

高龄并存基础疾病患者人工髋关节置换术的围术期护理

曾秀琼(重庆市第五人民医院骨科 400062)

【摘要】 目的 探讨对高龄并存基础疾病患者人工髋关节置换术的围术期护理质量。**方法** 对患者进行全面评估,加强术前心理疏导和基础疾病的护理,做好术前相关准备工作,术后严密观察病情,预防并及时发现伤口出血、静脉及血栓等并发症的前兆,及时处理,早期加强康复训练指导。**结果** 患者术后恢复满意,均能在出院时自主行走或扶单拐行走。**结论** 加强围术期护理、康复治疗,提高了高龄并存基础疾病患者的手术成功率。

【关键词】 高龄并存基础疾病; 股骨颈骨折; 人工髋关节置换术; 围术期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1513-02

随着社会人口的老齡化,骨质疏松的高齡患者逐渐增加,对于股骨颈、粗隆间轻微的外伤即可造成骨折。高龄患者身体各个器官功能逐渐衰退,全身的组织细胞呈退行性改变,各系统存在潜在的功能不全,多并存心、肺、肝脏功能不全及高血压、糖尿病等基础疾病。临床上采用人工髋关节置换治疗老年股骨颈骨折、粗隆间骨折^[1],使患者能早期恢复患肢功能,减少卧床时间,明显提高高龄老人的生活质量,减少并发症的发生,降低死亡率。本科室收治的高龄股骨颈骨折、粗隆间骨折并存基础疾病行人工髋关节置换术患者 193 例,现将围术期护理经验报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 3 月至 2011 年 5 月本科室收治高龄股骨颈骨折、粗隆间骨折并存基础疾病患者 229 例,其中 193 例有手术适应证,患者及家属同意手术并行人工髋关节置换术,另 36 例行牵引等保守治疗。手术患者中男 96 例,女 97 例,年龄 80~93 岁,平均 83 岁;151 例为新鲜骨折(均为跌伤所致,骨折有移位),42 例为陈旧性骨折。193 例手术患者中,161 例为股骨颈骨折,32 例为股骨粗隆间骨折;术前有基础疾病,其中高血压、冠心病患者 108 例,慢性支气管炎患者 56 例,糖尿病患者 49 例,前列腺肥大并排尿不畅者 9 例。合并两种基础疾病患者 36 例,合并三种基础疾病患者 7 例。

1.2 手术方法 根据患者身体状况、年龄情况、活动半径,193 例手术患者中行全髋关节置换术 72 例,半髋关节置换术 121 例,手术采用髋后外侧切口,58 例应用骨水泥型生物假体,另 135 例运用非骨水泥型生物假体,术中运用骨水泥时严密观察血压和心率的变化,2 例出现血压下降,经及时处理,血压恢复正常。4 例陈旧性骨折髋关节屈伸受限,局部粘连,术中予以广泛松解,重建髋关节功能。术后常规使用抗凝药物,预防下肢深静脉血栓形成。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 对患者进行全面评估,提出术前存在的主要护理问题,制订并落实护理措施,配合医生有效地治疗和控制基础疾病,积极做术前准备。除了常规术前各项检查护理外,更重要的是加强对老年并发症作相应特殊检查的护理,并采取积极有效的措施加以控制和管理,消除不安全因素。遵医嘱控制血糖、血压在安全范围,对糖尿病患者,除饮食指导和监测血糖外,严格遵医嘱应用降糖药物将血糖控制在 8 mmol/L 以下再手术;高血压患者血压控制在 160/90 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)以下再手术,对于慢性肺部疾病的患

者,加强肺功能锻炼指导,鼓励其深呼吸,主动有效地咳嗽、咳痰,注意呼吸变化,保持呼吸道通畅,对于合并有褥疮的患者,积极治疗,促进褥疮的愈合,对于老年痴呆患者,做好安全护理,加强与监护人的沟通。

加强康复健康教育,保持患者心理健康,积极主动锻炼。髋关节置换的根本目的是重建髋关节功能,除了手术技术外,全程的康复治疗非常关键,康复护理应尽早实施,同时要自始至终给予患者心理、社会人文的支持。作者的体验是注重康复教育的落实,具体方法是:通过书面、图片、口头等形式向患者及家属进行集体、个体健康教育指导,讲明功能锻炼的方法和重要性,教会患者掌握股四头肌锻炼、深呼吸锻炼的方法,并介绍同类手术成功者来“现身说法”,增强患者的信心,使其积极参与功能锻炼。最大限度争取患者的积极配合,从而取得良好效果。

加强基础护理,如行牵引的患者,老年患者四肢血液循环较差,术前患肢布朗氏架、床头牵引架牵引时,翻身困难,骶尾部及骨隆突部位易发生褥疮。护理时更注意臀部皮肤透气,减少局部受压,1~2 h 更换卧位,保持床铺整洁、干燥、无碎屑,保持患者皮肤清洁干燥。

1.3.2 术前基础疾病的护理及术前用药 针对患者的基础疾病积极治疗和护理,有效地控制在手术适应证范围,经内科会诊,积极处理,全部控制在手术适应证范围,得以施行手术。患者术前半小时均遵医嘱静脉注射抗生素,以预防感染发生。

1.3.3 术中完善、准确的手术配合 患者手术中,器械护士严格执行无菌操作,掌握手术进程,熟悉手术步骤,传递器械时要快、准、稳,同时保持器械台及手术台清洁有序,避免了血迹、液体污染,大量生理盐水冲洗关节腔时,小心谨慎,防止了溅湿手术单,有潮湿者马上进行了更换、加铺,达到无菌操作要求。术中使用 C 臂 X 线机加套了无菌套,以防止污染,关闭切口时仔细与器械护士核对手术用物,做到了手术的严谨^[2]。巡回护士对手术无菌全过程进行监督,进行各项操作时动作轻柔,在麻醉与手术过程中密切监测患者生命体征的变化,扩髓腔时患者出血较多容易引起低血压,根据病情遵医嘱调整输液速度或进行输血。冲洗关节腔时准确观察并记录出入液量,这类患者皮肤条件较差,术中取侧卧位时应特别注意受压皮肤情况,可在骨隆突处垫软垫,以免损伤皮肤。

1.3.4 术后护理 严密观察病情变化,预防并发症的发生。护理的重点是发现异常情况并及时处理,术后持续心电监护、氧气吸入,密切观察生命体征。若发现患者诉心前区不适,心

率、血压异常等,及时报告医生,并随时做好抢救准备。保持患者血氧饱和度在 95%以上;用输液泵控制输液速度,防止出现急性心率或肺水肿。对肾功能不全的患者,密切观察其尿量。对糖尿病患者要定时测血糖,防止出现酮症酸中毒或低血糖反应。密切观察伤口情况,保持伤口引流管通畅,观察引流液颜色、性质和量的变化,超过 100 mL/h 者,应补充血容量,加快输液,必要时输血。

疼痛护理:术后 24 h 内,患者疼痛较剧,而老年人对疼痛的耐受力较差,作者及时采用药物止痛措施,减轻患者痛苦,避免了疼痛引起的血压升高、心率增快、胸闷、气促等基础疾病的复发。带静脉止痛泵者,注意观察止痛效果,如出现恶心、呕吐,先夹闭止痛泵,一般 48 h 后拔除。术后 3 d 仍疼痛较剧者,注意体位的变化和调整,保持正确、舒适的体位,抬高患肢,以利静脉血液回流,避免患肢肿胀而致的疼痛。此外,注意体温的变化、伤口有无感染等情况。在行早期功能锻炼前 30 min,应用止痛药,可减轻活动引起的疼痛。

体位护理:保持患肢抬高外展中立位,合理翻身,做到“三防”。一防:防过度屈曲和伸直,术后在膝关节下垫一软垫;二防:防内旋,术后穿防旋鞋,保持外展 15~30°中立位;三防:防内收,2 下肢间放 1 个软枕,肢体外展位,健侧卧位时需保持屈髋和屈膝,2 下肢间放 2 个软枕,防止患肢肢体靠近健侧而过度内收、内旋造成髋关节脱位。在进行各种操作和治疗时,应将整个关节托起,不可单纯牵拉、抬动患肢。

饮食护理:高龄患者体质弱,手术耐受性差,术后 3 d 内往往肠胃功能明显下降,容易导致电解质紊乱、低蛋白血症、贫血等。责任护士细心了解患者进食情况,指导其进食含钾高、易消化饮食,少食多餐,增加营养,提高机体耐受力,增强机体抵抗力,注意观察低钾表现,如腹胀、乏力等,必要时予静脉营养,注意补钾的原则,提醒医生术后及时复查电解质。低钾会导致患者意外情况发生,临床医护人员应高度警惕,及时预防。

功能锻炼:老年患者存在主动功能锻炼意识差、术后乏力、怕疼痛等特点,因此,术后当天不宜过多活动,术后第 1~3 d,应根据患者具体情况指导做股四头肌、臀肌等长收缩练习,保持肌肉张力,足踝主动屈伸、患肢按摩等促进下肢血液循环^[3]。术后早期双下肢使用空气压力波治疗,促进血液循环,预防深静脉栓塞。锻炼的要求是先从患肢远端开始锻炼,再做全身活动,先被动运动逐渐过渡到主动活动。屈髋锻炼 30~60°,不超过 90°应用骨水泥固定型假体患者一般在术后 7 d 开始下床,应用生物型假体患者则一般于术后 6 周开始下地锻炼。指导患者使用助行器、拐杖或健肢支撑站立,下床前应进行体位训练,先将床头抬高 30~60°,无头晕现象再下床,下地锻炼时应有有人在旁监护、搀扶,防止体位性低血压、跌倒等意外出现,运动量应由小到大,活动时间由短到长,循序渐进,行走时患肢不负重或逐渐部分负重。每次活动 5~35 min,每天 2~3 次。如果肢体肿胀明显或不适,可减少活动范围,症状如加重可暂停活动。术后 7 d 患者可以扶助行器到病房外走廊行走。

1.3.5 出院指导 指导患者和家属掌握出院后的康复计划,日常生活中避免翘二郎腿、坐矮凳,使用坐便器,患侧髋关节屈曲不超过 90°,避免患侧髋关节过度内收、内旋。术后 2 周后可逐渐弃拐杖行走,弃拐杖后可使用一段时间的手杖以帮助适应走路,直到能正常行走。肥胖者应指导减肥,以减轻身体质量,减少关节的负重。日常生活中指导正确更衣,如穿裤时先患侧后健侧,穿袜伸髋屈膝进行,最好穿防滑鞋,改善家居环境以免跌倒,加强原有基础疾病的控制。术后 6、12 周及半年门诊复查,以后每年门诊复查 1 次,观察假体有无松动、位置有无改变^[4]。定期进行电话随访,指导、了解患者康复情况。

2 结 果

术前根据内科会诊相关要求,加强基础疾病的护理、心理及健康教育指导。术后密切观察伤口及引流情况,做到早期预防并及时发现伤口出血、静脉血栓等并发症的前兆,及时处理,早期加强康复训练指导。住院时间一般为 15~24 d。193 例手术患者中 189 例伤口 I 期愈合;3 例伤口皮下脂肪液化,经充分引流换药处理,伤口 II 期愈合;1 例引流口延迟闭合,形成窦道,将窦道彻底切除,伤口 II 期愈合。出院时患者均能自主行走或扶单拐行走。

3 讨 论

高龄患者由于其身体素质差、环境适应能力差、机体抵抗力差、并存基础疾病等,行关节置换术后并发症发生率高,因此重视术前评估、健康教育及严密的病情观察、早期功能锻炼,积极预防并发症、及时早期处理并发症,有利于患者的康复,以使安全地度过围术期,从而提高高龄患者及超高龄患者的治愈率。加强术前基础疾病的控制、心理疏导,做好术前相关工作及术前康复训练指导,术后严密观察病情,预防并及时发现伤口出血、静脉血栓、肺部感染等并发症的前兆,及时处理,早期加强术后康复训练指导及围术期护理质量,提高了高龄患者的手术成功率,术后恢复到术前或接近术前的功能状态和生活质量,达到治疗的目的。

参考文献

- [1] 范少地,陈绒波,于杰,等.人工关节置换术治疗高龄不稳定型股骨粗隆间骨折 56 例[J].华西医学,2010,25(1):94-95.
- [2] Munro CA. The perioperative nurse's role in table-enhanced anterior total hip arthroplasty[J]. AORN J,2009,90(1):53-68.
- [3] 周丹,邓姝,古凌川.209 例后外侧小切口人工全髋关节置换术的围术期护理[J].重庆医学,2011,40(10):982-983.
- [4] Lucas B. Nursing management issues in hip and knee replacement surgery[J]. Br J Nurs,2004,13(13):782-787.

(收稿日期:2011-12-23)