

老年股骨颈骨折患者人工股骨头置换术护理体会

刘红芳 冯瑞凤

(广东省丰顺县中医院 丰顺 514300)

摘要:目的:探讨人工股骨头置换术护理,减少术后并发症的发生,促进早日康复。方法:分析 36 例人工股骨头置换手术治疗的病人身心两方面存在的问题,制定相应的护理计划和相关健康教育的措施。结果:术前充分的准备、术后细心观察是减少并发症的关键。结论:人工关节置换术可解除关节疼痛,保持关节稳定,活动功能好、早期下床活动可减少因长期卧床而发生的并发症,提高生活质量。

关键词:人工股骨头置换术;护理体会;股骨颈骨折;老年人

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0073-02

随着人们寿命的延长,老年髋部损伤发病率逐渐增高,尤其股骨颈骨折是老年人外伤中常见的骨折,严重影响老年人的生理、心理和日常生活。由于老年股骨颈骨折愈合率低,故需行人工股骨头置换术,尽快恢复老年人生活自理能力,以减少长期卧床所致并发症,从而降低病死率。人工股骨头置换术在临床上应用广泛,其术前术后护理日益受到重视。本院 2004 年 10 月~2005 年 10 月收治 36 例股骨颈骨折患者,经采用人工股骨头置换术后进行全程辨证护理及康复治疗,取得了良好效果。现将护理体会总结如下:

1 资料与方法

2004 年 10 月~2005 年 10 月,我科共实施人工股骨头置换术 36 例,并采取了减少不良反应的有效措施。采血人员应态度热情、动作轻柔,对献血者表示出关心和重视,让献血者感受到温馨。为献血者讲解相关的生理及献血知识,并教会他们放松的技巧,或播放轻松的音乐分散其注意力,消除其焦虑紧张的心理,并对他们表示感谢。同时避免使用“你头晕吗?”“你恶心吗?”“想吐吗?”等暗示性语言,以避免诱导不良反应的发生。

3.2 体质因素引起的献血不良反应 空腹饥饿,睡眠不足,疲劳或剧烈运动后,机体处于应激状态下,可引起短暂的血管扩张、血压下降、脑血流量减少,易引发不良反应,此时不宜采血。采血前,采血人员应仔细观察献血者的精神状态,询问其休息及进食情况,在适合的情况下方能采血。

3.3 穿刺引起的献血不良反应 穿刺不成功、压迫不到位或压迫时间过短容易出现血肿。会引起献血者产生疼痛、紧张和恐惧、全身神经高度紧张,反射性引起广泛小血管扩张,血压下降,诱发不良反应。所以要求采血人员掌握精湛的穿刺技术,采用无痛穿刺法,做到一针见血,减轻因反复穿刺而造成献血者的紧张心理,避免静脉痉挛、血肿、误刺动脉等情况出现。一旦出现血肿或误刺动脉,应立即停止采血,抽出针尖,进行相关处理。同时,采血人员应具有良好的心理素质,不急不躁,在做到热情的同时表现出对自己穿刺技术的自信,赢得献血者的信任,消除献血者的“恐痛”心理。

3.4 血流量引起的献血不良反应 在静脉穿刺偶尔不成功或发生静脉痉挛时,血液流出减慢或停止,血流量太小,采血时间过长,献血者易产生心理压力,出现烦躁不安、心慌、恶心、呕吐等不良反应。采血时间过短,如采 200mL 血,时间不足 2min,献血者机体可出现代偿功能失调,出现面色苍白、眩晕甚至休克等不良反应。采血时间过短或过长,即血流量过

换术 36 例,男 9 例,女 27 例,比例为 1:3。年龄最大 94 岁,最小 55 岁,平均 74.5 岁。平均住院时间为 21d。

2 术前护理

2.1 心理护理 人工关节置换术给机体造成的创伤较大,要求病人有较强的心理承受能力,由于年龄偏大,又遭受严重创伤,心理承受能力低下,易导致心理失衡,出现焦虑不安、纳差失眠、悲观失望等反应^[1]。因此,应加强对症心理疏导,说明此手术的重要性及意义,讲解手术治疗情况及手术成功病例,帮助患者消除思想顾虑,树立战胜疾病信心,从而愉快地接受手术治疗和护理。

2.2 常规检查 详细询问病史,同时给予心、肺、脑、肾功能检查,如血压、脉搏、心率、呼吸、体温、血氧饱和度等。采血量大或过小,出现献血不良反应的机率越大,分别达到 10.7%和 14.3%^[1]。采集 200mL 血,采血时间应控制在 2~3min 内。可通过调节脉压带、针头斜面、献血者握拳的快慢和力度及补充体液(饮水)来调节血流量。

3.5 换气过度引起的献血不良反应 快速过度呼吸降低了血液中二氧化碳,易导致肌肉痉挛等不良反应,使献血者产生疑虑和焦急。此时,应指导献血者平稳、缓慢地呼吸,但不要深呼吸。如果不能解除肌肉痉挛,指导献血者向纸袋内吹气,并与献血者交谈,使他们消除疑虑,解除焦急。

3.6 全身不良反应 对轻度不良反应者,抬高双腿、降低头部以增加供血,保持通风,并提供冷饮或糖水,准备容器预防呕吐,绝大部分轻度反应者症状缓解并完成了献血。对中度不良反应者,应立即停止采血,并进行隔离,防止其它献血者看到,以免产生“连锁反应”。对重度反应者,应指压或针灸人中、合谷穴,必要时静脉推注高渗葡萄糖;严密观察其神志、血压、脉搏、心率及体温,如惊厥超过 5min,则应作医疗急救,在主管医生指导下静脉注射安定;待恢复后,耐心地进行解释说明、安慰,消除献血者的疑虑,并婉转地告知献血者不要再献血了;最后确保其有成人陪送回家,如有必要,安排其去送医院,以免发生意外事故。

综上所述,在献血过程中,对献血者进行相应的有效护理,不仅有助于减少献血不良反应的发生,有利于发动更多的献血者参与献血,更有利于保护献血者,使他们愿意再次参加无偿献血,确保无偿献血工作顺利发展。

参考文献

[1]刘素勤,杜菊仙,刘朋来.采血过程中血流量与不良反应的关系分析[J].中国输血杂志,2003,16(3):200

(收稿日期:2006-05-30)

30 例创伤性后颅窝血肿的护理

李燕芬 董继斌

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词:外科护理;创伤性;后颅窝血肿

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0074-02

创伤性后颅窝血肿是颅脑外伤中一种特殊类型的损伤,比较少见,约占颅内血肿的 2.6%~6.3%^[1],由于后颅窝解剖结构特殊,容量小,一旦发生后颅窝血肿,极易发生枕骨大孔疝,病死率高^[2],可高达 15%~25%^[3]。我院自 1999 年 12 月~2004 年 12 月共收治外伤性后颅窝血肿 30 例,占同期外伤性颅内血肿的 9.0%。现报道如下:

1 临床资料

本组 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 2~65 岁,平均 28.5 岁;车祸伤 16 例,坠落伤 7 例,跌伤 6 例,打击伤 1 例,均为枕部或枕顶部直接暴力;减速伤 21 例,加速伤 9 例;原发性昏迷 14 例,无原发昏迷 10 例,昏迷史不详 6 例。出现持续性昏迷 4 例,6 例出现典型的昏迷-清醒-再昏迷,10 例出现清醒后剧烈头痛,呕吐 13 例,颈抵抗 12 例,锥体束征 7 例,偏瘫 2 例,眼颤 2 例,共济失调 1 例,枕顶部头皮挫伤、裂伤、血肿 13 例。入院时格拉斯哥昏迷分级法(GCS)评分:轻型(13~15 分)10 例,中型(9~12 分)13 例,重型(3~8 分)7 例。手检查,监测出凝血时间、血糖及血压、体温等,是否在正常值范围,初步掌握病人全身情况及有无手术禁忌证。

2.3 术前准备 检查手术区及邻近区皮肤黏膜是否完整,应无破溃及感染灶存在,同时做好常规术前准备,搞好病人个人卫生,必要时行皮牵引,卧床休息 1~2 周,床上训练大小便。指导病人股四头肌等长收缩及直腿抬高锻炼,目的是提高患肢肌力,促进血液循环,减少并发症特别是下肢深静脉血栓(DVT)的发生率^[4],使病人认识到早期功能锻炼的重要性和必要性。

3 术后护理

3.1 一般情况观察 密切观察血压、脉搏、呼吸、体温等生命体征变化,去枕平卧位 6h,禁食 6h,术后 1d 忌生冷油腻食物,以减少胃肠道反应。

3.2 预防人工关节脱位 搬运、大小便、翻身等行为动作时应注意髋部保持稳定性,动作轻柔,双手托髋部,双下肢并拢,切忌动作过大、过猛。卧床时患肢给予 T 鞋制动,防止患肢内收、外旋,保持在外展 30° 中立位,必要时给予腿套牵引,同时在膝关节处垫一薄软枕,保持其功能位。密切观察髋关节处有无包块、患肢有无短缩等异常情况,及时发现,及时处理。术后 1 周内禁止垂直坐位。

3.3 负压引流管护理 保持引流管通畅,防止屈曲、扭转、脱落,使吸引盘成负压状态。更换引流装置时,应注意无菌操作,一般术后 48h 引流量少于 50mL 就可以拔管。

3.4 防止下肢深静脉血栓形成 密切观察患肢颜色、温度、运动、感觉、肿胀程度,有无异常被动牵拉足趾疼痛,有无腓肠肌压痛。鼓励病人术后 6h 开始加强小腿肌肉静态收缩和

术治疗 20 例,保守治疗 10 例,治愈 27 例,2 例死亡,1 例自动出院。所有患者均经 CT、MRI 检查,均证实后颅窝血肿存在,骑跨型硬膜外血肿 11 例,幕下硬膜外血肿 19 例(其中 2 例伴小脑内血肿)。硬膜外血肿依 Peterson 和 Sachs 公式,脑内血肿按多田公式计算:血肿 <10mL 5 例,10~20mL 15 例,>20mL 10 例,最大血肿 60mL。头颅 CT 或 X 线片检查发现有枕骨骨折 20 例。

2 护理

2.1 细致观察 后颅窝血肿临床表现常缺乏典型特征^[5],应注意受伤部位。本组 30 例系枕顶部损伤,其中枕骨骨折 20 例,枕部皮肤损伤 14 例。对此类病人更应加强意识与瞳孔的观察。

2.1.1 注意观察意识的演变 多数病人虽有原发性昏迷,但其临床经过多为亚急性,早期病情相对稳定,意识清醒者多见,当后颅窝血肿逐渐形成时,常表现为进行性意识障碍或昏迷加深。故应每 15~30 分钟进行一次 GCS 评分动态评估,踝关节运动,促进血液循环,必要时应用抗凝剂。

3.5 预防切口感染 密切观察体温变化,术后 3d 24h 监测。注意切口局部有无红、肿、热、痛等体征发生。术前 1d 应用抗生素,术晨术后继续加强抗生素应用。及时更换敷料,保持切口干燥、清洁,换药时严格无菌操作。

3.6 功能锻炼 术后第 1 天即鼓励病人股四头肌等长收缩和踝关节伸屈训练,以后逐渐加强肌力训练^[6],必要时应用 CPM(下肢关节功能锻炼器)每日 2 次进行患肢锻炼,以协助肌力恢复。1 周后可指导病人先坐起,再在床旁站立,然后在无不适的情况下扶拐下地进行行走练习,并注意病人安全,避免再次损伤。

3.7 出院指导 继续加强肌力训练,逐渐增加活动量。日常生活中如洗澡、上厕所等应避免髋关节过度屈曲。禁忌“盘腿”动作及坐矮凳,避免髋关节过度承受压力和负重,尽量减少关节磨损,提高生活质量。

综上所述,人工股骨头置换术是一项技术难度较大、创伤大、出血量较多的手术,所以对病人术前心理的正确评估、术后避免并发症和意外发生、做好出院康复指导是病人功能恢复和提高生活质量的重点,通过精心护理和合理治疗,病人可以获得满意疗效。

参考文献

[1]杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995:338
[2]毛宾尧.人工髋关节外科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2002:12
[3]华蕾,宋艳霞,孙燕.34 例人工髋关节置换病人的康复护理[J].中华护理杂志,2001,36(8):599~600

(收稿日期:2006-04-30)