

人工髋关节置换术患者的护理

廖 晖(四川省雅安市人民医院 625000)

【关键词】 人工髋关节置换; 术后并发症; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3067-02

人工髋关节置换术是用生物相容性和机械性能良好的人工材料置换因各种原因所破坏的髋关节(髋臼和股骨头),目的是缓解疼痛、矫正畸形、恢复关节功能。该手术的创伤大,出血量多,因此术后的护理极其重要。本院对 40 例患者行人工髋关节置换术,经过全科护理人员精心护理,术后无切口感染、压疮、肺部感染、深静脉血栓形成等并发症,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组患者 40 例,其中男 25 例,女 15 例,年龄 65~84 岁,平均 74 岁。其中行全髋关节置换术 32 例,半髋关节置换术 8 例。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者住院后生活环境及规律发生改变,加上骨折后的疼痛,出现焦虑、恐惧,担心费用过高,成为子女负担,怕得不到尊严,从而产生强烈的不良心理反应。护士在交谈时应注意语言艺术和沟通技巧。对高度紧张的患者,应多使用解释、鼓励性语言。还可邀请同病房做过同类手术的患者谈手术感受,并介绍他们在治疗、护理全过程中的配合经验和体会,用现身说法稳定患者情绪。注意交谈的态度和技巧,耐心倾听患者主诉,不要轻易打断他们的谈话,或表现出不愿听、不耐烦的情绪。根据患者不同的性别、职业、文化程度、性格和信仰等个体差异,结合患者的病情,以通俗易懂的语言,深入浅出地讲解和介绍疾病治疗的有关知识,并详细阐明手术在治疗中的必要性和重要性、麻醉的效果,以及术后可能留置多种引流管、导尿管等的目的和重要意义。耐心向患者及家属介绍手术方法、优点、手术者的技术及国内外手术成功率,提高患者对手术的信心,消除其疑惑^[1-2]。

2.1.2 术前准备 皮肤准备,术前 1 d 备皮,注意保护皮肤完整性。做常规抗生素皮试、备血、完善各项相关检查,做好术前宣教工作,告知患者术前 10 h 禁食、禁饮,术前避免受凉。并做好适应性训练,如床上大小便、助行器的使用方法等。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 术后给予心电监测,严密观察生命体征变化,做好记录。保持伤口敷料干燥,有渗出应通知医生及时更换。引流管保持通畅,防止扭曲、打折,注意勿让引流液倒流,注意观察引流液的量、色、性状,若量多、色鲜红要及时报告医生。

2.2.2 术后体位 正确的体位是防止人工假体脱位的重要因素。早期应平卧,两腿间置 T 形枕或患肢穿丁字鞋维持患肢的特殊体位,30°外展中立位,髋关节不能外旋内收,以防止脱位^[3]。

2.2.3 饮食护理 手术当晚让胃肠道休息,可进食清淡食物,少吃牛奶、鸡蛋等产气食物。因患者年龄较大,体质差,手术创伤大,应给予高蛋白、高维生素、易消化食物,必要时输血,以提高机体抵抗力。

2.2.4 术后并发症的预防与护理 (1)感染是人工髋关节置

换术的严重并发症。为防止感染,若伤口敷料有渗血或渗液时应及时更换,保持切口干燥,引流管要保持通畅,防止扭曲、打折。(2)防止人工关节脱位,指导患者保持髋关节正确姿势。翻身时患肢不宜屈曲,搬运患者及使用便盆时要特别注意,应将骨盆整个托起,切忌做屈髋动作,防止脱位,向健侧髋关节与上肢一起,患肢脚踩在床上,抬高臀部、放便盆。术后不宜过早进行直腿抬高活动,以免引起疼痛和脱位^[4-5]。(3)深静脉血栓的预防及观察。观察血栓的症状,皮肤的颜色、温度、周围静脉充盈度,足背动脉搏动情况以及患肢有无肿胀、异常感觉、被动牵拉足趾痛等,肢体的肿胀、疼痛注意与下地活动后肢体肿胀相区别。常规应用低分子肝素皮下注射。护理时既要妥善固定制动肢体,也要早期指导患者行股四头肌等长收缩锻炼,主动和被动活动踝关节,避免膝下垫枕,避免在下肢同一静脉反复穿刺,更不能在术肢留置管、针。(4)预防压疮,保持床铺的清洁整齐、平整干燥,鼓励患者做抬臀动作,骨隆突处以软枕垫衬,早晚擦浴,保持皮肤的清洁。(5)预防肺部感染,可给予氧气吸入,鼓励患者深呼吸,配合拍背,有效咳嗽,必要时给予雾化吸入。(6)预防泌尿系感染及便秘,术后应尽早拔除尿管,嘱咐留置尿管的患者多饮水,每日大于 2 000 mL,并每日消毒尿道口 2 次,防止尿管扭曲、打折,尿液反流。指导患者多食蔬菜、水果等粗纤维,富含维生素的食物,并可从脐部开始环形按摩腹部,每日 3 次,以促进肠蠕动,保持大便通畅。

2.2.5 术后康复训练 术后早期,嘱患者在床上做适当的康复训练:踝关节的背屈,主动最大限度屈伸踝关节;患肢做股四头肌静力性收缩训练;抗阻肌力训练;支撑床做抬臀运动等,每日 3 次,每次重复 20 次,主要以恢复肌肉力量和促进下肢血液循环为目的。2 周后在坐位不头昏的情况下,可根据手术情况进行上、下床锻炼,指导患者利用双上肢及健侧下肢的支撑自行上、下床的方法并做动作演示。患者不能自行上、下床时指导家属协助。下床时,患者先移至健侧床边,双手支撑床面,屈曲健肢,患肢保持伸直位,移动躯体至床沿,健肢侧先离床并使脚着地,患肢外展、屈髋 45°,由护士或家属协助抬起上身,使患侧腿离床并使脚着地,再拄双拐站起。上床时,按相反方向进行,即患肢先上床。上、下床方法遵守患肢先上、健肢先下原则。并教会患者及家属上下楼梯的方法:健肢先上,拐杖及患肢随后;下楼时拐先下,患肢随后,健肢最后。1 个月后逐渐恢复行走功能。功能锻炼可由医生指导在家中,要注意循序渐进。也可使用关节功能康复仪,被动活动关节。锻炼时,避免髋关节的内收、外旋,以免发生脱位。患者可先做卧床练习,然后扶拐站立,适应后再扶拐行走。最终可以弃去拐杖,独立行走,甚至骑自行车。

2.3 出院指导 使用拐杖到无疼痛及跛形时,最好使用单手杖可减少术侧关节的磨损。避免重体力活动以及参加诸如奔跑、跳迪斯科等需髋关节大范围剧烈活动的运动项目,减少术后发生关节脱位、半脱位、假体松动等问题。避免在双膝并拢、双足分开情况下,身体向患肢倾斜去取东西、接电话等。注意勿做二郎腿或女性穿鞋动作,以防髋关节过度屈曲、内收、内

旋,厕所马桶不宜过低,防止出现身体前倾、双足分开、双膝并拢的不良姿势。向健侧翻身时注意勿使髋关节处于伸直、内收外旋位。不在不平整、光滑的路面行走。保持下肢常处于外展中立位,6~8 周内屈髋不要大于 90°。出现髋关节的任何异常情况,均应及时到医院复查或与医生联系。

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(1C):232-233.
[2] 张淑萍,张淑梅,王秋开.老年人工髋关节置换术患者的

手术特点及护理对策[J]. 护理研究,2007,21(11C): 3036.
[3] 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(8C):1622-1623.
[4] 杜克,王守志.骨科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:701.
[5] 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(9B):2368-2369.

(收稿日期:2011-07-01)

社区卫生服务机构药学管理现状与对策

蔡 杰(江苏省常州市五星街道社区卫生服务中心 213000)

【关键词】 社区卫生服务机构; 药学管理; 对策
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3068-02

社区卫生服务机构药学管理是以现代药学理论和技术为基础,结合现代管理学的理论与方法,以临床药学为基础、合理用药为核心、药物使用为手段,运用药专业知识参与临床药物治疗,提供药学技术服务,开展药品供应、使用监测等药学服务管理工作,从而实现改善或维持患者生活质量的一门综合性应用型药学分支学科^[1]。其研究内容主要包括药品供应、药品调剂、药物制剂、药物质量监控、药学信息、药学研究、临床药学等。在此,对我国社区卫生服务医疗机构药学管理现状进行分析,并提出相应管理对策。

1 社区卫生服务机构药学工作模式与管理现状

1.1 工作模式 目前多数综合性医疗机构基本上处于临床药学阶段。现阶段的特点是,药品的采购、保管、贮存和发放有了一个较完善的管理体系和较程序化的工作模式,同时也在一定程度上开展了治疗药物浓度监测、药物信息咨询、药品不良反应监测等。但药学部门多数只是保障药品供应的机构,大量的药师在窗口从事着专业技术工人就能胜任的调剂工作。90%的药师仍主要从事调剂及制剂生产、供应工作,仅有 5%~10%的药师从事与临床药学有关的药学服务,其专业地位不被重视^[2]。同时,由于传统药学工作模式将药师定位于发药、供应等商业行为,淡化了药师工作的技术内涵,使其专业分科不细,知识结构不合理,特别是诊疗知识与临床实践经验的缺乏,导致药师对指导临床用药的不适应。这在客观上造成了医疗机构的药师距离临床越来越远,导致药学部门在医疗服务中的作用减弱,在医疗机构中的地位下降。

1.2 管理现状 药学服务模式陈旧,药师只保证患者对药品的及时获取,而不是获取最适合的药品。医疗机构药师临床知识匮乏,不能与临床医生很好地沟通,不能与医生一起查房,参与危重患者抢救与会诊。实行临床药师制、建立药历是全新的医疗服务模式,需要医务人员超越以生物学指标评价治疗结果的观念。例如,目前癌症治疗是以患者生命延长多少年为效果评价指标,但是建立药历后,患者因药物严重的不良反应而遭受多少痛苦(生存质量恶化)等也应作为效果评价指标。这样,医生在实施治疗时可能会有人对不合理用药说“不”,这无疑是对医生治疗权威的挑战。因此,大部分临床医生对建立药历、与临床药师共同实施药物治疗这种新的医疗服务模式还不理解,甚至持反对态度。目前,中国医疗机构药师的工作岗位分布不合理,临床药学加上药学科研者占 6.07%,药品调剂、供应管理者占 72.44%^[3]。药师大专以上学历所占比例太低,中

专学历占大多数;技术职称以药师、药剂士为主,缺少药剂专业本科人才和学科带头人。

2 医疗机构药学服务加强管理的必要性与对策

2.1 必要性

2.1.1 是医疗保健工作的重要组成部分 医疗机构药学的核心内容是合理用药。临床医学、医疗机构药学、护理学和医技学是医疗机构四大技术支柱学科,缺一不可。在疾病的治疗中,70%以上的疗效是靠药物治疗获得的。因此,在临床诊断明确的情况下,如何正确选择和使用药品就是最重要的问题。

2.1.2 是提供药学技术服务和优质药品的需要 医疗机构药学与其他药学学科的主要区别在于其直接服务于患者,而能否向患者提供优质的药品和良好的药学技术服务,是检验其学术水平的试金石。

2.1.3 是现代药学服务模式转型的需要 过去,我国医疗机构药房工作一直是以配方发药为中心、内部管理为终结的被动服务模式,忽视了药物对患者健康的影响,忽视了药房的社会服务性^[4]。要实现药学服务的转型,医疗机构药学部门应建立以“患者为中心”的药学服务管理模式。具体地说,医疗机构药学应从过去的面向药物(oriented-drug)转变为面向患者(oriented-patient),医疗机构药师应从单纯药品供应转向提供药学技术服务。为了完成这一转变,药师应当参与临床药物治疗,与医生紧密合作,共同为患者寻找较理想的药物治疗方案;与医生共同深入治疗现场(临床),各施其能,互为补充,以期获得最佳的治疗效果,达到药物治疗的安全、有效、经济、合理。

2.2 对策

2.2.1 转变服务观念,建立以患者为中心的医疗机构药学服务模式 新的社会发展要求医疗机构药师向临床药师转型,要求药师职责从以供应、调配、制剂为主,向给患者提供药学监护、关注药物治疗为主的转变。如何在现实中学习临床医学知识、药物治疗学知识,实现和医生及患者对话,将是临床药师面对的第一个问题。药师深入临床是临床药学的基本工作,要求药师增加与用药对象的接触,将患者利益放在首位,实行药师与患者、医生、护士及其他医务人员共同协作;要求药师强调社会效益,参与用药决策,提供药品有关信息和用药知识。

2.2.2 加强医疗机构药学队伍建设 《医疗机构药事管理暂行规定》对各级医疗机构药学服务管理部门的负责人及临床药师的学历和资格进行了严格规定,同时提出按国家管理规定依法经过资格认定的药学专业技术人员方可从事药学专业技术