

髋关节置换微创手术围手术期护理

黄雪 马惠

玉林市中西医结合骨科医院 广西 玉林 537000

摘要:目的:研究髋关节置换微创治疗围术期患者的应用疗效。研究:选择了二零一五年十月至二零一七年十月期间在我院处理的六十例髋关节置换及微创治疗病人作为观察样本,均分成二组,对照组为常规治疗,检查组为综合管理,并对比了二项治疗成效。研究结果:在干预后,两组的焦虑、痛苦评价均低于干预前,但Harris的髋关节功能、满意度评分均高于干预前,且观察各组的焦虑、痛苦评分均不及对照组,但Harris的髋关节功能、满意度得分均高于对照组。研究总结:髋关节置换微创治疗围术期患者的应用成效显著,身体体征有所好转,增强了保护作用,值得进一步推广。

关键词:髋关节置换微创手术;围手术期;综合护理

引言

先天性髋关节由股骨头和髋臼相对组成,髋臼内仅零点五形面被覆滑膜关节球粒,而髋臼窝中则含有肌肉,能随滑膜关节内压力的减少而被挤压及吸收,以维持滑膜关节内气压的平衡,而先天性髋关节则为有轴的滑膜关节,能完成屈肌、收展、辗宽和环转等作用,并使用了先天性髋部关节的重量,是构成人躯体结构的重要关节之一^[1]。由于下列各种因素,所导致的坐骨性关节炎、骨无菌性发生坏死(如股骨头坏死等)、某些髋部骨折(如股骨颈骨折)、类风湿性关节炎、创伤性关节炎、良和恶性骨肿瘤、强直性脊柱炎等,一旦不能有效处理将严重干扰病人的正常日常生活工作,目前人们普遍认为,通过其他的各种非手术治疗手段都无法使疾病有所减轻的,应该尽早实施手术处理(人工髋关节置换)。而在围手术期期间,如果出现了部分甚至全身活动性感染都可能出现严重并发症^[2-3]。据此,文章通过深入研究了先天性髋关节置换术围手术期间的保护方法及其对术后病人的效果作用,为以后的护理工作积累了经验,总结的告如下。

1 临床资料

选取了二零一五年十月至二零一七年十月期间在我院诊治的六十例髋关节置换微创术病人作为调研对象,均分成二组,每组三十例,其中,对照组男性患者18例(百分之六十点零零),女性患者12例(百分之四十点零零),年龄在三十七至七十九岁,平均年龄位(54.54±1.34)周岁,历史文化水平:本科生及以上学历患者约10例、硕士以下文凭者约二十人;观察本组的男性病人19例(百分之六十三点三三),女性患者11例(百分之三十六点六七),年龄在三十五至七十九岁,平均年龄位(54.44±1.35)岁,文化水平:大专及以上学历病人12位、

大专以下学历病人十八位。两组患者在基本资料(文化程度、年龄、性别)方面,统计学无意义($P > 0.05$)。加入条件:按照WHO的对于髋关节置换微创手术的诊断要求^[1],经诊断为髋关节置换微创手术的,全部病人均为自愿参加,出具知情同意书。精神疾病患者除外;除没有签知情同意书的;除患重大脏器病变患者,以及排除手术禁忌者。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理

从病人入院开始做好心理护理干预,根据病人存在的既迫切想要借助手术来改善行动不便、健康生活的迫切希望,又对于治疗造成的困难以及对治疗结果的顾虑和恐慌紧张心态,通过各种途径与病人进行交流,向患者详细介绍诊断的准确程度以及诊断前的注意事项等,并聘请了以往经过诊治后康复好的病人来和他们进行沟通,以缓解他们的思想顾虑等,让他们以轻松的心态积极完成诊断检查。全髋置换术病人因为对术后的有关专业知识并不熟悉,又缺少对手术方式、手术程序、手术预后等基本知识的了解,在围术期出现害怕、焦虑、担忧、不安、情绪压抑等各种程度的心理负担,严重影响了病人对患者护理配合、术后恢复功能训练等的顺利进行,严重影响了病人的心理健康。通过对病人的心理个性特征、心理负性状态在围术期采取全程的心理监护干预方法,以及入院后的角色转变,术中做好对病人与技术相关矢专业知识的教育培训提高患者意识、耐心的利用话语沟通进行心灵引导,在术后中通过心理引导、暗示等手法提高了患者对治疗疾病的自信,并帮助其抛开思想包袱,以保持积极乐观的心态完成康复功能训练。

2.2 术后护理

体征监控护理术后,应当时刻监视病人的血压、脉搏、呼吸、尿量、心脏静脉压等方面的变动状况,尤其注意合并其他系统疾病的患儿,发现异常及时告知医师或实施紧急监护处置;注意检查病人的体表特征,包括表情改变、呼吸道是否通畅。

2.2.1 引流管护理

引流管是为将髋关节腔隙内形成的淤血有效引出体外,减轻创口的血肿形成以降低感染有利于创口修复。因此应保证引流管的通畅与完好,在术后二十四h内应严格无菌操作,若发现血块或堵塞应进行清洗以避免引流液倒流;并严密监视引流量、引流液的色泽情况,在引流 $\leq 50\text{ml/d}$ 后应拔出引流管。

2.2.2 疼痛护理

对疼痛感觉较为严重的应用镇静、镇痛药,通过镇痛泵抑制患者的疼痛;对于疼痛感虽然明显但又可以忍受的人则通过物理治疗科,如使用冷囊或对创口位置冷敷来降低对周围神经末梢的敏感性,以取得镇痛效果;同时通过对病人实施合理的疼痛与心理干预措施来引导病人,并通过各种方式来转移或分散病人的注意力,以实现轻微疼痛不必吃药、中等疼痛物理辅助消除、重度疼痛合理用药。从而降低由于使用药物而引起的心理不良影响,利于病人的恢复^[2]。

2.2.3 饮食、卫生护理

对术后病人的饮食加强管理干预,引导病人多吃青菜、果汁,多喝水,以防止便秘和泌尿系统感染;协助病人经常改变体位,以防止出现皮肤感染;帮助病人维持健康,以避免细菌侵入,保证衣服的宽松干燥,有助于将汗水排泄,以及衣服定期更换等。

2.2.4 患肢护理

避免病人的患肢部位发生过屈曲和伸展,防内旋、防内收等,通过选择在病人患肢部位适当安置软枕的方式可以保证有利于康复的体位,并使之相对稳定,从而避免置换的人工髋关节脱落;注意密切观察病人患肢部位周围的皮肤改变状况,如患肢皮下青紫、皮温降低、脚背部动脉功能消失或减弱等时应及时处理,对创口周围的表皮加以清除,防止再出现感染。

2.2.5 康复锻炼护理

在自身条件允许下,及时地对病人开展身体恢复训练以提高病人的体质恢复,这一过程中应循幅度由从小到大、数量由小到多、程度由轻到重、自主反思、从被动到主动的基本规律,并依次循序渐进,切不可急于求成,以降低术后的疗效^[3]。(1)一般于治疗后的第二日即对病人的

对病人的创口所在部位进行适当治疗,同时对患侧端的踝关节进行主动屈肌运动和抗阻运动以提高病人下肢血液回流,降低深部静脉血栓形成的可能性;(2)在手术后的一周后指导患者进行直腿抬高训练,并加强患侧髋周围肌群和股四头肌的力量性训练(在无痛前提下),为后期的坐立式训练作好了准备;同时还不断开展行床沿身体的变换性锻炼,以及转体动作训练等。(3)在手术拆线后,可进行及加强跑步锻炼,同时,继续加强对正常的健侧股四头肌渐行抗阻训练,以提高健侧下肢的肌力。在锻炼过程中特别要注意髋对外展肌群的肌力锻炼,由于其对髋关节的负重行走能力和稳定性影响尤为重要。(4)在术后的一个月左右内基本能够完成患者髋关节的负重功能锻炼练习,通过协助患者进行一些日常生活方面的锻炼,如穿短裤、穿鞋袜、洗澡、走路、取东西等都能够减轻病人髋关节的屈曲程度,同时也可以增强对患者的全身锻炼功效;帮助患者持拐步行、过障碍、上阶梯、按部分或负重训练行走的合理方式和主要以事项等,并逐步加大对患者的锻炼运动量,以及时弃杖。

2.2.6 出院护理指导

对经处理后符合出院要求的给与一定的护理支持。并要求病人的床铺平整、软硬合适;正确的起居方式和睡姿,脚二腿不要交错,坐具位置适当^[4],休息中不要侧卧,采用安静的仰卧式方式;避免过度屈膝,走路时也应注意控制患侧的摆动范围;防止过分屈膝,在走路时也应注意限制患侧的身体摆动范围;避免过长时间走路和攀上;注意保持良好的生活习惯等。

2.3 指标观察

观察的两组干预前后焦虑、疼痛、Harris的髋关节活动、满意度评估等。焦虑症评估根据焦虑评定数据量表进行评估,总分四十时,当零评分时,表示没有焦虑反应,当四十时,则表明焦虑反应极高,评估的分值越高,表明焦虑反应越轻微,反之,则表明焦虑反应较严重。疼痛评估根据疼痛评分量表进行评定,总分十个,评估的分值越多,就表明疼痛反应较严重,反之,则表明疼痛反应较轻微。Harris的髋关节功能评估按照Harris髋关节功能评估量表进行评定,总分一百分,当评估所得分值越高,说明Harris髋关节功能越高,反之,则说明Harris的髋关节功能越高^[5]。满意度评估根据满意度的评价量表进行评定,总分一百分,评估的分值越多,则表示满意度越高,反之,则表示满意度较高。

2.4 统计分析

将数据用SPSS18.0软件统计分析,用($\pm s$)来表示计量资料,用 t 检验计数资料, P 值 < 0.05 ,统计学有意义。

3 结果

两组的干预前焦虑、疼痛、Harris髋关节功能、满意度评估结果:在干预前,对二组的焦虑、疼痛、Harris髋关节功能、满意度评估结果进行了对比,但统计学上无意义($P > 0.05$);干预后,两组的焦虑、疼痛评分均低于

干预前,但Harris的髋关节功能、满意度评分均优于干预前,再观察各组的焦虑、疼痛评分均低于对照组,但Harris的髋关节功能、满意度评分均优于对照组,此统计较有意义($P < 0.05$)。

项目	焦虑		疼痛		Harris髋关节功能		满意度	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=30)	30.24±1.52	10.26±1.05	7.26±0.54	3.01±0.23	67.24±2.65	84.26±1.23	68.65±2.68	85.45±1.24
对照组 (n=30)	30.23±1.51	20.12±1.24	7.25±0.56	5.32±0.42	67.23±2.66	75.45±1.54	68.66±2.69	76.24±1.64
t值	0.5245	5.5124	0.5413	5.3265	0.4512	5.4126	0.4584	5.3247
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

4 讨论

髋关节置换微创手术最为临床上极为典型的骨科治疗方法,治疗过程中,病人往往会产生一定程度的心理应激反应,给病人的外科治疗质量以及术后康复能力带来了一定程度的影响,因此病人极易产生不安、心慌等消极心理感受,应给予重点关注。通过采取某些已经通过医学验证安全可行的围术期保护手段,可以减少术后对髋关节周边组织所产生的应激,并促使病人的迅速恢复。加速康复外科理念,对现阶段临床上许多病人的护理模式都有促进作用,现阶段已在消化系统、生殖系统等疾病中应用广泛,并达到了良好的护理疗效。骨科术后病人,由于在手术之前必须接受较大的麻醉、饥饿、疼痛刺激,因此病人术后有很大的不良并发症发生风险,从而导致病人的术后恢复遭受了很大的负面影响。

针对这一现象,病人的医护服务质量显得极其重要和关键,成正比关系,如何提高病人围手术期间的医护服务质量十分重要与重要,综合医护作为全方面、针对性极强的医护护理服务措施,通过在治疗前期对病人进行卫生宣教、心理健康指导等医护举措,可以有效减少病人严重痛苦,改变病人心理状态,增强病人的认知度和依从感,从而便于病人诊断和监护手段的开展,应用效果显著;术后是病人机体的恢复期,针对性的为病人进行高质量的护理技术,根据病人的实际状态和机体康复状况,为病人制定针对性的肢体康复方案,提高病人肢体的恢复效率,使用价格很贵,所以,综合护理在髋关节置换微创治疗围术期治疗中的使用意义非常大^[6]。

结束语

综上所述,通过对髋关节置换术患者的周围术期实施全方位护理,可以提高患者的健康质量并采取合理预防手段以降低并发症,疗效明显,同时也提高了护理人员的综合素质,从而建立了良好的医患关系,因此具有很重要的护理价值。

参考文献

- [1]张海燕,郑春兰,纪宝琼.老年股骨颈骨折人工髋关节置换术的综合护理干预效果[J].中外医学研究,2017,15(3):77-78.
- [2]刘云,李海艳.舒适护理应用于股骨颈骨折患者临床护理中的效果观察[J].世界中医药,2015,22(A02):870-871.
- [3]郑海伦,黄巧萍,流于莹,等.临床护理路径在股骨颈骨折花在你和中应用效果的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2015,21(11):1327-1333.
- [4]李小燕,彭彩虹,龙春梅,等.围手术期综合护理干预预防老年全髋关节置换下肢深静脉血栓形成的效果观察[J].医学理论与实践,2016,29(21):2994-2996.
- [5]张秀清.综合护理干预对中老年髋、膝关节置换术后下肢深静脉血栓的预防作用[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(7):44-46.
- [6]葛连.人工髋关节置换术患者中运用综合护理干预的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(30):6028-6029.