

膝关节镜手术患者围手术期护理体会

张 凤 程晓梅

(北京大学第三医院骨科, 北京 100191)

中图分类号: R473.6

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2011)07-0671-02

膝关节镜手术由于创伤小, 疼痛轻, 皮肤瘢痕小, 术后恢复快, 卧床及住院时间短等优点而深受患者欢迎。随着关节镜手术病例数的增加和难度的增大, 对护理也提出了新的要求。2008 年 9 月~2009 年 11 月我科成功为 51 例膝关节骨性关节炎施行膝关节镜手术, 术前后配合正确有效的护理, 病人术后恢复良好, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 51 例, 男 19 例, 女 32 例。年龄 16~57 岁, 平均 37 岁。右膝 13 例, 左膝 16 例, 双膝 22 例。膝关节骨性关节炎 15 例, 膝关节滑膜炎 10 例, 膝关节内游离体 6 例, 关节软骨损伤 8 例, 半月板损伤 12 例。手术方式: 膝关节内游离体切除术 6 例, 膝关节滑膜切除术 9 例, 膝关节成形术 5 例, 膝关节韧带损伤修复术 20 例, 关节粘连行松解术 11 例。

1.2 手术方法

采用德国 Storz 关节镜系统。椎管内麻醉, 平卧位。大腿根部安放气压止血带, 止血带驱血以前先将腿提高 45° 1~2 min, 然后用驱血带从远心端向近心端缠绕, 直至大腿根部, 缓慢打气, 设定压力 55 kPa, 时间预设 1 h, 需患肢屈膝 90° 。下垂于床沿, 使用大腿固定架。膝关节最常选用髌下外, 内侧入口, 根据病情应用生理盐水冲洗和扩张关节。按髌上囊-髌股关节面-内侧胫股间隙-髁间窝-外侧胫股间隙-后关节囊的顺序探查。镜下操作: 充血增生的滑膜切除, 游离的骨及软骨碎片取出, 剥脱的软骨面打磨平整, 游离体摘除, 退变撕裂的半月板部分切除, 严重影响关节活动的骨赘咬除或磨平, 软骨下骨钻孔, 外侧支持带松解。术毕用大量生理盐水冲洗关节腔。术后关节腔内注射 1% 透明玻璃酸钠 2 ml 润滑关节腔, 膝关节加压包扎, 弹力绷带固定。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理护理 贯穿于手术与康复的全过程, 术前探视患者, 了解病情, 讲解关节镜手术的必要性和优越性。介绍手术过程和注意事项, 请已手术的患者现身说法, 介绍康复病人的病例, 让病人消除思想顾虑, 积极配合手术。

1.3.1.2 术前康复训练指导 术前进行康复训练可促使股四头肌肌力和膝关节功能恢复, 防止术后膝关节功能进一步退化, 同时也为术后的功能锻炼做好准备。①股四头肌等长收缩: 患者取仰卧位, 膝关节静止不动, 踝关节保持功能位, 做股四头肌收缩, 以手掌感到髌骨上下滑动为有效, 2 次/d, 30 min/次。②直腿抬高: 可仰卧位、俯位或侧位, 健侧膝关节屈曲, 患侧膝关节伸直, 踝关节功能位抬腿高度为 10~15 cm, 保持此姿势 5~10 min, 注意患肢髋关节不能外展, 以免加重患肢疼痛。③膝关节主动屈伸锻炼: 患肢下垂在床边, 膝下垫一枕头, 进行屈伸活动, 还可取直位, 手扶床头或床尾, 由直立位逐渐练习半蹲位, 4 次/d, 10 min/次, 直至完全蹲下。

1.3.1.3 术前常规准备 按常规做好各项准备及辅助检查。术前 1 d 做皮肤过敏试验。认真做好术区的清洁工作, 备皮范围要大, 由足尖至大腿上半部 2/3 处并注意将趾甲剪净, 备皮时避免划破皮肤。术前晚 10 点后禁食, 12 点后禁水, 术前半小时内应用抗生素。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 常规护理 术后 6 h 平卧位, 之后改为半卧位。遵医嘱及时准确记录生命体征。用枕头或软垫使患肢抬高 15~20 cm, 保持膝关节接近伸直位, 前交叉韧带重建术后膝关节屈曲 20° ^[1], 以利血液回流, 减轻局部肿胀。注意观察患肢末梢部位颜色,

感觉和运动情况,并检查足背动脉搏动,足趾末梢循环差,足趾发凉及有麻木感及时松动膝部弹性绷带。

1.3.2.2 术后并发症的观察 ①关节内出血:注意切口部位有无渗血,渗血较多应及时更换敷料。一般情况下,术后会出现少量关节内渗血,但会自行吸收,量大时则会导致膝关节明显肿痛,局部张力大,可行局部冰敷,冰袋敷于膝关节两侧,使血管收缩,减少体液外渗,有效减轻水肿程度,防止进一步渗血。②关节内感染:感染是关节镜术后较严重的并发症。术后患者体温一般不超过 38.0℃,密切观察体温变化,若体温明显升高,伤口处有红、肿、热、痛,及时报告医生,以便及早发现感染并及早处理和控制在^[2]。③关节内积液:如果膝部肿胀,但疼痛不明显,无明显全身症状,一般在术后 48 h 出现,为关节滑膜受刺激后的反应。查体膝关节张力大,肿胀明显,浮髌试验阳性,应行关节穿刺减压。④下肢深静脉血栓形成:最为严重的并发症。预防:a.术前指导患者进行双下肢肌肉行收缩功能练习,协助下肢血液回流,促进血液循环;b.术后应尽早督促患者下床活动;c.术后给予抗凝治疗;d.尽量避免在下肢静脉穿刺;e.密切观察患肢末端血运、疼痛、肿胀情况,及时发现深静脉血栓形成的早期征象。

1.3.2.3 康复训练 根据患者病情与主管医生共同制订康复训练计划,指导患者进行康复训练。①增强肌力锻炼:手术当日麻醉作用消失后,即开始行患肢踝关节背伸,趾屈锻炼,以减轻足部水肿;术后第 1 天开始进行股四头肌等长收缩训练,在不增加疼痛情况下,可进行各种体位的直腿抬高训练。②膝关节被动锻炼:术后第 2 天即将由护士指导进行被动屈伸锻炼,角度由 30°开始,每屈伸一次 2 min,2 次/d,角度每日增加 10°~20°,当膝关节屈伸达 120°时,速度逐渐加快,以病人能耐受为限。③膝关节主动锻炼:术后 3~5 d 患肢疼痛、肿胀基本消失,可慢慢坐在床边练习小腿主动抬高,膝关节主动屈伸 2 次/d,15 min/次。④正确下床与负重:早期锻炼应循序渐进,下床前一定要在床边练习坐位,然后再扶拐下地并有人陪伴,防止出现体位性低血压。一般骨性关节炎病人行关节镜术后第 2 天可扶拐下床,15 d 患肢可负重。

2 结果

45 例获随访,疗效评定标准^[3],优 40 例:膝关节疼痛消失,活动基本正常,无压痛,研磨试验阴性;

良 3 例:膝关节疼痛明显减轻,关节活动度明显改善,无压痛;可 2 例:膝关节疼痛减轻,活动有所改善。

3 讨论

3.1 术后康复练习的重要性

关节镜手术虽然是一种微创手术,但毕竟是一种侵入性手术,仍然对膝关节带来创伤,术前良好的心理护理,周密的术前准备,术后并发症的细致观察,早期康复训练是取得满意疗效的重要措施,促进下肢血液循环,消除肿胀,提高关节活动度,减少关节组织粘连,降低各种并发症的发生率。术后康复训练是获得手术预期疗效至关重要的环节。强调一个“早”字,关节制动 4 d 组织学上就可见挛缩征象,关节活动度开始下降。一般来说,术后康复训练的重点放在增强肌力,关节活动范围的训练,步态训练以及自理能力的训练,但应循序渐进,先被动后主动。

3.2 早期持续被动活动的临床意义

早期有计划地进行相应活动,能有效预防关节微小的粘连和挛缩,改善关节内滑液的分泌,同时可调动机体的代偿作用,促进血液循环,维持正常的内环境,如不早期活动,4 天左右的时间即可出现关节活动受限,损伤关节固定 2 周即可致结缔组织纤维融合,使关节功能丧失^[4]。因此,早期功能锻炼非常重要。膝关节手术的护理,除一般常规护理,并发症观察外,还应针对患肢功能锻炼的护理,尤其是康复护理是其重要内容。合理的手术方式选择,精细的手术探新,规范的护理和早期正确康复动能训练,是提高临床诊疗疗效质量的重要环节之一。

参考文献

- 1 柴卫兵,卢宏章,郑 辉.膝关节镜手术的并发症及其对策.中国微创外科杂志,2007,7(2):163-164,176.
- 2 冯会祥.下肢深静脉血栓形成的诊断和治疗进展.医学理论与实践,2008,21(5):527-530.
- 3 辛海霞,赵 艳.膝关节镜治疗半月板损伤的护理进展.中国实用护理杂志,2006,22(3A):73-74.
- 4 梁丽萍.膝关节镜手术患者早期康复护理的探讨.现代临床护理,2009,8(2):28-30.

(收稿日期:2011-04-08)

(修回日期:2011-06-17)

(责任编辑:李贺琼)