

# 老年患者全髋置换术后并发症的预防与护理

蒙秋悦(重庆市永川区人民医院 402160)

【关键词】 老年患者; 全髋置换术后; 并发症; 预防

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.21.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)21-2680-02

随着社会的进步及科学的发展,人们生活水平不断提高,我国人口进入老龄化。全髋置换术已成为治疗老年患者股骨颈骨折和股骨头无菌性坏死的常用且有效的手段。明显缩短卧床时间,提高了生活自理能力和改善了生活质量。接受全髋置换术的皆是老年患者,具有各种脏器功能衰退,体质弱的特殊性。术后并发症常有感染、深静脉血栓、压疮、出血、便秘、直立性低血压、假体松动或脱落。因此,对患者进行科学、客观地评估,经过系统的并发症预防,满足患者基本需要,采取有效的护理措施及康复训练,对提高患者的生活自理能力,保障手术的实质性成功,具有重要意义。现将护理体会报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2007 年 8 月至 2010 年 1 月,在本院骨科接受全髋置换术的患者 83 例,其中股骨头无菌性坏死 12 例,男 10 例,女 2 例;股骨颈骨折 71 例,其中男 28 例,女 43 例。除 2 例股骨头无菌性坏死为分期(半年)行双侧人工全髋置换外,其余均为单侧人工全髋置换。

**1.2 心理疏导** 首先护理人员应态度和蔼,语言真诚,加强护患之间的心理沟通,介绍成功病例。减轻或消除患者的紧张、恐惧心理,树立战胜疾病的信心。然后,用适当语言向患者及家属介绍手术的必要性及相关配合方法。介绍术前应做的准备、注意事项,有吸烟史及饮酒史者,应劝其戒烟、戒酒,并避免被动吸烟,减少肺部感染及血栓形成的概率。其次,与家属达成共识,善待患者,配合护理人员做好生活护理,增加其舒适感,减轻思想负担,以良好的心态配合治疗和护理。

## 1.3 术后并发症的预防和护理

### 1.3.1 出血

**1.3.1.1 冰敷** 术后 24 h 内用毛巾包裹冰袋冰敷切口(避免浸湿敷料和冻伤局部皮肤)。可以使局部毛细血管收缩,血管通透性降低,减轻局部组织充血。还可以使血液循环减慢,血液黏滞度增加,从而减少出血。

**1.3.1.2 病情观察** 术后置心电图监护于床旁,密切观察生命体征及血氧饱和度情况;向医生了解术中出血情况,术后严密观察伤口敷料有无渗血、渗液情况及引流液的量、颜色和性状,保持引流的通畅,无扭曲、无折叠、无脱落。若血压下降,脉搏增快,脉压差减小,血氧饱和度降低,引流液超过 400 mL/d,色鲜红,应及时告知医生并配合处理。

### 1.3.2 感染

**1.3.2.1 切口感染** 该手术术后感染率较低,但一旦感染发生将直接影响患者康复护理计划的实施。故术前应遵医嘱预防性使用抗生素,术后保持切口敷料清洁干燥,严格无菌技术操作,发现敷料渗血、渗液或污染时应及时更换;保持负压引流的通畅,每天定时更换负压引流器并准确记录引流量。术后 24~48 h,引流液小于或等于 50 mL/d 时应拔除引流管,减少切口感染的机会。还应监测体温的变化,术后 3 d 内低热为吸收热,告知患者不必紧张,若体温高于 38.5℃且持续时间应及及时告知医生,积极配合抗感染治疗。

**1.3.2.2 肺部感染** 由于患者长期卧床,活动量明显减少,咳嗽乏力,痰液不易咳出,易造成肺部感染。故术前应教会、术后应督促患者正确深呼吸、咳嗽、咳痰。具体方法为:指导患者用鼻深吸一口气后稍屏气,然后用胸肺爆发力呼气,能有效把痰液咯出,还可以每天用吹气球的方法增加肺活量,预防肺不张,每天 3 次,每次 5~10 min。发现痰液黏稠,不易咯出时可用杯状手叩背或雾化吸入,能及时排除痰液保持呼吸道通畅,可有效预防坠积性肺炎的发生。

**1.3.2.3 泌尿系感染** 鼓励患者多喝水,约 2 000~2 500 mL/d。可达到自身冲洗膀胱的作用,留置尿管期间,应保持尿管的通畅,做好尿道口的清洁,并且每天用碘伏消毒尿道口。术后 3 d 内尽早拔除尿管,可有效预防泌尿系感染。

**1.3.3 压疮** 术后患者卧于气垫床上,本科室常使用长约 60 cm,宽约 40 cm 的水垫 2~4 个,水垫上铺 1~2 层新毛巾垫于背和臀部,每 2~3 h 更换,交替使用。因新毛巾柔软,吸水性能好,能减少局部摩擦;水垫温度较低,能有效缓解局部皮肤长期受压所致的发红、发热,水垫有波动性,对局部皮肤起到良好的按摩作用,增加了患者的舒适感。每天为患者温水擦洗全身,更换棉质内衣,在皮肤皱褶处扑爽身粉,保持皮肤的清洁干燥。鼓励患者进食高蛋白、高热量、高钙、丰富维生素且易消化的饮食,有利于组织的修复和预防压疮的发生。

**1.3.4 深静脉血栓(DVT)** DVT 是人工全髋置换术后的一种常见且高危的并发症。术后长期卧床,活动量减少,血液循环减慢,加之老年患者常多并发多器官组织器质性病变而使血液处于高凝状态,应警惕下肢 DVT 形成并继发肺栓塞危及生命。所以预防 DVT 发生尤为重要,术后应用软枕抬高术肢使之略高于心脏水平,有利于静脉回流。麻醉消失后,鼓励患者早期主动活动双下肢,即行足背伸、跖曲活动及股四头肌和臀肌的收缩舒张运动,配合充气波对双下肢行气压理疗能迅速减压下肢静脉,增加静脉回流,能有效预防 DVT 的形成,如发现术肢肿胀,皮肤发白、发绀或皮温升高,足背动脉扪及不明显,此时严禁对术肢热敷或按摩,并严密观察生命体征的变化和呼吸道症状。如突然呼吸困难、气急、咳嗽、咯血样泡沫痰时应立即给予高压氧气吸入,配合医生处理。

**1.3.5 假体松动或脱位** 髋关节脱位是全髋置换术中常见的一种并发症。假体松动的患者自诉腹股沟和臀部疼痛,经 X 线片检查可明确是否松动或脱位。术后术肢穿“丁”字鞋保持外展中立位,勿内旋内收,在日常生活中坚持“八不”原则:(1)屈髋不超过 90°;(2)不坐矮凳和沙发;(3)不盘腿;(4)不翘二郎腿;(5)不下蹲;(6)不向侧方弯腰和上身不得向前弯腰超过 90°;(7)术肢膝关节抬高不得超过同侧髋关节;(8)不剧烈运动。还应注意术后 6~8 周避免性生活。还应指导患者正确使用助行器和拐杖及体位转移方法。上下床均应于术侧进行,先下健肢,再下术肢,扶双拐但不负重行走,健腿先迈,再跟上患肢,拐杖随后。坐下前,腿部应接触床边,再双手向后支撑床面坐下,避免屈髋超过 90°。

**1.3.6 便秘** 由于患者年老体弱,缺少活动,加之排便体位和环境的改变都容易造成便秘。应细心观察患者的生理反应,主动询问其排便情况,鼓励其多饮水,少食多餐,进食新鲜蔬菜和水果等粗纤维食物,同时避免进食刺激性强的食物。指导患者或家属以肚脐为中心,顺时针方向按摩下腹部,以促进肠蠕动。排便时用床幔或屏风遮挡为患者提供一个相对私密的环境。如术后 3 d 仍未排便,应遵医嘱用开塞露或行大量不保留灌肠,以解除便秘。

**1.3.7 直立性低血压** 患者长期卧床,突然由平卧位转为坐位或站立位时易发生头晕、心慌不适、大汗淋漓、面色苍白等症,主要是因为突然的体位改变致大脑供血不足所致。所以,应先摇高床头支架约 30°休息后,无上述症状再逐渐加大角度至 80°注意保持屈髋小于或等于 90°,再嘱患者低头在床边坐下,然后先下健肢再下患肢,扶助行器站立。如感头晕、心慌应立即协助患者平卧,并行心理疏导,解释其原因,缓解其紧张恐惧心理。

**2 结 果**

通过定期复查和电话随访了解到本组患者能坚持正确的功能锻炼和保持良好的身体姿势,掌握预防各种并发症的预防要点,均无相关护理并发症发生,手术效果非常满意,生活质量

得到了明显的提高。

**3 讨 论**

人工全髋关节置换术后手术效果受患者年龄、体质、病变性质、并发症及护理等相关因素的影响。术后并发症的发生与否直接影响手术的成败。所以,护理人员应以爱心、耐心、热心、细心、关心为基础,掌握预防全髋置换术后并发症的相关知识要点,密切观察病情变化情况,对患者进行科学、客观地评估,满足患者基本需要<sup>[1]</sup>。经过系统的并发症的预防,采取有效的护理措施、康复训练,提高了患者的生活自理能力和生活质量<sup>[2-3]</sup>,对保障手术的实质性成功具有重要意义。

**参考文献**

[1] 贺爱兰,张明学.实用专科护士丛书骨科分册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2006:123-124.  
 [2] 罗凯燕,喻姣花.骨科护理学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005:131-134.  
 [3] 宁宁.骨科康复护理学[M].北京:人民军医出版社,2005:82-84.

(收稿日期:2011-06-26)

**血清心肌肌钙蛋白 I 测定在心肌梗死中的应用**

吴晓榕,陈如花(福建省福州市第一医院 350009)

**【关键词】** 心肌梗死; 肌钙蛋白; 肌酸激酶同工酶

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.21.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)21-2681-02**

20 世纪 80 年代前,世界卫生组织(WHO)一直将心肌酶谱活性作为心肌梗死(AMI)的诊断标准之一,特别是把血清肌酸激酶同工酶(CK-MB)作为 AMI 诊断的重要指标。80 年代末,科研人员发现心肌肌钙蛋白 I(cTnI)的敏感性和特异性均高于 CK-MB,因此 90 年代后,检测 cTnI 和 CK-MB 是判断心肌细胞损伤的较佳的指标<sup>[1]</sup>。本文利用磁微粒化学发光技术对 AMI 患者中 cTnI 定量测定并与 CK-MB 活性进行比较,探讨其对 AMI 诊断价值。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** AMI 选取 2009 年 3 月至 2011 年 3 月在福州市第一医院的住院患者,诊断为 AMI 的 73 例患者作为研究对象,病例均符合 WHO 的 AMI 诊断标准<sup>[2]</sup>。健康对照组来源为福州市第一医院体检中心的健康体检者,无心脏病史,无心脏病家族史,心电图正常,共 60 例。

**1.2 方法** cTnI 采用日本 PATHFAST 全自动磁微粒化学发光酶免疫分析仪定量测定。仪器由日本三菱公司提供,试剂盒为配套试剂盒,判断标准为小于 0.02 ng/L 为阴性,大于 0.02 ng/L 为阳性。CK-MB 检测采用 AU2700 全自动生化分析仪进行,试剂盒由莱帮生物有限公司提供。正常范围为:0~25 U/L。AMI 组发病 4 h 内立即取血 1 次,以后每 4 h 取血 1 次,24 h 后每天取血 1 次,直至 7 d。及时分离血清,立即测定。健康对照组静脉采血 5 mL,立即分离血清测定。

**1.3 统计学方法** 组间比较用统计软件包 POMS2.0,采用配对计数  $\chi^2$  检验。

**2 结 果**

60 例健康人血清 cTnI 值测定的结果为 0.000~0.018

ng/L,血清 CK-MB 活性均小于 25 U/L。AMI 组血清 cTnI 阳性检出 72 例,阳性检出率为 98.6%。AMI 组在发病后不同时间 cTnI 与 CK-MB 阳性率的比较见表 1。

**表 1 AMI 发病后不同时间 cTnI 与 CK-MB 阳性结果[n(%)]**

发病后时间	cTnI		CK-MB		P
	n	阳性	n	阳性	
<4 h	18	8(44.4)	18	6(33.3)	0.733 2
4~24 h	56	54(96.4)	56	47(83.9)	<0.05
25~48 h	68	61(89.7)	68	18(26.5)	<0.01
49~72 h	70	54(77.1)	24	2(8.3)	<0.01
73 h 至 5 d	43	29(67.4)	3	0(0.0)	0
6~7 d	45	11(24.4)	—	—	—

注:—表示无数据。

在 AMI 在发病 5~24 h cTnI 与 CK-MB 的阳性率分别为 96.4%和 83.9%,二者之间差异有统计学意义(P<0.05);发病后 7 d cTnI 的阳性率仍有 24.4%,但发病 72 h 时 CK-MB 阳性率仅为 8.3%,二者之间差异有统计学意义(P<0.05)。

**3 讨 论**

肌钙蛋白由 3 个亚单位组成,即 TnT、TnI、TnC,其中 cTnI 是惟一不同于骨骼肌中发现的肌钙蛋白,cTnI 在 N 端具有一个附加的 31 氨基酸顺序,使 cTnI 具有心肌的特异性。人 cTnI 有 5 个螺旋区域,是伸展式构型,抗体识别相应抗原表位不依赖于蛋白质的三级结构,使 cTnI 氨基酸序列易被免疫系