

处,因为碘酊具有杀灭窗口周围的致病微生物和破坏生物毒素的作用^[2]。局部冷敷也可止痛,减慢毒素吸收。及时更换清洁干燥、柔软棉质衣裤,同时修剪指甲,防止抓伤皮肤引起感染。

2.2 多脏器功能观察和护理 密切观察病情变化,预防各种并发症发生。本组均有肝、肾、心及消化道损害,尤其肝肾最为突出。严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、心率、意识、瞳孔的变化,及时了解溶血、消化道出血和心、肝、肾功能损害程度和进程,发现异常及时报告医生,积极对症处理。认真观察浮肿消退情况,每日或隔日称体质量,准确记录 24 h 尿量,必要时行保留导尿,在监测尿量同时,必须注意观察尿液的颜色、透明度及密度。仔细观察呕吐物及大便颜色、性状及量,及时发现消化道出血对症处理。

2.3 透析的护理 早期透析或预防性透析能有效地清除蜂毒成分及其代谢产物,还能降低多器官功能衰竭等致死性并发症的发生率^[3],是马蜂蛰伤中毒治疗的最有效的方法之一。向患者解释血液透析的目的、重要性、并发症及治疗方法、注意事项,取得患者配合。协助患者透析前后测量体质量。严格遵守无菌操作,按照血液透析常规,迅速建立血管通路^[4]。透析期间严密观察透析机监视系统及患者生命体征,持续心电监护,严防透析并发症的发生,并作好记录。血液透析结束后应加强穿刺点的压迫护理,观察有无出血。本组有 15 例行血液透析治疗。

2.4 加强基础护理 认真落实生活护理,每日更换氧气鼻导管,温水擦浴,清洁皮肤,修剪指甲;恶心、呕吐者做好口腔护理,每日 2 次;保留尿管者加强尿管的护理,每日更换引流袋及行尿道口护理 2 次;及时整理床单,保持被单清洁干燥,勤换衣裤,防止皮肤感染;长期卧床者,协助翻身拍背,防止压疮的

发生。

2.5 饮食护理 病情许可,给予清淡易消化低盐、高维生素、低脂优质蛋白饮食,避免进食植物蛋白(如豆类食物)。心功能衰竭、肾功能损害、水肿、少尿甚至无尿者,严格控制水和盐的摄入。多尿期给予足够热量和维生素,蛋白质可以逐日加量,恢复期进食高热量、高蛋白、高维生素饮食^[5]。

2.6 心理护理 加强护患沟通,给患者做好相关健康教育指导,消除紧张恐惧等不良心理反应,多鼓励患者,引导患者积极配合治疗和护理^[6],树立战胜疾病的信心。

参考文献

[1] 朱朝阳. 53 例马蜂蛰伤中毒临床分析[J]. 现代诊断与治疗, 2008, 19(4): 247-248.

[2] 单宗英, 雷根梅, 李金兰, 等. 42 例毒蜂蛰伤患者的急救与护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(5): 353.

[3] 周平, 朱旭光. 蜂蛰伤死亡原因床分析及救治体会[J]. 中华急诊医学杂志, 2001, 10(4): 276-277.

[4] 梅长林, 叶朝阳, 赵学智. 实用透析手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 667.

[5] 谢文雅, 杜飞. 急性蜂中毒 8 例的急救与护理[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 17(8): 4188.

[6] 侯青梅, 吴慧萍. 3 例小儿肾挫伤应用高选择性肾动脉分支栓塞术治疗的观察与护理[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(12): 1063.

(收稿日期: 2010-04-25)

38 例人工全髋关节置换术的康复护理

黄利花(广西壮族自治区南宁市马山县人民医院外科 530600)

【摘要】 目的 探讨对全髋关节置换术术前康复指导及术后的康复护理。**方法** 回顾性分析 38 例人工全髋关节置换术患者的临床资料。**结果** 本组患者均手术顺利, 术后未发生并发症; 随访时间 1~2 年, 功能恢复、无骨折不愈合、畸形及假体松动。**结论** 加强人工全髋关节置换术患者的术前康复指导及术后功能训练是手术成功的保证。

【关键词】 髋关节置换术; 护理; 康复训练
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 23. 059

中图分类号: R473. 3 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)23-2657-02

人工全髋关节置换术目前已广泛应用于老年性股骨颈骨折、股骨头缺血坏死、肿瘤等, 是疗效确切的手术, 它能有效解除关节疼痛、纠正畸形, 改善关节功能。对 38 例人工全髋关节置换术患者实施一系列康复训练, 取得了良好效果, 报道如下。

1 临床资料

38 例人工全髋关节置换术患者中, 男 27 例; 女 11 例; 年龄 58~80 岁, 平均 69 岁; 股骨颈骨折 12 例, 股骨转子间骨折 10 例, 股骨头坏死 9 例, 强直性脊柱炎 4 例, 髋关节结核 2 例, 肿瘤 1 例。经过精心治疗和护理, 全部治愈康复出院, 住院 12~25 d, 从住院到出院进行系统的康复训练, 部分在家按指导训练, 另一些在门诊进行康复训练。随访 1~2 年, 功能恢复、未见骨折不愈合、畸形及假体松动。

2 护 理

2.1 心理康复指导 本组病例患者均饱受疾病的折磨, 有较

强的恢复肢体功能的欲望, 且希望“刀到病除”, 故手术前后较多出现两种情况: 一是急于求成, 锻炼进度盲目超前并随意活动; 二是过于谨慎, 担心活动后致手术失败。故手术前后应注意详细了解患者的心态反应, 一方面鼓励患者增强康复的信心; 另一方面介绍康复训练的目的、方法及注意事项。对急于求成者指导其掌握合适的锻炼方法, 循序渐进, 量力而行; 对过于谨慎者则设法消除其疑虑, 鼓励并帮助其进行锻炼, 最终使所有患者均以良好的心理状态进行康复训练。

2.2 术前康复训练 目的是使患者预先掌握功能锻炼的方法并明确注意事项。

2.2.1 体位指导 向患者说明术后为防假体脱位应采取正确的体位。可平卧或半卧位, 但患髋屈曲小于 45°, 不侧卧, 患髋处于外展中立位, 两腿间放置软枕, 防止内收内旋位, 必要时给予皮牵引或穿丁字鞋固定, 以保持足尖向上达到制动目的。将

患者安排至有床上拉手的病床。

2.2.2 训练引体向上运动 平卧或半卧,患肢外展中立,健侧下肢屈膝支撑于床面,双手吊住拉环,使身体整个抬高,臀部离床,停顿 5~10 s 后放下。这样可防止臀部长期受压形成压疮^[2]。

2.2.3 指导下肢肌锻炼方法 股四头肌收缩训练:踝关节背屈绷紧腿部肌肉,尽量伸直膝关节,保持 5~10 s 后放松,再绷紧-放松,以此循环。等张收缩训练:做直腿抬高、小范围的屈膝屈髋活动,小腿下垂床边的踢腿练习。直腿抬高时要求足跟离床 20 cm、空中停顿 5~10 s 后放松。其目的是恢复股四头肌的功能,增加腿部力量,为下地行走做准备。

2.2.4 关节活动训练 指导其健肢、患肢的足趾及踝关节充分活动,患肢屈膝屈髋时,髋关节屈曲度小于 45°,并避免患髋内收、内旋。

2.2.5 训练床上排便 目的是防止术后因体位不习惯而引起尿滞留及便秘。注意放置便盆时,臀部抬起足够高度并避免患肢的外旋及内收动作。给女患者使用特制的女式尿壶以避免过多使用便盆,增加髋部运动。

2.2.6 指导正确使用拐杖 准备合适的双杖,使拐杖的高度及中部把手与患者的身高臂长相适宜,拐杖底端配橡胶装置(防滑),拐杖的顶端用软垫包裹(减少对腋窝的直接压力),对术前能行走者训练其掌握使用方法,练习利用双杖和健腿的支撑站立,以及在患肢不负重状态下的行走。

2.3 术后康复护理^[1-3]

2.3.1 床上功能锻炼 手术当天避免过多活动,搬动时小心抬起臀部,注意合适体位,防假体脱位及伤口出血。给予臀部垫气圈或海绵垫、水垫等。每 2 h 1 次帮助抬臀、按摩以防褥疮发生。术后第 1 天,因术后疼痛或畏痛,多数患者对患肢活动有恐惧感,在给予患者有效的药物止痛后,可帮助其被动活动,如腿部肌肉的按摩、踝关节和膝关节的被动活动、上身及臀部做引体向上运动等,1~2 次/小时。同时指导进行深呼吸、有效咳嗽和排痰,给予叩背 5~10 次/小时。术后第 2 天开始,继续每天多次深呼吸、叩背,并加强腿部肌肉的等长和等张收缩训练及关节活动,上下午及睡前各锻炼 20~30 min,引体向上运动 3~4 次/小时并尽量独立完成。以恢复上肢的力量,便于术后能较好地使用拐杖。注意运动量由小到大,活动时间由短到长,所有的床上活动均在患肢外展中立位的状态下进行。

2.3.2 离床功能锻炼 于术后 5~7 d 病情平稳后开始进行,在此之前逐渐延长半卧位时间为离床做准备。大多数患者 5 d 后伤口疼痛基本消失,可以鼓励患者早期下地站立。下床方法:患肢先移至健侧床边,健侧腿先离床并使脚着地,患肢外展、由他人协助抬起上身使患侧腿离床并使脚着地,再凭双拐杖站起。上床时按相反顺序进行。离床活动第 1 天,床边凭双拐杖站立 5~10 min(视各人体力情况而定),无不适时健侧和拐

杖支撑身体质量,迈小步围床行走;离床活动第 2 天,可凭双拐在病室内行走,步行距离逐渐延长,时间逐渐增加,但每次不超过 30 min,上下午各 1 次,行走时患肢始终保持外展 30°左右,并不负重,护士或家属在旁边守护以防意外。

2.3.3 自理能力训练 鼓励患者在床上进行力所能及的自理活动,如洗脸、梳头、更衣、进食等。离床活动后即训练站立状态下的活动,以增进食欲,改善自理质量,增强自信,促进机能康复。

2.4 出院健康指导 因术后恢复期较长,出院后的自行康复护理至关重要,应给予详细指导。

2.4.1 自行上、下床指导 出院前 2 天,指导患者在家属的协助下进行离床活动,并作动作演示,指导患者利用双上肢及健侧下肢的支撑自行上、下床的方法,以便出院后自理。

2.4.2 肌肉及关节活动训练及负重指导 按出院前训练方法在床上或站立时进行,逐渐增加训练时间及强度。患肢不负重,拄双杖行走,术后 3 个月患肢可逐渐负重,由双杖→单杖→弃杖,但必须避免屈髋下蹲。

2.4.3 日常生活指导 指导患者上下楼梯的方法,健肢先上,双拐和患肢再同时上楼,双拐和患肢同时先下,健肢再下;指导正确更衣:穿裤(先穿患侧后健侧)、穿袜(伸髋屈膝进行)、穿鞋(穿无需系鞋带的鞋);注意合理调节饮食,保证营养但避免体质量过度增加,戒烟戒酒。弃拐外出时使用手杖,这一方面是自我保护,另一方面也向周围人群作暗示,以防意外。

2.4.4 终身注意事项 无论站立或坐着,弯腰不要超过 90°;坐着或躺着时,避免双腿交叉(俗称二郎腿)或盘腿动作;转身时要整个身体转动,不要只转动上身;不要弯腰屈髋拾物,应使用延长杆或请人帮忙;椅、凳、沙发宜稍高,最好有靠背和扶手。大小便不宜用蹲厕,马桶也不宜太低,最好装有扶手,以利起身站立。

3 讨论

随着人工全髋关节置换术的广泛应用,术后康复日益受到重视。术前康复指导,术后进行细致的康复护理,能有效防止并发症,最大限度地恢复关节功能,提高生活质量。科学系统的术前康复指导及术后康复训练关系着手术治疗的成败。

参考文献

- [1] 李莉.人工全髋关节置换术前护理和术后康复护理[J].护理研究,2007,21(2):232-233.
- [2] 林慧玲.人工全髋关节置换术后体位及居家指导[J].护理研究,2005,19(8):1622-1623.
- [3] 袁华,任文秀,曾纪洲.全髋关节置换术后预防假体脱位的护理进展[J].护理研究,2007,21(9):2368-2369.

(收稿日期:2010-06-05)

(上接第 2651 页)

首先冷染色法不需进行加热这就简化了操作环节,这一步对大批量的标本检测尤为重要。冷染色法保留了结核分支杆菌的抗酸性,使菌体受色明显,经此法所染标本菌体为鲜红色,更易于发现与识别。且背景清晰,对比鲜明,使初学者容易掌握。从表 1 中可以看出,两种方法具有结果的完全一致性,无论是采用直接涂片或是浓缩集菌涂片检查,其阳性率相同,经 398 例培养阳性对照对比也证明此点。所以认为冷染色是一种比加温染色法更方便,适用性更强的一种染

色方法,值得推广。

参考文献

- [1] 崔杰,黄元桐.结核分支杆菌丙酮处理冷染色法[J].中华医学检验杂志,1989,11(1):44.
- [2] 许淑珍,闫东辉.加强结核分支杆菌的检验[J].中华检验医学杂志,2001,24(2):126.

(收稿日期:2010-06-16)