

人工髋关节置换术护理体会

梁美兰 毛海秀

(江西省高安市中医院 高安 330800)

关键词:人工髋关节置换术;护理;并发症预防

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.066

人工髋关节置换是髋关节疾患终末治疗的有效方法,老年人髋关节病变如不能得到及时有效的治疗,常常导致髋关节功能的丧失,通过人工髋关节置换能有效地缓解疼痛、稳定关节、矫正畸形、改善关节功能,从而提高患者生活质量。手术固然重要,但术后的护理及康复训练指导也有着举足轻重的作用。现将 2006 年 6 月~2008 年 10 月对 15 例人工髋关节置换术患者护理体会报告如下:

1 临床资料

本组 15 例,男 5 例,女 10 例,年龄 40~84 岁,平均年龄 63 岁。左股骨头下型骨折 7 例,其中男 1 例、女 6 例;左股骨头缺血坏死 2 例,男、女各 1 例;右股骨颈型骨折 2 例,均为女性;左股骨颈型骨折 4 例,男 3 例,女 1 例。均有髋关节疼痛、活动受限病史,全部行人工髋关节置换术。

2 术前护理

2.1 心理护理 本病多见于老年患者,多对人工关节持怀疑心态。因此,在患者进入病房后,要热情接待,介绍病房环境、制度、责任医师及护士,让病人熟悉环境,并耐心向患者及家属介绍手术方法、优点、术者的技术及国内外手术成功率,提高患者手术信心,消除紧张恐惧心理,或请手术成功的患者现身说教,以取得患者及家属的信任和合作,使患者积极主动地配合治疗和护理。

2.2 适应手术后体位改变的训练指导 术前适应性锻炼,让患者进行直腿抬高,练习股四头肌收缩力量。方法:患者平卧床上,下肢伸直尽量抬高,然后放下,反复进行,为术后恢复打下良好基础。患者术后一段时间内不能下床,术前训练患者床上大小便及指导患者家属正确使用便器的方法。

2.3 术前准备 做好术前各项常规检查,备皮、备血,留置导尿,准备围手术期用药。

3 术后护理

3.1 基础护理 术后密切观察患者的血压、心率、呼吸、神志及瞳孔变化,及早发现异常情况并及时做相应处理,保证患者的生命安全,术后每 30 分钟测量血压、脉搏、呼吸 1 次至平稳。保证镇痛泵固定良好、镇痛有效,术侧肢体下方垫入适当厚度的软枕,使髋关节稍屈曲,患足穿防旋鞋,避免下肢外

旋、内翻。引流管、导尿管妥善固定于床旁,麻醉清醒、生命体征稳定后取低坡卧位。术后进食富含营养的汤、粥、面食、鲜牛奶、豆浆之类的清淡饮食。

3.2 患肢护理 (1)预防髋关节脱位。确保患肢髋关节稳定是预防关节脱位最重要的措施。术后患肢外展 15°~30° 中立位,加强巡视,及时矫正不正确的体位。(2)注意末梢血运。术后 48 h 内严密观察患肢末梢血运,经常检查患肢皮肤有无青紫、皮温及足背动脉搏动情况。(3)观察伤口渗血及引流液的颜色、量及性状,并做好记录,及时报告医生。如 24 h 引流量 <50 mL,则可拔除引流管^[1]。

3.3 并发症的预防 术后最常见的并发症是肺部感染和褥疮,教会患者有效咳嗽、深呼吸及扩胸运动以增加肺活量,改善肺部通气。建立预防褥疮监测表,严格床边交接班,保持床单及皮肤清洁干燥。睡气垫床,协助翻身,1 次/2~3h,向健侧翻身 5°~10°,保持患肢处于外展中立位,将一薄枕放于腿下,并支持背部,忌患侧卧位,并指导患者进行自主翻身法,患者双手拉住床吊环,健侧屈膝 45°,抬起胸腰背及臀部离开床面。预防泌尿系感染,指导患者多饮水。

3.4 下肢深静脉血栓的预防 深静脉血栓可继发致命性的肺栓塞和远期下肢深静脉功能不全,按摩患肢是预防深静脉血栓形成的关键,抬高患肢,给患肢做自下而上的按摩,每日 4~6 次。

3.5 康复指导 指导患者进行股四头肌的等张收缩运动,患者卧位,嘱患者伸直膝关节,足背背曲,大腿肌肉绷紧,然后放松。正确指导髋活动范围,患肢屈膝屈髋时,髋关节屈曲 <45°,避免患髋内收内旋^[2]。做到“六不要”:不要交叉双腿;不要卧于患侧;不要坐沙发或矮椅;坐位时,不要前倾;不要弯腰屈髋拾东西;不要在床上屈膝而坐。随访指导:术后 1、2、3、6、12 个月来院随访,以后每年 1 次来院复查^[3]。

老年人骨质疏松,只需很小的扭转暴力,就能引起骨折,股骨颈骨折是老年人常见的一类骨折。而股骨头的血液供应主要依靠于旋股内、外侧动脉,两动脉环绕在股骨颈的基底部,股骨颈骨折时,尤其是头下型股骨颈骨折,旋股内、外侧动脉的分支受伤最重,对股骨头的血液供应影响也最大,因

乳腺癌术后患侧上肢水肿 135 例护理体会

熊美玲

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词:乳腺癌;术后;上肢水肿;护理

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.067

上肢水肿是乳腺癌根治术后常见并发症之一,很大程度影响患者身心健康,以至患者的生存质量降低。我院自 2004 年 3 月~2009 年 3 月,以手术为主综合治疗乳腺癌 1 208 例,其中行乳腺癌根治术 942 例,术后共发生患侧上肢水肿 135 例,水肿发生率 11.2%。现对这一并发症的有关因素及护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例均为女性,年龄 36~78 岁,平均 45.3 岁。按《现代乳腺肿瘤学》^[1]提出的上肢肿胀分级标准,本组轻度肿胀 57 例,中度肿胀 40 例,重度肿胀 38 例。根据国际抗癌联盟提出的 TNM 分期法(1988),本组 I、II、III、IV 期乳腺癌术后患侧上肢水肿的发生率分别为 2.3%(3/132)、5.9%(25/422)、15.7%(88/559)、20.0%(19/95)。

1.2 辅助治疗情况 本组病例术后未行辅助治疗 155 例,出现上肢水肿 12 例,发生率为 7.7%;单用化疗 746 例,出现上肢水肿 62 例,发生率为 8.3%;术后放疗或放疗加化疗 307 例,出现上肢水肿 61 例,发生率为 19.9%。

2 上肢水肿的预防

2.1 正确选择手术方式 应根据患者病情选择适当的方式,不可盲目扩大手术范围。保留胸肌的改良根治术能明显减少术后上肢水肿的发生率,提高生存质量,且不降低生存率。应严格掌握根治术后放疗的适应证,放疗是局部治疗的手段,可降低局部复发率,但不能控制远处转移。

2.2 手术后密切观察胸壁负压引流 保证引流的通畅,保持足够负压,及时引出腋窝积液。更换引流装置或倾倒引流液时严格按照正规操作,以防逆流引起感染。离床活动时,嘱咐患者引流瓶应低于引流口高度。取平卧位时,患者上肢可用衣被或枕头

垫高至胸壁以上水平,有利于静脉回流。

2.3 功能锻炼 循序渐进的功能锻炼是预防上肢水肿的关键。术后第 1~3 天床上练习腕关节、肘关节的被动活动,如握拳、屈肘,限制患肢外展外旋,肩关节应于内收位制动,以利于腋窝皮肤的贴敷。第 4~5 天让患者用健侧手握住患肢的拇指向前向上举练到肘关节伸直位。第 6 天开始患侧手顺墙壁爬行,爬到手能及最高限度为止。第 7~8 天用患侧手摸耳,先摸同侧耳朵直至能摸到对侧耳朵。第 9~10 天开始肩关节的向前向后旋转运动,并进行逐步重力锻炼。有腋下积液积气皮瓣尚未充分与胸壁贴合者,或近腋区皮瓣较大面积坏死,肩关节的活动应延迟或减少活动量。

2.4 避免患侧上肢采血、输液及任何注射 静脉穿刺易引起腋静脉内膜炎症、纤维化、管壁增厚甚至闭塞,导致静脉回流障碍。本组有 1 例患者术后第 3 天行患侧上肢输液 400mL,发现后停止输液,术后第 5 天出现轻度水肿,第 8 天中度肿胀,经过 15d 手法按摩后水肿完全消退。

3 术后上肢水肿的治疗及护理

3.1 心理护理 患者一旦确诊为乳腺癌,即会出现一系列心理学问题,经过否认、愤恨、妥协、抑郁、接受 5 个阶段后,多数患者均能逐渐寻找到心理的平衡而平静地接受手术。患者在渡过患病初期的“癌症危机”后,精神力量几乎消耗殆尽,此时患者心态敏感而脆弱。上肢水肿(特别是重度水肿)的发生无疑使患者再度处于心理困境,而产生抑郁、悲观自弃、暴躁等情感变化,出现治疗不积极甚至拒绝治疗。针对这一特殊情况,我们首先与病人充分交谈,以诚相待,耐心听取患者的倾诉,把握患者的心理状态,与医生及患者家庭成员保持一致,使每一位患者能够顺利渡过心理障碍这一关,使患者以积极

此骨折很难愈合,极易出现股骨头缺血性坏死,导致长期卧床,出现并发症,影响生活质量。我科 2 年来通过对 15 例行人工髋关节置换术患者实施上述护理措施及系统的康复知识指导,杜绝了老年卧床病人常见的并发症,缩短了病程,减少了卧床时间,提高了患者的生活质量。

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,1995.1 701-1 703
[2]秦瑞云.老年股骨颈骨折的康复护理[J].中国康复医学杂志,1999,14(3):134
[3]严乾淑,潘燕,王容良.预防人工髋关节置换术后并发症的护理[J].四川医学,2006,27(6):61

(收稿日期:2009-06-03)