

后外侧微创全髋关节置换术患者康复护理

陈映琼, 邹翹璇, 陈淑贤, 谢思斯, 李晓莲

[摘要] 目的 探讨后外侧小切口行全髋置换术(THA)后患者康复护理。方法 后外侧入路小切口患者 45 例 48 髋,经精心护理后与常规 THA 患者在手术切口、围手术期出血量、术后疼痛、住院天数、早期活动方面比较。结果 在相同条件下,小切口手术患者减少围手术期出血量、术后疼痛、住院天数及术后早期康复快,缩短住院时间。结论 康复护理有助于 THA 患者的恢复。

[关键词] 全髋关节置换术;微创;康复护理

中图分类号:R684 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)01-0084-02

[本文著录格式] 陈映琼,邹翹璇,陈淑贤,等.后外侧微创全髋关节置换术患者康复护理[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):84-85.

微创小切口全髋关节置换术是近年出现的一项新技术。我科于 2004 年 1 月以来应用后外侧入路小切口行人工全髋关节置换术患者 45 例 48 髋。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

行小切口全髋关节置换术患者共 45 例 48 髋,其中男 21 例 23 髋,女 24 例 25 髋;年龄 42~82 岁,平均 63.5 岁。股骨头缺血性坏死 36 例,新鲜股骨颈头下骨折 17 例,创伤性髋关节炎 2 例。行单侧人工关节置换术 42 例,同期行全髋关节置换术 3 例。全部病例均采用后外侧入路。

同期按常规方法行全髋关节置换术 45 例 45 髋,男 17 例,女 28 例。年龄 34~86 岁,平均 58.4 岁。股骨头缺血性性坏死 20 例 22 髋,新鲜股骨颈头下型骨折 20 例 23 髋,原发性关节炎 5 例 5 髋。全部病例也采用后外侧入路。

2 术前护理

2.1 心理护理 患者常有不同程度的恐惧、焦虑心理,对手术能否成功抱有怀疑态度;有的患者担心加重家庭负担。针对患者存在的心理问题,我们注意了解患者的感受及病情对患者生活质量的影响,耐心倾听其诉说,对待患者态度和蔼、友善。通过积极与患者交谈,用通俗的语言讲解手术原理、经过、手术必要性,并且介绍本科室技术力量,介绍手术成功者来“现身说法”,消除患者恐惧、焦虑、否定心理,使患者愉快接受手术治疗。并鼓励其家属多来关心体贴患者。

2.2 术前评估 术前认真评估是做好护理计划的前提。按医嘱完善各项辅助检查:肝肾功能、电解质、血糖、三大常规检查,心电图、胸透等检查。为使评估的资料全面而准确,必须建立良好的护患关系,消除医源性因素对患者的影响。对于高血糖、高血压者,应使其控制在接近正常水平。本组有 9 例合并糖尿病,3 例合并高血压,术前均请内科医生协助处理。

3 术后护理

3.1 皮肤完整性护理 向患者解释皮肤完整性的重要性,教会患者使用活臀法,即嘱其双手抓住固定着的环形拉手,健肢蹬床,用力把臀部抬起。对于无力抬起者,护士用双手托住臀部协助活动。按摩背部及尾骶部、外踝部受压部位,促进血液循环,在臀部加软枕或用水垫轮换;保持床铺干燥、平整、清洁,大小便后及时清洁外阴部。

3.2 术后常规护理 本组病例全部采用硬膜外阻滞麻醉。手术回室后,与手术室护士交接班,了解手术中出血量、手术方式。予持续心电监护 12 h。术后需严密观察生命体征、血氧饱和度变化。切口引流管接负压引流瓶,保持引流通畅,观察引流量、性状。特别是第 1 个 8 h 内引流液应占术后第 1 天引

流量的大约 60.93%^[1]。尿管妥善固定并定时开放。观察患肢切口渗血情况,患肢末梢血运及肢体肿胀情况。

3.3 术后并发症观察及预防

3.3.1 假体脱位 可能与患肢放置位置不妥、翻身不当等原因有关。术后与手术医生交流了解术中安置人工髋关节位置对术后正确的体位护理有重要意义。术后患肢穿防旋丁字鞋,双下肢间放置一个梯形三角枕,保持患肢外展中立位。翻身或搬动患者时应将患髋关节整个抬起来,避免患肢内收、外旋、过度屈髋以防脱位^[2]。本组术后无 1 例患者发生假体脱位。

3.3.2 疼痛 记录疼痛性质、程度、部位、起始和持续时间,伴随症状、诱发因素。根据疼痛程度给予有效止痛。临床上采用止痛泵控制疼痛,但应观察患者出现的一些副反应,本组有 5 例出现呕吐,止痛泵去除后呕吐症状缓解。

3.3.3 深静脉栓塞 为最常见并发症,发生率为 40%~70%。主要由于老年患者血管内膜的病理性改变、术后凝血机制的变化以及术后卧床血流动力学改变等因素诱发^[3]。早期鼓励患者行健康肢体各关节主动活动,患肢股四头肌伸缩活动及足踝关节主动、被动活动,按医嘱应用抗凝药物,如速避凝皮下注射等是预防深静脉血栓发生的重要措施。本组有 2 例患者发生患肢深静脉栓塞,给予及时处理后症状缓解。

3.3.4 预防感染 术后合理使用抗生素;保持切口敷料干燥及床单位整洁;鼓励患者行深呼吸及有效咳嗽。做好各引流管护理,加强翻身,防止卧床发生。

3.4 康复训练 术后第 1 天患者清醒后即应开始指导其行股四头肌等长收缩活动及踝关节背伸、跖屈活动。活动踝关节时应注意关节范围尽量大^[4]。膝下垫软枕,指导患者行患肢直腿抬高训练。术后第 2 天患者可取半坐卧位,做轻柔髋关节屈曲动作,但注意屈髋<45°,以增加股四头肌功能,增加腿部力量,为下地练习行走做好准备。术后第 3 天,患者可以扶双拐在床边练习站立。行走练习的关键是进行步态训练,患肢必须先以足跟着地,然后将重心移至脚掌,双足着地时间应相等。指导患者正确转移重心,调节步态,逐步增加患肢负重程度。

3.5 出院指导 嘱术后 12~14 d 拆线。嘱患者术后 6 周内不要交叉双腿,不要于手术侧侧卧;不要坐沙发和矮椅子,坐在椅子上时不要将身体前倾,不要弯腰捡地上的东西,不要屈髋超过 90°;注意预防各种感染,定期随访。

表 1 小切口与传统切口的比较

分组	切口长度 (cm)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	术后疼痛 (VAS)	住院天数 (d)	术后开始训练 时间(d)
小切口	10.7	330	190	14	13	1
普通切口	22	455	260	32	19	2~3

4 结果

本组病例手术切口长度 9.1~11.6 cm,平均 10.7 cm;术中出血量 270~420 ml,平均 330 ml;术后引流量为 65~310 ml,

平均 190 ml。另外从住院天数、早期直腿抬高训练、术后疼痛方面均较普通切口患者为优。见表 1。

5 讨论

随着人工关节材料、工艺技术的成熟和发展及老年人生活质量的提高,标准全髋关节置换术治疗股骨颈骨折及髋关节、骨关节病等患者,尤其是老年人患者日渐普及,并取得很大成功^[4]。进入 21 世纪后,随着微创技术的引进和手术技术的提高,小切口人工全髋关节置换术开始在临床初步应用,为减少手术创伤、降低手术并发症开辟了一条新途径。

小切口微创全髋关节置换术采用较常规全髋关节置换术小得多的切口来显露手术野,切口显露少,组织剥离少,创伤小。能增强髋关节稳定性。能最大限度地减少周围组织的剥离损伤,使术后疼痛明显减轻。术后第 1 天即可行直腿抬高训练,第 2 天可扶拐下地;而常规手术者应于术后 2~3 d 行直腿抬高训练,第 5 天左右才可扶拐下地。由于切口小,组织损伤少,患者卧床时间缩短,可减少患者患肺部并发症、皮肤卧疮、尿路感染等机会,减少住院时间,大大减轻患者负担。对于微

创患者中,认真做好术前评估,评估患者体重指数、手术耐受性、是否存在并发症,指导患者及早行患肢功能锻炼是手术成功与否的关键。

致谢:本文承蒙郑承泽主任及杜世新博士指导,在此表示衷心感谢!

[参考文献]

- [1] 苏晓静,李丽,胡智飞.老年患者全髋关节置换术后切口引流的观察和护理[J].现代护理杂志,2005,11(4):292.
- [2] 江雪莲,郭小玲,王玉平.成人全髋关节置换术后早期脱位的康复护理[J].中国康复,2005,20:
- [3] 杨文琴,杨连香.人工全髋置换术后并发症的预防及康复指导[J].现代中西医结合杂志,2000,9(19):1917.
- [4] 方汉萍,杜杏利,常增林,等.老年全髋关节置换术后下肢早期的康复训练[J].中国康复,2005,20(3):169.
- [5] 王宁华.关节置换术康复研究与现状.中国康复理论与实践[J].2005,11(4):260-262.

(收稿日期:2005-10-19 修回日期:2005-12-21)