维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2004年第13卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 4

·个案与短篇·

# 46例人工髋关节置换术后护理体会

王虎兰，王秀珍
（新疆兵团奎屯医院骨科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 人工髋关节；置换；护理
[中图分类号] R687.4 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2004)04-0280-01

人工髋关节置换术是一种较为有效的关节成形术，其目的是在一定程度上恢复病人的关节活动功能及解除患部疼痛，从而改善病人的自理能力。我院骨科自2000年3月至2003年12月共对46例患者施行了手术，除一例手术失败外，其余均未发生任何并发症，关节功能得到了良好的恢复。现将护理体会报告如下。

## 1 临床资料

本组46例患者，年龄52～84岁。人工髋关节置换术27例，人工股骨头置换术19例。男27例，女19例。

## 2 术后护理

### 2.1 麻醉后护理

硬膜外麻醉要平卧4～6 h，全麻尚未清醒前，病人头偏向一侧，应防止口腔内呕吐物或分泌物吸入气管引起吸入性肺炎；保持呼吸道通畅，防止舌根后坠发生窒息；注意保暖，避免意外损伤；密切观察生命体征变化，预防出血和休克。

### 2.2 术后体位与制动

术后保持患肢外展中立位，制动一周，维持关节功能位，对于不需要牵引的病人，保持正确的体位，做到“三防”：一防过度屈曲和伸直，术后在膝关节下垫一软垫；二防内旋，术后穿防旋鞋或矫正鞋，保持外展30°中立位；三防内收，两下肢间放一软枕，肢体外展位，防健侧肢体近患肢而过度内收。

### 2.3 创口负压引流管的护理

该手术暴露广泛，术后渗血较多，必须行创腔持续负压引流，保持引流通畅，吸出渗出液，密切观察引流液的量、色，若引流量多，且鲜红，则及时报告医师，术后若引流量小于50 ml/d，则拔引流管，以促伤口愈合。

### 2.4 术后并发症的预防

2.4.1 感染 术后感染是人工髋关节置换术的严重并发症。为防止感染，术后应保持引流管充分引流，防止扭曲，受压，血液瘀滞引起感染。敷料有渗血或渗液时，应及时更换，保持切口干燥，换药时严格无菌操作，防止交叉感染。注意观察局部有无红肿，疼痛等急性炎症表现，观察体温变化，如术后体温升高，3 d后切口疼痛未减轻，反而有加重趋势，提示有感染的可能，应及时查明原因处理。

2.4.2 防止人工髋关节脱位 嘱咐病人保持髋关节姿势正确，严格按医嘱进行功能锻炼及活动，不能将双腿在膝部交叉放置，不能坐小矮凳、不能蹲、不能盘腿，以免髋关节过度内收或前屈而造成脱位。

2.4.3 防止骨折 由于搬运不当或锻炼行走时护理不当、摔倒、扭折易造成螺旋骨折及金属柄折断，所以在搬运和功能锻炼时应特别小心。

2.4.4 预防肺栓塞 术中因对残留的股骨颈进行修整，以便安装不锈钢股骨头假体时，骨髓内的大量脂肪被挤入损伤的组织血管内，经血循环带到肺部形成肺栓塞。因此，如发现病人胸闷、咳嗽、呼吸困难、脉率增快、双肺闻及广泛性湿罗音，甚至呼吸衰竭表现时，应立即通知医生，并采取积极抢救措施。

2.4.5 预防髂静脉血栓形成 患者长时间处于不动位置，导致下肢静脉血流缓慢，从而有可能导致髂静脉血栓形成。因此，除鼓励病人早期进行有关肌肉和关节的功能锻炼外，同时密切观察肢体情况，如发现下肢肿胀，肢端温度降低，发紫或发绀，疼痛等，应立即报告医师以便采取措施。

## 3 康复性功能锻炼

术后情况平稳即可开始在床进行股四头肌等收缩锻炼，术后当日即可开始足跖屈、背屈等活动。术后2～3周内应嘱病人坐卧交替活动，并练习髋部外展、内收活动，膝关节屈伸活动，为下床打基础，但禁止直腿抬高活动应注意活动限度，预防损伤和脱位。术后3～4周教会病人运用拐杖下地，练习持重，逐渐增加负重量，感到疲劳疼痛时可适当减少活动，下地行走时应注意保护，防止跌倒摔伤。上床休息时，需要特别注意角度，髋关节屈曲20°，膝关节屈曲30°，患肢略抬高，以促进静脉回流，减轻肿胀。

## 4 出院指导

定期复查，嘱病人坚持正确的功能锻炼，循序渐进地增加活动量、活动时间、活动范围，防止关节肿胀，疼痛，髋臼破损，假体松动，关节脱位。可从事日常家务劳动，避免干重活及剧烈的体育运动，注意做到“三不”：不负重、不做盘腿动作，不做矮板凳，即屈髋小于90°。

[收稿日期]2004-03-15 [修回日期] 2004-04-23

（编辑：左艳芳）