

内侧面,使‘T’形稳定杆能紧贴主钉。放置‘T’形稳定杆时一定要注意手感和耳听声音,准确的置入应有“咔嚓”一声落空感,其声音为‘T’形稳定杆碰撞主钉引起的金属碰撞高亢音。术中选择锁钉的长度,我们没用测深器测量。我们在钻头钻尖穿过主钉锁钉孔到达股骨达内侧皮质时停止,将限位套调至距钻套 1.5 cm 处拧紧,再行钻穿内侧皮质,然后用直尺测量钻尖至限位套的长度,再减去 15.5 cm(钻套的长度)即为所需锁钉的长度。当置入远近端锁钉后,应分别顺行插入导针探查,确认锁钉准确置入主

钉锁钉孔。

参考文献

- 1 马元璋,陈正中,王亦聪,等. 加压髓内钉内固定的动物实验与临床应用. 中华外科杂志,1987,25(8):477-480.
- 2 罗先正,张薇. 髓内钉的生物力学设计. 中华骨科志,1997,17(4):272-276.
- 3 罗先正,王宗仁,刘长贵. G-K 带锁髓内钉的临床应用. 中华骨科杂志,1993,13(3):173-175.
- 4 刘长贵,张保中,郭艾,等. 带锁髓内钉治疗股骨干骨折并发症及防治. 中华骨科杂志,1998,18(12):725-727.
- 5 李文基,程友昌,黄敏宏,等. 胫腓骨复杂粉碎性骨折的治疗经验. 中华骨科杂志,2000,20(3):164-165.

(收稿:2002-10-16 修回:2003-05-20 编辑:李为农)

· 短篇报道 ·

髌关节置换围手术期的护理

洪春玲

(台州市中医院 浙江 台州 318000)

我院自 1998-2002 年成功地进行了 36 例髌关节置换术,通过对 36 例手术的系统化护理,取得满意疗效。

1 临床资料

本组 36 例中,男 25 例,女 11 例;年龄最大 81 岁,最小 62 岁。原有心血管系统疾病 16 例,呼吸系统疾病 10 例,泌尿系统疾病 5 例,内分泌系统疾病 4 例,消化系统疾病 4 例。手术方式:股骨头上置换术 10 例,全髌关节置换术 26 例,手术路径均为后外侧入路。

2 护理

2.1 手术前准备

2.1.1 一般护理 术前访视时检查病人基础护理落实情况,术前 3 d 开始进行严格备皮,做好各种过敏试验及预防性抗生素应用,指导病人进行卧床排便训练,观察患肢肿胀,肢端血液循环、皮肤感觉和运动情况。

2.1.2 并存病的观察与处理 术前会诊,参加术前病例讨论,因此类病人大多年龄大,多数合并有心血管病、糖尿病等老年性疾病,身体虚弱,手术耐受性差,故手术前应全面了解病史,在常规检查与特殊检查的基础上,根据每个人的并存病,配合医生及时对全身各系统进行调整。

2.2 术中配合

2.2.1 术中无菌管理 预防感染是该手术成功之关键,术中必须严格无菌操作,术前做好手术室空气净化,严格做到术前晚、术晨紫外线消毒工作,安排工作熟练护士做巡回工作,控制手术室人员流动,手术人员穿封闭式手术衣,术中使用器械敷料均应高压灭菌或气体灭菌,尽量避免浸泡消毒,关闭切口

前准备大量生理盐水及稀碘伏冲洗,放置负压引流,术中严格遵循无菌操作,对预防术后感染有重要意义,本组病人无一例发生感染。

2.2.2 术中生命体征的管理 术中监测生命体征至关重要。该手术创伤较大,患者年龄较大,对失血及低血容量耐受性较差,又因术中截除股骨头,扩髓和修整髌臼,出血较多,常引起血容量锐减。因而术中应根据出血量适当输血输液,严格控制输液速度,并充分给氧,24 h 监测尿量,以防心肺功能衰弱。在骨水泥置入股骨髓腔前预先通知麻醉师,和麻醉师配合及时发现病情变化的先兆,并及时处理。在骨水泥置入股骨髓腔后,髓内压急剧上升,容易造成肺脂肪和骨髓栓塞,而引起低心排和低氧血症,为防止血压骤降,我们在使用骨水泥前保持血压在正常范围,必要时预防性地应用升压药,并作抢救准备。

2.3 术后搬运 假体脱位是髌关节置换术的常见并发症之一,而术后患者不正确的体位和肢体活动是假体脱位原因之一。术后应保持患肢外展中立位,避免髌屈曲、内旋、内收、外旋,我们至少两人进行术后搬运,一人扶颈和腰背,一人扶臀部及下肢,先由侧卧位转至平卧,然后再转至推车,送回病房,始终保持患肢外展 30° 中立位。

髌关节置换术是改善病废髌关节功能的最重要的手段之一,本组 36 例经过手术医生、麻醉医生和手术室护士的共同合作,手术顺利完成,经过上述护理措施的落实,对术后并发症的预防也有显著意义。

(收稿:2003-06-30 编辑:李为农)