

慢性自身免疫性疾病患者行人工全髋关节置换术围手术期护理

陈晓玲, 刘回芬, 刘巧梨, 桂自珍, 谭运娟, 黄天雯, 康 焱

(中山大学附属第一医院显微关节外科, 广东 广州 510080)

【摘要】 目的 总结慢性自身免疫性疾病患者行人工全髋关节置换(THA)术的围手术期护理经验。
方法 回顾性分析 2008 年 7 月至 2013 年 10 月 31 例慢性自身免疫性疾病患者行人工全髋关节置换术的临床资料。
结果 术后患者髋关节功能均显著改善, 术后 Harris 评分为(90.25±8.22)分, 31 例患者中出现 5 例跛行, 其余患者步态均正常; 切口均 I 期愈合, 康复出院。
结论 术前做好心理护理, 积极评估患者身体状况, 术后严密观察生命体征, 加强疼痛护理和早期功能锻炼, 预防护理并发症, 有利于促进患者的康复。

【关键词】 人工全髋关节置换; 慢性自身免疫性疾病; 围手术期护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2015)02—0310—03

慢性自身免疫性疾病包括系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎及强直性脊柱炎, 通常累及多系统, 导致多器官损害、功能障碍及关节严重破坏。骨关节并发症包括关节面破坏、疾病进程和激素使用导致的骨量减少和骨坏死, 大部分患者需行关节置换^[1]。人工全髋关节置换术(Total hip arthroplasty, THA)是利用人工材料将人体的股骨头和髋臼置换, 具有解除疼痛, 保持关节活动度, 保持关节稳定性和不影响或修复肢体长度的综合优点^[2]。我院于 2008 年 7 月至 2013 年 10 月对 31 例慢性自身免疫性疾病患者行 THA 治疗, 取得良好效果, 现将护理体会报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 31 例, 男性 12 例, 女性 19 例; 年龄 25~70 岁, 平均(37.8±5)岁; 系统性红

斑狼疮 5 例, 类风湿性关节炎 12 例, 强直性脊柱炎 14 例。所有患者均有服用糖皮质激素史(甲泼尼龙), 服用时间 1~10 年。术前髋关节 Harris 评分为(35.29±9.30)分。

1.2 手术方法 持续硬膜外麻醉联合蛛网膜下腔阻滞麻醉下, 患者取健侧卧位。采用髋关节后外侧入路, 于小转子上 1 cm 处斜切股骨颈, 取出股骨头, 充分显露髋臼, 注意保护坐骨神经; 切除髋臼孟唇、部分关节囊以及过度增生骨赘。打磨髋臼, 选择合适尺寸髋臼杯, 以外展 45°、前倾 15° 安装固定。股骨髓腔逐级扩髓, 前倾 10°, 安放固定股骨柄, 安装合适颈长的股骨头假体。关节复位后, 测试髋周软组织张力、关节活动范围及关节稳定性。确认无误后置引流管, 修复外旋肌群, 逐层

通讯作者:陈晓玲。E-mail:chenxl5059@163.com

肺血管阻力进一步提升, 容易诱发肺动脉高压危象和顽固性心功能不全^[8]。对于先天性心脏病合并重度肺动脉高压患儿, 严谨的治疗和尽心的护理, 是预防各种并发症, 减少肺动脉高压危象发生的关键。针对此类患儿进行个性化的护理, 是保证其恢复的一个重要手段。我们的经验包括: 根据患儿的具体情况, 应用合理的呼吸机模式辅助呼吸, 做好呼吸道管理, 给予有效的镇静方法, 应用血管扩张剂, 维持稳定的心功能, 维持满意的氧和, 有效应用降低肺动脉压力的药物, 防止气道堵塞。同时做好预防感染的应对措施以及出院指导, 促进患儿早日康复, 提高生存质量。

参考文献

[1] 丁文祥, 苏肇伉. 小儿心脏外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000: 24-26.

[2] 吴 洋. 婴幼儿先天性心脏病围手术期护理[J]. 吉林医学, 2006, 27(6): 639-640.

[3] 张丽芬. 小儿先天性心脏病合并肺动脉高压术后护理体会[J]. 全科护理, 2012, 27(2): 2538-2539.

[4] 王惠玲. 小儿先天性心脏病学[M]. 北京: 北京出版社, 1998: 98.

[5] 黄蝶卿. 呼吸机相关性肺炎的预防与护理进展[J]. 护理学杂志, 2006, 21(3): 76-78.

[6] 杨盛春, 李维光, 刘 威, 等. 婴儿先天性心脏病合并肺动脉高压围手术期处理[J]. 中华胸心外科杂志, 2003, 19(5): 304-305.

[7] 侯 嘉, 顾 虹, 张 辉, 等. 伊洛前列素在小儿先天性心脏病肺动脉高压术后的应用研究[J]. 心肺血管病杂志, 2012, 31(4): 385-388.

[8] Lopes AA, Meada NY, Goncalves RC, et al. Endothelial cell dysfunction cone lates dife lentially with survival in primary and secondary pulmonary hypertension [J]. Am Heart J, 2000, 139(4): 618-623.

(收稿日期: 2014-06-18)

缝合切口。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 慢性自身免疫性疾病是一种顽固的慢性疾病,对于常规的保守治疗效果不明显的患者,应采取行全髋关节置换术来恢复髋关节的功能。术前管床护士应多与患者交流,介绍成功病例,让患者以良好的心态去接受手术治疗。

2.1.2 评估患者身体状况 术前 3 d 根据患者具体情况由管床护士指导床上使用便器,以防止术后发生便秘和尿潴留。由于患者长期服用激素,还应检查患侧肢体有无皮肤疾病,如有应治愈或控制后再手术,以免发生感染。

2.1.3 术前功能锻炼 术前根据患者的文化水平,采用口述、发放健康宣教单张、观看视频的方式向患者进行宣教,教会患者股四头肌的收缩运动、抬臀运动及在床上拉吊环锻炼双上肢肌力运动。

2.1.4 防跌倒指导 患者由于髋部疼痛、下肢肌力较弱等因素,往往存在跌倒的风险。因此,手术前后,管床护士还要及时对患者进行跌倒风险评估,根据评分的结果及时对患者进行防跌倒的安全指导,对患者强调术后第一次下床时必须由医护人员做好评估,在医护人员或陪人的陪护下才可下床行走。

2.2 术后护理

2.2.1 严密观察生命体征 患者由于长期服用激素,可造成肾上腺皮质功能抑制现象,如出现四肢无力、肌肉关节酸疼、恶心、呕吐、血压下降、脉快、意识模糊等。术后应使用床边心电监护严密观察患者生命体征,维持低流量氧气吸入,每半小时监测体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度的变化并记录。如有异常要立即报告医生处理,生命体征平稳后改为每 2 h 测量 1 次。

2.2.2 体位护理 术后患者返回病房时,要协助医生将患者安全放置病床,过床时动作轻柔,有专人保护患肢,搬运时应将髋关节和整个患肢托起,以免搬运不当造成脱位。全髋关节置换术多采用硬膜外麻醉或全麻,因此术后予去枕平卧位,并保持患肢外展 30° 中立位,两腿之间放一软枕,并在膝关节下垫一薄软垫,预防过度屈曲和伸直。患肢畸形严重或躁动不配合者应遵医嘱行患肢皮牵引术,以预防患肢内收内旋,本组患者无出现假体脱位。

2.2.3 伤口及引流管的护理 人工全髋关节置换术后 8 h 特别是术后 4 h 内为伤口引流血量的高峰期。因此,术后 1~2 d 内特别是 8 h 内应密切观察伤

口渗血情况,检查伤口周围有无肿胀,注意保持引流管通畅,注意正确固定,标识清楚,向患者做好相关宣教,出现扭曲及反折等情况及时处理,还要防止翻身时不慎拔管。必要时遵医嘱予暂时夹闭引流管减少伤口出血。

2.2.4 疼痛护理 术后由于伤口的急性疼痛,可影响各个器官的生理功能及髋关节功能的正常恢复。与常规护理不同,术前、术中、术后均应规范镇痛治疗,术前应充分与患者沟通,让其正确掌握疼痛评分的分级,术后应及时进行疼痛评估,若术后疼痛评估 ≥ 3 分^[3],应对其做好心理护理,并根据医嘱及时对患者进行处理,使患者的疼痛状态得到解决。术后经规范镇痛,本组患者疼痛评分由术前的 8~9 分下降为 1~2 分。疼痛减轻直接影响患者满意度,患者对护理的满意度由 82% 上升至 94%。

2.2.5 用药护理 手术当天暂停口服激素,术后应用激素补充疗法,根据病情严格按医嘱控制补充激素的剂量及给药时间,并做好用药宣教,管床护士发药到口,以免出现患者漏服的现象。术后使用抗凝药物,用药期间注意血象的观察,特别是皮肤、牙龈及皮下有无出血症状。

2.2.6 皮肤护理 由于长期服用激素的患者免疫系统受抑制,常出现皮肤变薄、愈合能力差等问题,术后护士应密切观察皮肤情况,手术回室后应及时予压疮危险评估,对高危患者应做好相应护理措施,给患者使用减压垫,如应用啫喱垫保护皮肤。q2 h 协助翻身拍背、变换体位 1 次,保持皮肤清洁、干燥,床上浴 1 次/d,出现皮肤瘙痒及时处理,嘱患者勿搔抓,多饮水。翻身及使用便盆避免拖、拉、拽等动作。本组患者无发生褥疮现象。

2.2.7 并发症护理 ①下肢深静脉血栓形成:全髋关节置换术后主要并发症有下肢静脉血栓^[4]。患者术后由于切口疼痛、麻醉反应及全髋术后体位要求,下肢活动明显减少,血液流动缓慢,而且糖皮质激素还能升高血液中血红蛋白和红细胞数,增大了发生 DVT 的机会。因此术后应严密观察患肢情况,术后 5 d 内每天监测双下肢周径,对比双下肢肿胀、疼痛、皮温、颜色以及足背动脉搏动的情况。正常情况下,皮肤颜色红润,皮温暖,若患肢出现疼痛、肿胀、皮温增高或降低、潮红或紫绀,足背动脉搏动减弱或消失则为异常。术后常规使用抗凝药物,指导患者尽早进行下肢功能锻炼预防 DVT 的发生。本组患者无发生 DVT。②假体脱位:有文献报道^[5],THA 术后脱位好发于早期,一般超过 6 个月后脱位相对少见,表现为

术后突然发生剧烈髌关节疼痛,肢体短缩畸形,活动受限时,应考虑为关节脱位。发生脱位原因很多,术式的影响、术后患肢髌关节周围肌肉松弛、包裹不紧、体位摆放不正确等,都能引起脱位。本组患者无发生假体脱位。③髌关节感染:由于患者长期服用激素和免疫抑制类药物,导致机体抵抗力差,易发生髌关节感染。有糖尿病患者要积极治疗原发病。遵医嘱合理使用激素和抗菌素。观察切口皮肤有无红、肿、热、痛等感染迹象,体温、血象和血沉是否正常。及时更换切口敷料,保持清洁干燥,换药时注意无菌操作。本组患者无出现髌关节感染征象。

2.3 康复训练 在患者的术后恢复过程中,有效的术后护理和良好的康复指导是功能恢复的关键^[6]。多数文献研究显示老年髌关节置换后未进行系统锻炼者,虽然其疼痛缓解,关节功能达到预期,但与坚持康复锻炼者相比,其关节功能仍有明显差距^[7-8]。术后麻醉清醒后即可指导患者进行踝关节的背屈和屈趾活动,每天 200 次,还可指导患者进行股四头肌收缩锻炼,也是每天 200 次,注意动作要缓慢。术后 1~2 d 拔除引流管后,指导患者主动行患肢屈髌屈膝运动,逐渐增加屈髌度,活动度原则 $\leq 90^\circ$,每天 3~4 次,每次 5~10 min。术后系统、规律的功能锻炼可最大限度的恢复患者髌关节功能及髌部肌肉的力量^[9]。通过规范镇痛,提高患者功能锻炼的依从性。术后 3 d 行 X 线检查后经医生同意,可使用助行器下地练习行走,离床活动前先要评估患者肌力,达到 4 级及以上才可离床活动。每 3 个月拍片复查人工假体一次,根据恢复情况决定患者的髌关节活动度。

3 结果

术后所有患者均获得随访,髌关节功能均显著改善,术前双下肢不等长者均获得矫正。术前患者髌关节破坏严重,行走困难,术后 31 例患者中仅 5 例出现跛行,其余患者步态均正常。髌关节 Harris 评分由术前(35.29±9.30)分大幅提高为术后 Harris 评分(90.25±8.22)分。疼痛评分由术前的 8~9 分下降为 1~2

分。所有患者术后均无出现血管、神经及下肢深静脉血栓形成等并发症;切口均 I 期愈合。

4 小结

全髌关节置换术是一项创伤大、难度高的手术,而慢性自身免疫性疾病累及多个器官及系统,患者免疫力低下,故该类患者行全髌置换术属于接受手术的高危人群,有较高的手术并发症和死亡率。除对手术技术要求高外,护理人员对患者进行专业的、规范化的护理及康复指导也决定了手术的成败。管床护士术前应做好患者的解释工作及各项准备,制定周密的护理计划,对患者实施持续性责任制整体护理,术后严密观察病情变化,给予预防感染及下肢深静脉血栓形成、术后镇痛等治疗,指导患者早期进行患肢功能锻炼,可预防各种并发症,促进患肢功能恢复,提高治疗效果及提高生活质量。本组患者术后髌关节 Harris 评分较术前显著提高,髌关节疼痛减轻或症状消失,顺利出院。

参考文献

- [1] Zangger P, Gladman DD, Urowitz MB, et al. Outcome of total hipreplacement for avascular necrosis in systemic lupus erythematosus [J]. *J Rheumatol*, 2000, 27(4): 919-923.
- [2] 叶国风, 金爱东. 临床骨科护理学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 511-519.
- [3] 谢桂春. 疼痛的护理评估及控制进展[J]. *护士进修杂志*, 2002, 17(3): 182-183.
- [4] 周红, 刘渐. 骨护理[M]. 延吉: 延边人民出版社, 2011: 53-54.
- [5] 翟吉良, 蔡思毅, 翁习生. 人工全髌关节置换术后脱位原因分析[J]. *中国矫形外科杂志*, 2013, 1(21): 67-69.
- [6] 葛育纯, 王慧玲, 刘若群, 等. 全髌关节置换的康复及护理[J]. *护士进修杂志*, 2010, 15(7): 513-514.
- [7] 袁光辉. 早期康复护理在全髌关节置换术后患者中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2011, 8(6): 58-59.
- [8] 赵小红. 16 例髌关节置换术护理体会和康复指导[J]. *中国当代医药*, 2012, 19(24): 134, 136.
- [9] 邓丽娟, 王虎, 黄琴. 髌关节置换术治疗高龄股骨颈骨折围手术期的护理[J]. *中国临床护理*, 2011, 3(4): 308-309.

(收稿日期: 2014-05-30)