

# 髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者的护理分析

李晓亚

延安大学附属医院骨科, 陕西 延安 716000

**摘要:** **目的** 探讨髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者的护理方法与效果。**方法** 回顾性分析 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者 120 例的临床资料, 根据护理方法的不同分为观察组与对照组, 各 60 例, 两组都给予常规治疗与护理干预, 在此基础上观察组采用循证护理模式进行护理。比较两组 Harris 评分、SF-36 量表评分、健康知晓情况与患者满意度情况。**结果** 观察组术后 7 d 与术后 1 个月的髋关节功能 Harris 评分明显高于对照组 [(56.89 ± 4.12) 分 vs (41.36 ± 4.00) 分, (80.75 ± 4.85) 分 vs (72.36 ± 4.63) 分, ( $P$  均 < 0.01)]。干预后, 观察组的心理功能、躯体功能、社会功能和物质状态评分明显高于对照组 ( $P$  均 < 0.01), 健康知识知晓优良率和患者护理满意率明显高于对照组 (93.3% vs 70.0%, 96.7% vs 70.0%,  $P$  均 < 0.01)。**结论** 对髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者应用循证护理干预, 可提高患者的康复及生活质量, 从而提高患者满意度。

**关键词:** 髋关节置换; 骨皮缺损; 骨髓炎; 循证护理; 生活质量

**中图分类号:** R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)08-1112-03

骨皮缺损是创伤性骨髓炎中最具有挑战性的并发症, 主要发病于胫骨和股骨, 且多伴有骨感染、畸形、肢体不等长、关节僵硬等, 导致临床上治疗难度大, 疗效不理想<sup>[1]</sup>。在治疗中, 其需要在控制活动性感染的基础上, 彻底清创, 然后进行坚强固定和骨缺损重建。随着医学技术的发展, 髋关节置换技术得到了广泛应用, 具有疗程短、创伤较小、手术次数少、愈合时间短、患者痛苦小等优点, 但对于护理的要求比较高, 其护理的质量能够影响患者进一步治疗及康复的信心<sup>[2-3]</sup>。同时髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者多为慢性患者, 病程较长, 漫长的病程给患者及家属带来沉重的经济负担和精神压力<sup>[4-5]</sup>, 为此本文探讨髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者的护理方法与效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析 2011 年 2 月至 2013 年 2 月在我院行髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者 120 例的临床资料。入选标准: 符合髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者的诊断标准; 发病时间在 6 个月之内; 无其他严重并发症; 小学以上文化水平; 患者知情同意。其中男 65 例, 女 55 例; 年龄 41 ~ 80 岁, 平均 (57.25 ± 3.21) 岁; 发病时间 15 d ~ 5 个月, 平均 (2.56 ± 0.44) 个月; 合并疾病: 高血压 12 例, 慢性支气管炎 7 例, 冠心病 6 例, 糖尿病 3 例, 肾功能不全 1

例; 发病原因: 使用激素者 85 例, 饮酒者 25 例, 原因不明者 10 例。根据护理方法的不同, 将 120 例患者分为观察组与对照组, 每组 60 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P$  均 > 0.05)。见表 1。

## 1.2 干预方法

**1.2.1 两组手术治疗方法** 所有患者均行手术治疗, 要彻底清除骨髓炎患者的肉芽组织, 并摘除死骨、闭合死腔与改善局部血运。手术方法有碟形手术、单纯病灶清除、死腔充填法等。在骨皮缺损中, 选择自体皮肤, 游离皮瓣需注意保留舟内侧静动脉的穿支, 以免对此皮瓣血运造成影响, 缝合固定时缝线需通过病灶周围穿出皮肤, 切取带蒂肌皮瓣范围要比创伤部位稍大, 设计静动脉蒂的长度以及切取皮肤范围。术后积极进行牵引, 患者要经常转至患侧卧位, 以促进引流, 同时积极预防感染。

**1.2.2 对照组护理方法** 给予常规护理干预, 包括对患者体位、饮食等方面进行基础护理, 采用集体教学的方式同时给予患者相关知识宣教, 积极预防并发症。

**1.2.3 观察组护理方法** 观察组在对照组基础上采用循证护理模式进行护理。循证小组以护士长为领导, 征询科内专家意见, 广泛查阅资料, 运用护理程序评估, 制定出针对性的护理措施。根据骨髓炎骨皮缺损治疗的特点, 提出护理问题, 总结之前护理模式的优点及不足, 根据每例患者的具体个性化情况进行针对性护理, 同时实施全面护理质量改进程序, 以寻求最适合的最佳护理模式。在护理内容中, 要为骨折患者建立健康档案, 进行健康评估, 并根据健康评估结

表 1 两组一般资料对比

组别	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	发病时间 (月, $\bar{x} \pm s$ )	合并疾病(例)					发病原因(例)		
	男	女			高血压	慢性支 气管炎	冠心病	糖尿病	肾功能 不全	使用 激素者	饮酒者	原因 不明者
对照组	31	29	56.19 ± 3.04	2.48 ± 0.39	7	3	2	2	0	41	13	6
观察组	34	26	57.33 ± 2.98	2.51 ± 0.46	5	4	4	1	1	44	12	4
$\chi^2/t$ 值	0.775		1.941	1.875	0.658					0.589		
<i>P</i> 值	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05					>0.05		

表 2 两组患者健康知识知晓情况和满意度比较 (n = 60, 例)

组别	健康知识知晓情况				优良率(%)	患者满意情况				
	优	良	一般	差		满意	较满意	不满意	满意率(%)	
观察组	40	16	3	1	93.3	45	13	2	96.7	
对照组	21	21	10	8	70.0	22	20	18	70.0	
$\chi^2$ 值					10.909					15.360
<i>P</i> 值					<0.01					<0.01

果采用个体化的护理措施,如营养饮食、运动指导、生活方式调整、定期健康评估与咨询计划等。要积极给予功能锻炼,早期给予肌肉等长收缩训练、髌外展训练、仰卧位直腿抬高运动、仰卧位屈髋屈膝运动及助行器步行训练、站立位平衡训练、单拐步行训练等。需循序渐进,要以主动锻炼为主,被动锻炼为辅。两组护理的周期为 1 个月。

1.3 观察指标 (1)关节评分:两组在术后 7 d 与术后 1 个月进行髌关节功能 Harris 评分,评分总分范围为 0 ~ 100,分数越高,关节功能越好。(2)简化的 SF-36 量表评分:两组在术后 1 个月采用简化的 SF-36 量表进行护理后的生活质量随访评价,包含心理功能、社会功能、躯体功能、物质状态四个维度,量表有很好的信效度,分数越高,生活质量越好。(3)健康知识知晓情况与患者满意度调查:术后 1 个月对两组健康知识知晓情况与患者满意度进行随访调查,量表都采用本院的自制问卷表,健康知识知晓情况包括掌握、部分掌握、未掌握三种,30 ~ 36 分为优,25 ~ 29 分为良,20 ~ 24 分为一般, <20 分为差。患者满意度包括满意、较满意、不满意三个级别,以满意 + 较满意计算满意率。

1.4 统计学方法 采用 SAS 9.0 软件进行分析。参数以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间对比采用成组样本 *t* 检验;非参数以百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 健康知识知晓情况和满意度对比对比 干预后观察组的健康知识知晓优良率明显高于对照组 (*P* < 0.01);患者护理满意度明显高于对照组 (*P* < 0.01)。见表 2。

2.2 Harris 评分 术后 7 d 和术后 1 个月的髌关节

表 3 两组术后 Harris 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后 7 d	术后 1 个月
观察组	60	56.89 ± 4.12	80.75 ± 4.85
对照组	60	41.36 ± 4.00	72.36 ± 4.63
<i>t</i> 值		9.258	5.255
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01

表 4 两组干预后生活质量评分比较 (n = 60, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	心理功能	社会功能	躯体功能	物质状态
观察组	87.52 ± 19.21	85.23 ± 10.41	79.85 ± 24.42	88.40 ± 28.63
对照组	63.25 ± 10.32	43.20 ± 11.41	60.06 ± 25.23	49.50 ± 22.38
<i>t</i> 值	7.521	10.962	4.582	8.362
<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

功能 Harris 评分观察组高于对照组 (*P* 均 < 0.01)。见表 3。

2.3 生活质量评分对比 干预后观察组的心理功能、社会功能、躯体功能和物质状态评分明显高于对照组 (*P* 均 < 0.01)。见表 4。

## 3 讨论

骨髓炎多发于髌关节置换后,其发生与细菌感染的方式、细菌的毒性、患者的年龄及免疫能力相关<sup>[6]</sup>。其中慢性血源性骨髓炎指由急性血源性骨髓炎未及时治疗而发展成的慢性感染;慢性创伤性骨髓炎指开放性骨折、火器性伤而引起的骨髓炎。而骨皮缺损是相对比较危重的疾病,存在感染及骨缺损双重病变,治疗困难,疗程长,容易出现肌肉萎缩、局部瘢痕,可导致肢体功能受到严重影响<sup>[7]</sup>。在发病因素中,首先是游离的死骨相当于异物,存留于体内,使创口不愈合;其次是骨内空腔形成,骨质破坏,腔内积液引流不畅时,影响创口愈合;第三是瘢痕组织,缺乏血液供应,影响愈合。在治疗中,首先需要进行抗生素治疗,同时给予手术治疗<sup>[8-9]</sup>。开放植皮术是比较简单、积极而有效的方法,但其需要彻底清创,彻底清除炎性病灶是治愈骨髓炎的关键措施,清创手术必

须保护肢体和皮瓣的血运,必要时可多次清创<sup>[10]</sup>。在骨缺损端尽可能将大量移植的自体皮质填实,避免皮质区内有死腔<sup>[11]</sup>。

在护理中,配合护理康复指导是促进髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者早日康复的重要条件,对维持关节的稳定性、提高患者的生活质量有重要意义<sup>[12]</sup>。近年来主要的护理模式注重以患者为中心,循证护理是遵循科学依据的护理,应用证据结合临床情况,为患者提供个性化的护理方法。在护理小组中,要掌握流程内容并具体实施,向患者讲解循证护理模式内容及护理目标<sup>[13]</sup>。对患者而言,循证护理的实施使其能积极主动地配合治疗,从而促进康复。本文观察组术后 7 d 与术后 1 个月的髋关节功能 Harris 评分明显高于对照组,干预后观察组的健康知识知晓优良率明显高于对照组。

循证护理要求将患者的主观意愿、感受作为重要的直接证据,使护患关系更加密切和友善<sup>[14]</sup>。循证护理注重以人为本,让患者以积极的态度,自觉地进行护理,从而提高患者的生活质量<sup>[15]</sup>。本文干预后观察组的护理满意率及心理功能、社会功能、躯体功能和物质状态评分都明显高于对照组。在具体的护理中,应制定适合于不同阶段的合理的干预频度与内容,以最大限度地保证干预的有效性。

综上所述,循证护理应用于髋关节置换后骨髓炎骨皮缺损患者,有利于促进其康复及生活质量的提高,从而提高患者满意度。

#### 参考文献

[1] 吕学正. 外科护理学[M]. 杭州:浙江大学出版社,2010:414-415.

- [2] 赵德伟. 股骨头缺血性坏死的修复与再造[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2013:128-129.
- [3] 王汉云,牟美丽,房永叶,等. 股骨头置换患者健康教育路径探讨[J]. 临床合理用药,2009,2(18):69-70.
- [4] 刘德全,张伯松,刘洪波,等. 一期开放松质骨植骨治疗感染性骨缺损的实验研究[J]. 中华创伤骨科杂志,2004,6(12):1370-1373.
- [5] Fuji T, Fujita S, Ochi T, et al. Fondaparinux prevents venous thromboembolism after joint replacement surgery in Japanese patients[J]. Int Orthop, 2008, 32(4):443-451.
- [6] 张占文. 开放性植骨治疗胫前皮肤瘢痕化或骨外露的胫骨骨折不愈合[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):607.
- [7] 陈慧丽. 护理程序在颈椎骨折手术中的应用[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):210.
- [8] 李亚玲. 临床护理路径多学科应用效果评价[J]. 中国医药导报,2008,5(31):133-134.
- [9] 李金林,刘静梅,张晓兰. 临床路径在临床护理带教中的应用研究[J]. 护理研究,2008,22(1A):83-84.
- [10] 覃红桂. 推移法行腋动脉穿刺在老年人工髋关节置换围术期中的应用[J]. 护理研究,2009,23(12A):3171-3172.
- [11] 赵荣萍,姬润香. 人工髋关节置换术后病人康复护理[J]. 护理研究,2008,22(11C):3060-3061.
- [12] 刘艳丽. 康复护理干预对老年急性心肌梗死患者的效果观察[J]. 河北医药,2013,35(2):307-308.
- [13] 董丽娟. 老年患者胸科术后两种镇痛方法的疗效观察及护理[J]. 河北医药,2013,35(3):470-471.
- [14] Anderson KA, Taha RD, Hosier AF. Know thy residents; an exploration of long-term care nursing staff's knowledge[J]. Res Gerontol Nurs, 2009, 2(1):69-76.
- [15] Robinson LD, Paull DE, Mazzia LM, et al. The role of the operating room nurse manager in the successful implementation of preoperative briefings and postoperative debriefings in the VHA Medical Team Training Program[J]. J Perianesth Nurs, 2010, 25(5):302-306.

收稿日期:2015-03-06 修回日期:2015-04-07 编辑:王国品