,60岁以上的老年患者建议终生使用拐杖。

[参考文献]

[1] 赵友娟,吴红艳.生物固定型全髋关节置换术的手术配合[J].护理学杂志,1999,14(6):344-345.
[2] 兰玉平,殷光义,汤 全,等.人工髋关节置换治疗老年股骨颈骨折[J].四川医学,2002,23(8):773-774.

[收稿日期] 2006-06-20 [修回日期] 2006-09-04
(编辑:兰阳军)