

骨科高龄手术患者的护理体会

李 敏,葛永琼,朱军玲,蒋文鑫(重庆市巴南区人民医院 401320)

【摘要】 目的 探讨骨科高龄手术患者的护理经验。**方法** 对巴南区人民医院 2010 年 47 例骨科高龄患者进行围术期护理,包括心理护理、生活护理、安全护理、预防并发症发生、术前护理、术后护理、指导早期下地等。**结果** 全部患者均成功手术,顺利康复,无并发症发生。**结论** 对骨科高龄手术患者实施全面、连续、规范的专业化整体护理是保证患者安全,促进患者康复的重要因素,降低了死亡率和致残率,提高了生存质量。

【关键词】 骨科; 高龄; 手术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.13.028 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)13-1590-02

随着人口的老齡化,骨科高龄患者逐年增多。如何做好高龄患者的围术期护理,已成为临床护理工作中急需解决的问题。本院骨科近 1 年来共收治 47 例高龄手术患者,经合理、有效的护理,均获良好康复,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

2010 年骨科共收治 80 岁以上老齡患者 47 例,年龄 80~100 岁,平均 88.7 岁。男 17 例,女 30 例。其中上肢骨折 3 例,股骨粗隆间骨折 6 例,胸腰椎压缩性骨折 15 例,股骨颈骨折 23 例。82%合并一种或多种慢性病。体质量最轻 27 kg,最重 95 kg。术后 87%第 2 天下地,最晚 14 d 下地。住院时间最短 4 d,最长 36 d。出院后随访大部分能生活自理。

2 护 理

2.1 体位 脊柱骨折取平卧位或侧卧位;上肢骨折用前臂吊带悬吊患肢于胸前;下肢骨折患肢取外展 15°~30°功能位。肢体下垫软枕或托马斯架,使之高于心脏水平,以利于静脉血液回流,减轻肿胀和疼痛^[1]。

2.2 搬运方法 胸腰椎骨折患者搬运时,采取平托法或滚动法,使脊柱与身体轴心线一致,严禁脊柱扭转屈曲;股骨骨折患者搬运时,应专人托扶患肢并略加牵引。严防搬运不当加重病情^[1]。

2.3 心理护理 针对老年人的心理特点,积极为患者进行心理疏导和健康教育。用成功的案例引导患者,对患者的疑问给予积极准确的回答,耐心听取患者的倾诉,满足其合理需求,消除心理负担和压力,同时与患者建立良好的护患关系,争取家属的理解与支持,使之处于接受治疗的最佳状态,最大限度地减少由于心理因素导致的治疗负效应^[2]。

2.4 生活护理 良好的生活护理对治疗可起到事半功倍的效果。患者的生活护理由经过专业训练的护士完成。一方面专业护士的科学照顾可防止损伤加重,减轻痛苦;能正确评估有些事情能够完成,哪些需要协助,不溺爱患者,促进恢复生活自理;可有效督导患者进行并发症的预防,减少并发症发生;降低陪护率,减少交叉感染。另一方面护士对吃、喝、拉、洗、动、静等方面进行协助,掌握精神、食欲、排泄、睡眠、活动、力量等全身功能变化情况,从而早期发现病情变化,早期进行处理,保证生命安全。生活护理的原则是自己能做,不影响疾病和安全的,鼓励自助。患者不能完成的生活需要,一律由护士协助完成。

2.5 安全护理 入院后仔细进行安全评估,将高危患者安排进入监护病房,给予 24 h 监护,详细向患者讲解安全知识,使其主动做好预防工作,协助患者打上床档,防止坠床,根据病情

选择合适体位,严防压疮及加重病情,并在床尾、厕所等地方挂上醒目标志,随时提醒大家注意安全;对重点患者(如精神异常、肢体部分瘫痪等)进行重点监控;对体弱、行走无力者行走时进行跟踪式监护;对烦躁者适当进行约束等以保证患者安全。

2.6 并发症的预防护理

2.6.1 预防坠积性肺炎和肺不张 定时深呼吸、有效咳嗽可将气管、支气管深部的分泌物及时排出,防止肺部感染。指导患者深呼吸、咳嗽,每小时 10 个,每天 100 个以上;吹气球可锻炼肺活量,维持正常呼吸功能,防止肺不张。鼓励患者每日 5 次以上,每次 5 min。护士按时检查,督促完成,做好记录。

2.6.2 预防下肢深静脉血栓 卧床期间督促患者行踝泵运动,每小时 10~20 个,每天 200 个以上。通过踝泵运动,使小腿肌肉收缩,将下肢血液挤回心脏。研究表明踝泵运动能使下肢血液回流速度比卧床休息时增快 1.5 倍,从而使下肢深静脉血栓发生率几乎降至零。

2.6.3 预防压疮 压疮会增加患者痛苦,增加感染机会。患者卧床期间护士应高度警惕,严格交接班,睡气垫床或翻身床,采取 30°侧卧或 30°半卧姿势,臀下垫软枕,积极指导患者床上活动,加强营养增强皮肤抵抗力,保持床铺清洁干燥,减少尿液、汗液对皮肤的刺激等以防止压疮发生。

2.6.4 预防泌尿系感染和结石 保持会阴部清洁,每日行会阴冲洗 2 次;饮水每日 2 000 mL 以上;导尿期间保持尿袋位置低于耻骨联合水平,防止逆行感染,每日消毒尿道口 2 次,每周更换尿管 1 次;密切观察尿液的颜色、性状、量,发现异常及时通知医生选用敏感抗菌药治疗。

2.7 术前护理 协助完成术前检查,特别是心、肝、肺、肾等重要脏器功能检查,手术部位相关检查,血液系统疾病筛查等;加强营养,给高热量、高蛋白、高维生素、高纤维素饮食,多饮水;注意保暖,避免受凉;术前戒烟,练习深呼吸、有效咳嗽;训练床上大小便;术前常规备皮;进行手术及麻醉相关知识宣教。

2.8 术后护理

2.8.1 保障生命体征稳定 术后给予特级护理,常规心电监护 24~72 h。生命体征稳定前,每 15 分钟观察神志、脉搏(P)、呼吸(R)、血氧饱和度(SPO₂),平稳后每 1 小时观察神志、P、R、SPO₂。每 4 小时测量体温。及时发现病情变化,及时进行处理,以保障患者生命安全。

2.8.2 专科护理 观察四肢血运、皮肤颜色、温度、感觉运动、肿胀、淤斑等情况,抬高患肢,下肢穿防旋鞋,两腿间夹软枕防止置换髋关节脱位。

2.8.3 疼痛护理 疼痛可致血压升高,心率增快,心律失常甚至心力衰竭;可影响食欲、睡眠进而影响全身健康。因此对疼痛应积极处理,凡数字评分法中疼痛评分大于 3 分或视觉模拟评分法中疼痛导致眉头皱起来了,不能再笑了,通知医生必须在 15 min 内进行止痛以增进舒适,减少疼痛引起的并发症。

2.8.4 管道护理

2.8.4.1 引流管 妥善固定,防止移位脱落;定时挤压引流管,保持引流管通畅,防止扭曲受压;观察引流液的颜色、性状、量,记录引流量,如引流量大于 100 mL/h 或大于 300 mL/24 h,及时通知医生处理。

2.8.4.2 氧气管 保持氧气管道装置通畅,防止漏气。遵医嘱调节氧流量,观察呼吸频率、节律、深度及氧饱和度变化,必要时使用呼吸机改善呼吸功能。

2.8.4.3 尿管 保持尿管通畅,定时夹闭与开放,观察尿液的颜色、性状、量,生命体征平稳前记每小时尿量,为医生诊治提供依据。

2.8.5 伤口护理 观察伤口有无渗血、渗液、红肿热痛、功能障碍,伤口敷料是否清洁、干燥、在位,如有异常及时报告医生处理。

2.8.6 饮食护理 听诊肠鸣音恢复后指导患者饮水 5 mL,10 min 之后 10 mL,再 10 min 20 mL,如此增加直至 50 mL 并观察 10 min 无恶心、呕吐,嘱患者进食稀饭(糖尿病除外)、咸菜、饮原味汇源果汁,术后 24 h 内指导患者进食清淡易消化食物。24 h 后即可加强营养,多食高热量、高蛋白、高钙、高维生素、高纤维素饮食如牛奶、鸡蛋、奶粉、乳鸽、鱼、鸡、新鲜蔬菜水果等,以增强机体抵抗力,促进伤口恢复。

3 指导早期下地活动

有报道上说,75 岁以上老年人卧床半年死亡率为 60%。

说明指导患者早期下地活动特别重要。通过评估,下肢手术达到坚强的内固定,生命体征平稳,有效镇痛,腹肌、腰背肌肌力正常,健肢肌力 4 级及以上,患肢肌力 3 级及以上条件时,于麻醉消失后即可下地站立或行走,下床前先固定各种导管,检查助行器是否完好,演示使用方法,调节合适高度,下地时医生、护士、康复师共同协助患者,对正确下地活动给予具体指导,并严密观察患者身体反应,及时处理紧急情况。随着病情、体力的恢复,逐渐增加活动次数、时间及强度。活动以不感到疲劳,不使患处疼痛为度^[3]。病情不允许下地时,专职康复护士指导督促患者早期进行床上功能训练。

4 讨 论

随着外科手术技能的发展,越来越多的高龄骨折老人可以通过手术恢复健康。本组患者手术前后经过全面、连续、规范的专业化整体护理,病情控制好,稳定快,恢复佳,未出现病情恶化现象,无并发症发生,平均住院日比 2008 年缩短 5 d。因此,科学、系统的护理显得日益重要,是确保手术成功,保证患者安全,促进患者康复的关键。

参考文献

[1] 朱桂兰. 脊柱骨折患者的护理体会[J]. 中国实用医药, 2011,6(1):164-165.
[2] 孙秀梅,李雪. 肝癌介入治疗中的专业化护理[J]. 现代医药卫生,2008,24(23):3586.
[3] 陆以佳. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999: 469.

(收稿日期:2011-04-27)

• 临床研究 •

超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血 62 例临床分析

程 波,吴 海,谈志辉,苏 俊(重庆市南川区人民医院神经科 408400)

【摘要】 目的 探讨超早期小骨窗开颅直视下治疗高血压脑出血的可行性及优点。**方法** 回顾性分析脑出血后 6~7 h 内超早期小骨窗开颅治疗高血压脑出血 62 例患者的手术经验。**结果** 术后 6 个月按日常生活活动分级,Ⅰ级 9 例,Ⅱ级 23 例,Ⅲ级 13 例,Ⅳ级 6 例,植物生存 3 例,死亡 8 例。**结论** 超早期小骨窗开颅血肿清除治疗高血压脑出血手术创伤小,时间短,能较迅速降低颅内压,直视下血肿清除彻底,止血确切,适用于皮层下和未形成脑疝的基底节区高血压脑出血的治疗。

【关键词】 高血压; 脑出血; 超早期; 小骨窗; 微创手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.13.029 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)13-1591-03

高血压脑出血是神经外科常见病和多发病之一,起病急,患者死亡率和致残率高。目前,微创手术已成为治疗高血压脑出血的发展方向。本院于 2007 年 10 月至 2010 年 5 月采用超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血 62 例,取得良好效果,现总结并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 62 例,男 33 例,女 29 例;年龄 42~82 岁,平均 59.4 岁。入院前均有高血压病史。出血部位:壳核 16 例,尾状核 12 例,外囊 11 例,内囊 7 例,丘脑 6 例,混合型血肿 10 例。其中破入脑室者 11 例。术前格拉斯哥昏迷评分(GCS)3~5 分 10 例,6~8 分 34 例,9~12 分 18 例。用多田氏

公式计算血肿量,其中 30~50 mL 22 例,50~80 mL 32 例,超过 80 mL 8 例,平均 63.4 mL。所有患者均在发病后 6~7 h 手术。

1.2 手术方法 所有手术都根据 CT 的影像学表现,制定手术方案。根据 CT 图像选择血肿量最大平面,以血肿距皮层最近处或非重要功能区为手术入路,作一头皮直切口,长约 5~6 cm,切开头皮至骨膜,用乳突牵开器牵开头皮显露颅骨,钻孔后扩大骨窗,或者钻孔后用铣刀开一类圆形骨窗,直径约 3~4 cm,放射状切开硬脑膜,选择经外侧裂或颞中回入路,在显微镜下分开蛛网膜,用脑穿刺针仔细穿刺血肿腔,有陈旧性血液溢出,沿穿刺道作长约 2 cm 皮层瘘口,切开脑岛皮质向深部达