

PFNA内固定治疗高龄骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者的围手术期护理

梁芳红 黄金美

股骨粗隆间骨折是临床常见骨折,多见于老年人,随着社会人口老龄化,发生率呈上升趋势^[1]。股骨粗隆间骨折的治疗,目前多趋于手术治疗。防旋股骨近端髓内钉(proximal femoral nail antirotation, PFNA)是新型的内固定器材,具有固定可靠,手术创伤小的特点^[2],在老年性骨质疏松性骨折中应用广泛。快速康复外科是指在术前、术中及术后采取一系列有效措施而产生协同结果,减少手术应激及并发症,加速患者术后康复,缩短住院时间^[3]。本次研究对高龄骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者19例采用PFNA内固定手术治疗,对患者实施快速康复外科围手术期护理及做好并发症的预防护理,取得较好效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2014年5月至2015年10月德清县人民医院收治的高龄骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者19例,其中男性6例、女性13例;年龄75~91岁,平均(80.79±4.43)岁;致伤原因:摔伤15例、车祸伤4例;均为闭合性骨折,左侧7例、右侧12例;按内固定研究协会/美国骨创协会、分型标准^[4]:A1型15例、A2型2例;骨质疏松按照Singh分级^[5]:3级及3级以下(定义为明显骨质疏松)10例、4级(定义为骨质疏松)9例;合并糖尿病7例、心脑血管疾病9例、慢性支气管炎3例;受伤致手术日期4~8 d,平均(5.58±1.43)d;手术麻醉均采用椎管内麻醉。

1.2 治疗结果 19例患者均行PFNA内固定术。19例患者手术顺利,出血量较少,术后患肢能早期进行功能锻炼,其中1例并发肺部感染经抗炎治疗后好转;住院11~19 d,平均(16.68±1.97)d,病情稳定出院。出院后2月内进行电话回访发现1例患者出院后

2周发生脑梗死治疗无效而死亡。

2 护理体会

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 高龄患者因文化程度低,对疾病的认识不足及误解,担心给家人增加麻烦和经济负担,故容易出现焦虑、抑郁、烦躁、甚至绝望等不良情绪。因此,护士充分与患者和家属沟通,针对高龄特点,耐心细致与其交流,向其介绍主治医师的技术及同类被治愈的病例,增加患者战胜疾病的信心,积极配合手术治疗。

2.1.2 牵引制动的护理 由责任护士均安置牵引床,并使用气垫床。19例患者其中13例进行患肢皮肤牵引、制动,避免因患肢活动或体位不当,引起疼痛或骨折移位而加重疾病。使用调节式皮肤牵引带,对患肢进行持续皮肤牵引,牵引中患肢用毛巾包裹防止局部皮肤受压,随时调节牵引带下滑,定时观察皮肤,预防压疮;其中6例患肢穿丁字鞋制动,使用康惠尔压疮贴保护足跟,预防压疮。

2.1.3 术前常规准备 术前全面监测,评估患者的心、肺、肾脏的功能,下肢静脉是否有栓塞。监测生命体征、尿量,遵医嘱补液输注纠正脱水及水电解质、代谢紊乱。进行肺功能训练,鼓励患者吹气球、有效咳嗽锻炼心肺功能,协助排痰,并利用牵引床的拉手指导正确抬臀。术前缩短禁食禁饮时间是快速康复外科的一项重要内容。本组患者采用术前禁食6 h,禁水2 h^[6],术前晚开塞露40 ml塞肛促进排便。对于合并有基础疾病如糖尿病、高血压患者可协助其于术晨少少许温开水送服降糖药、降压药。

2.1.4 抗骨质疏松治疗的护理 本组高龄患者均有骨质疏松症状,抗骨质疏松治疗贯穿于住院期间,以利于术后内固定牢固及骨折愈合。住院期间按医嘱皮下或肌肉注射鲑鱼降钙素针,用药过程观察患

者的面色、心率,观察有无头痛头晕、恶心、呕吐等,若出现剧烈恶心、呕吐,面色潮红等不能接受鲑鱼降钙素治疗患者,按医嘱口服钙剂,服药期间定期检测、磷、镁的水平和肝肾功能。本组19例患者皮下或肌肉注射鲑鱼降钙素针,2例出现面色潮红,因症状较轻未处理,自行缓解;1例出现头晕伴呕吐,停药后症状缓解;1例口服钙剂,效果较好。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征监测 患者术后返回病房去枕平卧,给予床边心电监护12~48 h,每小时观察记录体温、血压、心率、呼吸和脉搏血氧饱和度,同时观察患者意识、面色及皮肤黏膜色泽,若心率 <60 次/分或 >100 次/分,血压 $<90/60$ mmHg或 $>150/100$ mmHg,观察和记录频率改为每15~30分钟一次;严格记录24 h出入量;加强心脏负荷、肺部感染的监测,当出现心率急剧增快,体温增高,立即报告医生。本组2例出现心率100~110次/分,尿量24 h <500 ml,经监测考虑由术前、术中出血,血容量不足引起,经补液输血后心率、尿量恢复正常。

2.2.2 早期活动促进患者康复 快速康复外科理念主张术后早期活动。由经管医师、责任护士评估患者疼痛程度,根据高龄患者实际情况,制定功能锻炼方案。患者术后当日麻醉消失后即开始指导患者继续行踝关节背伸、跖屈活动及股四头肌收缩舒张等长训练,5~10 min/次,5~10次/天,根据病情循序渐进;术后第1天根据病人情况利用牵引床的拉手指导正确抬臀练习让健肢能全范围的活动,行深呼吸、吹气球训练,摇高床头 15° ~ 30° ,改善呼吸和血液循环;术后第2天摇高床头 70° 做起进食,无不适后练习床边坐位;术后第3天开始做关节松动训练即CPM机,从 30° ~ 40° 开始,每日增加 5° ~ 10° ,根据病情循序渐进,同时结合练习直腿抬高;术后5 d至出院,根据患者病情、手术、骨质疏松的情况及患者配合程度,与主管医师制定下床练习步行时间,提前一天告知患者及家属,准备合适的鞋和衣裤。指导患者下床,下床方法:患者先移至健侧床边,健侧腿先离床并使脚着地,患肢外展,由他人协助抬起上身使患肢离床。患者下床后先扶助行器坐于床旁15~30 min,以适应体位改变。无不适后再扶助步器站立行走。上床时,按相反方向进行,即患肢先上床。使用助行器方法:将助行器向前推,先迈健肢,患肢可不负重小迈一步跟上,如此反复。功能锻炼应循序渐进,量力而行,以不感到疲劳为度。

2.3 并发症的预防护理

2.3.1 深静脉血栓形成的观察及预防 术后每隔2小时观察肢体血液循环,注意肢端皮肤颜色、温度及肿胀程度,询问有无疼痛异常;术后1周内每天2次测量髌上15 cm、髌下10 cm处的周径,术后10 d时再复测1次,若比健侧肢体粗5 cm,或者后1天比前1天增粗1 cm,需提高警惕,立即报告医生^[7]。术后12 h均皮下注射低分子肝素钙注射液0.2 ml,术后24 h使用常规量0.4 ml;严密观察腰背部麻醉针眼处出血情况,注意是否有牙龈出血、鼻出血、手术切口出血等情况,同时监测血小板、凝血时间、血液粘稠度;术后48 h使用双下肢间歇式充气压力泵每天1次,30分/次。本组中1例患者患肢周径较健侧增粗7 cm,行彩色多普勒超声检查示下肢静脉血流通畅,未发现栓塞,经补充人血白蛋白、活血、继续抗凝治疗后患肢肿胀缓解。

2.3.2 呼吸系统并发症的观察及预防 护理时全面评估呼吸功能,密切观察患者呼吸、体温、咳嗽咳痰情况,每日监测血氧饱和度。术后6 h即可进行呼吸功能锻炼,鼓励自行咳痰,每日2~3 h协助翻身、拍背,按医嘱予常规雾化吸入有利于痰液咳出。术后第1天根据病人情况利用牵引床的拉手指导正确抬臀练习,每日3次,每次5~10下,增加肺活量,以后逐渐给予抬高床头,协助病人坐起。本组1例患者出现高热 39.5°C ,呼吸24次/分,血氧饱和度监测85%,咳嗽咳黄色粘痰,听诊肺部痰鸣音明显,予呼吸内科会诊后改用头孢哌酮舒巴坦针抗炎治疗,3 L/min吸氧,雾化吸入3次/天,增加拍背次数,鼓励自行排痰后症状缓解。

2.3.3 压疮预防 患者术后回病房即予使用气垫床,骶尾部贴康惠尔泡沫贴保护,术后6 h使用三角枕协助翻身侧卧,2~3 h改平卧,交替进行。在足跟部使用康惠尔压疮贴保护皮肤,并用毛巾垫稍抬高,预防足跟及踝部发生压疮。患者排便时,指导患者使用牵引床的拉手正确抬臀,再从健侧放置便盆,排便结束时指导抬臀后从健侧取出便盆,以免擦伤皮肤。

高龄骨质疏松性股骨粗隆间骨折采用PFNA内固定手术治疗,效果较好。护理重点为术前做好心理护理,患肢牵引制动的护理,结合快速康复外科的理念做好术前常规准备,加强骨质疏松治疗的护理,术后监测生命体征,重视早期功能锻炼,预防潜在的并发症,是保证手术成功关键之一。本次研究