

复杂型髌臼骨折应用前后联合入路术前后的整体护理研究^{*}

武翠芳(河北省邯郸市中心医院骨二科 056000)

【摘要】 目的 探讨复杂型髌臼骨折患者应用前后联合入路行双钢板内固定术治疗前后实施整体护理的效果,寻找科学护理策略。**方法** 选取 2011 年 10 月到 2012 年 12 月收治的复杂型髌臼骨折患者共 68 例,所有患者均拟行前后联合入路行双钢板内固定术治疗,依据随机数字原则将其分为观察组与对照组,观察组采用整体护理策略,对照组采用常规传统护理模式,对两组患者手术并发症发生率、住院时间、舒适度、满意度、复位满意率及髌关节功能评分优良率等指标进行比较及统计学分析。**结果** 两组患者手术均顺利完成,术后获得满意骨折复位及疗效。观察组住院时间、并发症发生率、复位满意率、髌关节功能评分优良率均显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组患者满意度及舒适度均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 复杂性髌臼骨折具有患者伤势重、出血量大、护理难度高、患者情绪波动大、恢复缓慢等特点,采用整体护理措施能够有效回避术前、术后病房护理风险,保证护理质量,塑造护理人员严谨的工作作风和态度,达到建设“诚信、规范、安全、舒适、满意”病房护理的愿景。

【关键词】 前后入路; 复杂型髌臼骨折; 整体护理; 满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.041 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0526-03

髌臼骨折多发生在年轻人,其常常由高能量创伤所导致,移位的髌臼骨折能够造成股骨头软骨和髌臼软骨对应关系改变导致不匹配,造成股骨头和髌臼接触面积减少致使头臼吻合关系紊乱^[1-3]。如果髌臼骨折在移位情况下达到骨性愈合,负重造成关节软骨迅速遭到破坏而导致创伤性关节炎的发生,其中股骨头快速磨损破坏容易被误诊为股骨头坏死^[4-5]。采用单一的手术入路治疗髌臼骨折,其缺点为术中暴露困难,难以完全恢复髌臼解剖形状、接触面积及关节内压力分布,无法有效复位及内固定。而前后联合入路手术难度大,技术要求高,术后并发症发生率高,积极术前、术后护理措施尤为重要^[6]。本文旨在探讨复杂型髌臼骨折患者应用前后联合入路双钢板内固定术治疗前后实施整体护理的效果,现将研究结果总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 10 月至 2012 年 12 月本院收治的复杂型髌臼骨折患者共 68 例,其中男 38 例,女 30 例;年龄 25.0~56.5 岁,平均(38.7±3.2)岁。患者入院后均拍摄髌关节正位 X 线片、骨盆 CT 扫描及三维重建,以判断骨折的类型及移位情况。致伤原因包括:交通事故伤 38 例、高处坠落 20 例、重物砸伤 6 例、其他 4 例。依据 Letournel 复杂髌臼骨折分类标准,其中双柱骨折 30 例,前柱伴后壁横行骨折 18 例,横行伴后壁骨折 12 例,T 形骨折 8 例,合并股骨头后脱位 5 例,中心脱位 4 例,合并失血性休克 2 例,骨盆骨折 4 例,四肢骨折 5 例,腹外伤 3 例,脑外伤 5 例。所有患者均拟行前后联合入路行双钢板内固定术治疗,依据随机数字原则将其分为观察组与对照组,每组 34 例。观察组采用整体护理策略,对照组采用常规传统护理模式。两组患者年龄、男女比、骨折类型、合并伤、致伤原因、骨折距手术时间等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 手术简介 严重双柱骨折或陈旧性骨折,联合应用 K-L 入路和髌腹股沟入路。复杂髌臼骨折采用前后联合入路的优点包括:骨折显露良好,髌骨外板骨膜下剥离范围少于任何单

一后侧入路,术中解剖复位率高,适合于任何复杂髌臼骨折,术后异位骨化发生率与单一 K-L 入路基本一致,前后联合入路可以较容易对后柱和前柱行两块重建钢板固定,或后柱钢板+前柱拉力螺钉固定。有研究表明,双柱同时固定优于单柱固定,而后柱钢板+前柱拉力螺钉能达到最为坚固的内固定,但联合入路需做 2 个切口,手术创伤大、手术时间长、出血量大、感染风险高,并对髌骨、臀肌的血供影响较大^[7-8]。

1.3 护理措施

1.3.1 术前护理 患者入院后观察组采用整体护理策略,对照组采用常规传统护理模式。复杂型髌臼骨折患者大多由高能量暴力所致,多发性创伤并不少见,护理人员应严密观察患者生命体征,配合医生及时完成各项检查和治疗,警惕内脏器官损伤出血的发生。本组中有 1 例患者在护士监测生命体征过程中发现其血压偏低,脉率过快,同时诉腹痛,协助床边 B 超检查确诊为合并肝破裂,对其及时行剖腹探查术阻止了致命的内脏出血。

1.3.2 术后护理 (1)护理人员在患者术后应向其讲解进行功能锻炼的意义:促进患肢消肿,减少肌肉萎缩,防止关节粘连,促进骨折愈合和骨的发育。(2)术后第 2 天护士即可开始指导患者进行股四头肌的主动收缩及髌关节的屈伸锻炼(主动或被动)。术后 1 周,在患肢不负重的情况下,鼓励患者站立位主动锻炼髌关节的屈曲、外展及后伸(对于扩展的髌骨、股骨入路,术后 4 周内禁止患髌主动外展和被动内收)。告知患者不论是在部分负重期还是完全负重期以后,髌关节的功能锻炼应始终坚持,尤其是髌外展肌、臀大肌及股四头肌的锻炼。(3)患者术后 4~12 周内,根据其具体情况,可指导患者逐渐开始患肢的部分负重锻炼。如果患者骨折较简单且固定牢固,部分负重的时间可提早;如果骨折粉碎程度严重且固定不是很牢固,则部分负重的时间向后拖延。告知患者部分负重一定要逐渐增加,从最小量(5 kg)开始,并严密观察其锻炼情况。一般在 13 周以后,逐渐恢复完全负重。(4)协助患者术后遵医嘱定期复查 X 线片,根据骨折的固定和愈合情况,指导进一步的功能

* 基金项目:河北省科技计划项目资助(12277750)。

锻炼。

1.4 观察指标 观察并比较两组患者手术并发症发生率、住院时间、舒适度、满意度、复位满意率及髋关节功能评分优良率等指标。复位质量及髋关节功能恢复依据 Harris 髋关节功能评分标准判断。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对所得数据进行统计学分析,其中计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料比较采用 t 检验;计数资料描述应用例数和百分数表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复情况比较 两组患者手术均顺利完成,术后获得满意骨折复位及疗效。其中观察组住院时间、并发症发生率明显低于对照组,复位满意率、髋关节功能评分优良率明显高于对照组,两组比较其差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 1。其中观察组术后并发切口感染 2 例,坐骨神经损伤 1 例;对照组术后并发切口感染 2 例,坐骨神经损伤 2 例,下肢深静脉血栓 1 例,经积极治疗、护理后均痊愈。

表 1 两组患者术后恢复情况比较

组别	<i>n</i>	并发症发生率 [<i>n</i> (%)]	复位满意率 [<i>n</i> (%)]	髋关节功能评分 优良率[<i>n</i> (%)]	住院时间 (d)
观察组	34	3(8.82)	33(97.06)	34(100.00)	13.5±3.1
对照组	34	6(17.65)	29(85.29)	30(88.24)	17.0±2.8
<i>t</i> / χ^2		8.358	6.224	9.143	7.585
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者舒适度及满意度比较 观察组患者满意度及舒适度均高于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 两组患者舒适度及满意度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	满意度	舒适度
观察组	34	34(100.00)	34(100.00)
对照组	34	32(94.12)	30(88.24)
χ^2		5.261	7.372
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨论

髋臼骨折是由驱使股骨头滑出髋臼或突出骨盆的暴力所致。髋臼骨折多发生于年轻人,常常由高能量创伤所导致,移位的髋臼骨折能够造成股骨头软骨和髋臼软骨对应关系改变导致不匹配,造成股骨头和髋臼接触面积减少致使头臼吻合关系紊乱。髋臼骨折是严重的关节内骨折,易产生创伤性关节炎、股骨头缺血性坏死、髋关节强直和髋关节退变性疾病等并发症,目前在其诊断和治疗上仍存在许多分歧。X 线片可用于评价股骨头和髋臼的一致性,CT 扫描对评价不同区域的骨折较为有用。治疗的目的是使股骨头回到髋臼顶负重区之下,并恢复臼顶关节面的平整,恢复髋关节的功能并减少并发症^[9-10]。手术适应证包括髋臼骨折伴股骨头后脱位或中心性脱位,髋臼负重顶骨折,髋臼内碎片造成股骨头机械性损伤者,骨折伴脱位使脱位无法还纳者,后壁骨折块大于 40% 者等^[11-12]。

髋臼骨折切开复位内固定术是对失去连续性的髋臼前、后

柱行解剖复位后再予以坚强内固定,以恢复其力学传导和对股骨头的包容等功能^[13-14]。一个成功的髋臼骨折手术需要良好的手术暴露和合适的内固定选择。手术入路的选择是髋臼骨折治疗中的关键点,对于单纯的髋臼前壁、前柱或后壁、后柱骨折,手术治疗相对简单。对于髋臼横形骨折、“T”形骨折和双柱骨折这类复杂性髋臼骨折,选择恰当的手术入路有助于减少手术创伤,减少手术并发症,有利于骨折的复位;反之,则不但使手术创伤加大,增加手术危险性,还有可能导致骨折复位困难甚至不能达到解剖复位,影响日后关节功能^[15]。

整体护理措施在骨科病房的实施主要表现为对患者采用以人为本的理念,为患者提供术前及术后最优质服务,增强护士为患者提供系统、整体、全方位服务的意识。复杂性髋臼骨折作为高能量损伤,特点包括患者伤势重、出血量大、护理难度高、情绪波动、恢复缓慢等。护士对合并伤积极观察,做到心理护理、康复护理、体位护理及并发症观察护理相结合,并及早指导患者对髋关节进行功能锻炼,将有助于早期促进患者关节功能顺利恢复,减少患者住院时间,改善其生活质量,达到满意的护理效果。

综上所述,复杂性髋臼骨折具有患者伤势重、出血量大、护理难度高、患者情绪波动大、恢复缓慢等特点,临床采用整体护理措施能够有效回避术前、术后病房护理风险,保证护理质量,塑造护理人员严谨的工作作风和态度,达到建设“诚信、规范、安全、舒适、满意”病房护理的愿景。

参考文献

[1] 曹相助,孔祥娣. 锁定接骨板治疗复杂不稳定类型髋臼骨折[J]. 中国临床医生,2011,39(1):50-51.

[2] 智春升,李忠强,杨晓松,等. 髋臼骨折术后疗效相关影响因素分析[J]. 中国修复重建外科杂志,2011,25(1):21-25.

[3] 李洪波,谢明玖,曹鹏,等. 髋臼双柱骨折 98 例手术治疗分析[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(1):171-172.

[4] 奉水华. 人工股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折的围术期护理[J]. 中国医药导报,2011,8(2):100-101.

[5] Matta JM. Fractures of the acetabulum: accuracy of reduction and clinical results in patients managed operatively within three weeks after the injury[J]. J Bone Joint Surg Am,1996,78(11):1632-1645.

[6] 王晶,焦雪莲. 髋臼骨折内固定术后并发症发生的原因及其护理[J]. 护理研究,2010,24(21):1946.

[7] 王欢. 髋臼骨折患者术后并发症循证护理对策的研究[J]. 中国现代医生,2011,49(22):136-137.

[8] 宋卫东,匡玉华. 髋臼骨折合并糖尿病的围手术期护理[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(14):3446.

[9] 彭贵凌,朱艳平,朱仕文. 复合髋臼骨折患者经单一髂腹股沟入路围手术期的护理[J]. 山东医药,2010,50(44):16.

[10] 邓之平. 护理干预对四肢骨折术后肢体肿胀患者康复效果的影响[J]. 中国医药导报,2011,8(32):109-110.

[11] 王晓飞,洪九菊. 前后联合入路治疗 46 例复杂型髋臼骨折的护理[J]. 中华护理杂志,2006,41(12):1103-1105.

[12] 李叶萍,王陶,汪利辉,等. 复杂髋臼骨折前后联合入路围术期患者的护理[J]. 基层医学论坛,2011,15(33):1027-1028.

- [13] 杜天平,李莉.联合入路治疗复杂性髌臼骨折的围手术期观察及护理[J].现代医学,2010,38(6):673-675.
- [14] 李强,刘国辉,杨述华,等.前后联合入路治疗髌臼骨折并中心性脱位[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(4):301-303.
- [15] 闫伟强,张敏,陈元庄.前后联合入路治疗复杂粉碎性髌臼骨折的疗效分析[J].中国骨科临床与基础研究杂志,2012,4(2):141-145.
- (收稿日期:2013-08-29 修回日期:2013-10-26)

重型颅脑损伤患者急救阶段护理路径应用研究*

黄伟霞¹,罗孝平^{1△},喻明成²(1.重庆市璧山县人民医院急诊科 402760;2.四川省绵阳市中心医院 医务处 621000)

【摘要】 目的 分析护理路径在重型颅脑损伤患者急救阶段中的实施价值。**方法** 将 110 例重型颅脑损伤患者随机分为对照组和观察组,每组各 55 例患者。对照组患者在急救过程中采用传统的急救流程;观察组患者则在急救过程中采用临床护理路径。比较对照组与观察组患者的抢救所用时间,以及病情稳定患者、发生并发症的患者及死亡患者所占比例。**结果** 观察组患者所用时间,以及病死率和发生并发症的患者所占比例均少于对照组患者,且观察组患者病情稳定的患者所占比例高于对照组患者,各指标组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在重型颅脑损伤患者的急救过程中应用护理路径,能够减少并发症的发生,缩短患者抢救所需时间,降低患者病死率,提高生存率,保证患者的生存质量。

【关键词】 护理路径; 重型颅脑损伤; 急救阶段
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.042 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0528-02

颅脑损伤是因直接或间接外力因素作用于头部而引起的脑组织损伤。重型颅脑损伤的主要临床表现包括恶心、呕吐、癫痫急性发作、头痛、头晕、四肢瘫痪、失语、感觉障碍、偏盲等^[1],临床传统救治方案包括紧急抢救、抗休克、抗感染、清创和手术治疗等。重型颅脑损伤患者的伤势普遍较重,病情变化快并且复杂,如未得到及时救治,极有可能导致多种并发症、后遗症,严重时甚至导致患者死亡,给社会和家庭带来沉重的经济和精神心理负担^[2]。在重型颅脑损伤患者救治过程中,给予患者快速、有效的急救护理,在降低致死致残率、提高患者生存质量、减少和避免并发症的发生等方面具有极为重要的意义。本院根据实际情况,制订了针对重型颅脑损伤患者的护理路径,有效降低了患者病死率,减少了患者家庭及社会的经济负担。现将本院急诊科在重型颅脑损伤患者急救过程中实施的护理路径应用方式和效果总结、分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择璧山县人民医院急诊科 2012 年 1 月至 2013 年 1 月收治的重型颅脑损伤患者 110 例,男 65 例、女 45 例;患者年龄 7~78 岁,平均 44 岁;所有患者均具有不同程度的颅脑外伤史,且入院后均及时进行头颅 CT 检查。随机将 110 例患者分为观察组和对照组,每组各 55 例患者。两组患者年龄分布、性别构成、致伤因素、损伤类型等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 按常规急救措施对对照组患者进行急救,按急救阶段护理路径对观察组患者进行急救。在救治患者的同时,由专门的护理人员负责填写护理路径记录单及抢救记录单,各项内容填写完成后,由执行护士签名确认^[3]。如果在抢救过程中出现特殊情况,则填写相应的变异项内容,病签名确认。在抢救结束后,对抢救所用时间、病情稳定的患者例数、并发症发生情况及患者死亡情况进行详细记录。颅脑损伤患者急救阶

段护理路径实施措施如下。(1)急救物品及药品的准备。所有急救物品、药品必须始终处于良好的备用状态^[4],包括急诊科配备的必要的通讯设备。在患者病情危重且复杂,需要实施紧急抢救时,及时向上级领导汇报,告知抢救成员在患者到达急诊科之前尽快完成救护准备工作,并及时通知相关科室做好相应的准备。(2)急救现场的处理。对于出现窒息、心搏骤停、大出血等危重情况的患者,应优先处理^[5]。(3)转运救护。如患者情况危重,应及时告知患者家属,并在患者转运途中加强监护,严密观察患者病情,保持呼吸道通畅。若患者在转运途中发生意外情况,应采用就近救治的原则^[6]。(4)急诊救护。急诊科医护人员做好接诊准备工作,详细了解患者的受伤时间和伤情严重情况,尤其需注意对患者意识状况等进行详细了解。护士应协助医生检查患者有无头部以外的损伤。对患者病情进行密切观察,包括生命体征的监测、神志的变化、瞳孔对光反射等内容。急诊科接诊后,应及时对患者进行吸氧治疗,以改善脑组织缺氧状态和预防脑水肿,必要时可实施机械通气^[7]。选择合适的穿刺部位,建立 2 条以上的静脉通道。首先采用生理盐水进行静脉滴注,避免使用糖水,以防止患者因再灌注损伤而加重病情。注意保持患者呼吸道的通畅,避免患者出现舌后坠,或因呕吐物、血块等阻塞咽喉部,从而避免患者在颅内血肿导致颅内压增高的同时,因上述因素加重脑组织的缺血、缺氧状态而加重病情。若患者需留置尿管,则应注意观察尿液的量、颜色、性质。采集患者外周血进行必要的血液指标检测,并在密切监护的情况下进行 CT 及其他检查^[8]。为患者佩戴冰帽以进行物理降温。低温治疗能够减少脑组织的代谢率,提高脑组织对缺氧的耐受性,防止脑水肿的发展。使患者保持头部抬高的体位,从而在防止呕吐物阻塞呼吸道而导致窒息的同时,降低患者颅内压,改善脑部的代谢情况。若患者出现严重的躁动,有可能增加出血量。此时,应根据患者的病情,遵医嘱

* 基金项目:四川省绵阳市卫生局资助项目(201205)。
△ 通讯作者,E-mail:874783830@qq.com。