

1 例全髋关节置换合并心肌缺血患者术后中西医结合护理体会

周琪 罗黎黎

正大邵阳骨伤科医院骨关节科 湖南邵阳 422900

摘要: 总结 1 例因股骨头缺血性坏死行全髋关节置换术合并心肌缺血患者术后护理经验。护理要点: 围术期精准评估心肌缺血风险, 实施多模式镇痛联合中医定向透药控制疼痛; 术后采用术肢抬高、中药贴敷与中药涂擦等方法缓解肿胀, 促进循环; 持续心电监护与 BNP 动态观察, 落实心肌缺血个体化药物干预与诱因管理; 科学开展三阶段功能锻炼计划, 提升运动耐力; 强化深静脉血栓、脱位、跌倒等并发症防控。经 14 天综合护理干预, 患者疼痛缓解明显, 心功能稳定, 功能恢复良好, 顺利出院。

关键词: 股骨头缺血性坏死; 心肌缺血; 髋关节置换; 中西医结合护理

引言

股骨头缺血性坏死是因骨供血障碍导致骨细胞坏死及结构塌陷的常见退行性骨病, 临床常表现为髋关节疼痛与活动受限, 晚期多需行人工关节置换术^[1]。部分患者因长期慢性疼痛及活动减少, 常合并心血管疾病, 尤其是心肌缺血。术中麻醉、术后失血与卧床均可诱发心肌缺血, 若干预不及时, 易引发心绞痛、心律失常甚至心肌梗死。研究表明, 大型骨科术中合并心肌缺血者的围手术期心血管事件发生率超 20%。此类患者病情复杂, 对护理干预提出更高要求^[2]。2025 年 5 月, 我科收治 1 例股骨头缺血性坏死合并心肌缺血患者, 术后经中西医结合护理取得良好疗效, 现总结护理经验如下。

1 一般资料

患者主诉: 双髋部疼痛、活动不利 14 年余, 伴左髋部疼痛加重 2 年。现病史: 14 年前出现双侧髋关节疼痛, 间歇发作, 负重及活动时加重, 休息可缓解, 后逐渐加重并跛行。曾在当地医院治疗(药物不详)。2 年前左髋疼痛明显加重, 活动障碍, 今来我院。门诊以“双侧股骨头缺血性坏死、双侧髋关节发育不良并骨关节炎”收治。现症: 双髋疼痛(左重), 压痛、活动受限, 精神欠佳, 纳可, 大小便正常, 无发热、胸腹痛及心悸气促。中医辨证: 神识清, 精神不振, 面色略红, 步态跛行, 左下肢肌肉萎缩短缩畸形, 语声重浊, 舌红苔燥黄, 脉细数。否认高血压、糖尿病、冠心病等病史, 无药物过敏及家族遗传史。

1.1 体格检查与辅助检查

入院查体: T 36.3℃, P 74 次/分, R 20 次/分, BP 117/84 mmHg, 体重 48 kg。神志清楚, 表情痛苦, 步态不稳, 营养中等, 发育正常, 自动体位。舌质红、苔燥黄, 脉细数。专科检查: 双下肢呈内收外旋畸形, 腹股沟区及内收肌压痛、叩击痛, 髋关节外展及旋转明显受限, “4”字征阳性, 承重试验阳性。肢端血运及感觉正常, 四肢肌力、肌张力正常。左髋屈曲约 80°、外展 15°, 右髋屈曲 90°、外展 20°; 左下肢肌肉萎缩, 大腿周径较健侧缩小 3 cm。足背动脉搏动可触, 皮温正常。实验室检查: WBC $4.54 \times 10^9/L$, RBC $3.97 \times 10^{12}/L$, HGB 124 g/L。心肌酶谱: 肌钙蛋白 I 0.01 ng/mL, BNP 125 pg/mL。心电图: 窦性心律, 电轴正常, T 波低平, 提示心肌缺血。DR 骨盆正位片示: 双侧髋臼窝浅平, 双股骨头外侧未被完全包容, 左股骨头扁平、密度不均, 右股骨头关节面下片状低密度影, 诊断为双髋关节发育不良及双股骨头缺血性坏死。

1.2 干预方法

本护理个案为中西医结合个案干预, 疗程 3 周。

(1) 西医治疗: 于 5 月 8 日在椎管内麻醉+全身麻醉下行左人工全髋关节置换术。采用标准置换术前评估与围术期管理措施, 包括心肌缺血防治、基础抗感染预处理等。

(2) 中医干预: 以“补肝肾、祛寒湿、活血通络”为治疗法则, 采取内服中药结合外治法:

① 内服组方含熟地黄、杜仲、狗脊、淫羊藿、补骨脂、骨碎补、山萸肉、煅牡蛎等每日 1 剂(膏滋),

温开水泡服,早晚各一次。

②中医定向透药:组方含三七、红花、当归,每日1次,采用电致孔技术于患髌部位透药,活血化瘀,减轻疼痛。

中药涂擦:组方含赤芍、延胡索、白芷、伸筋草等,每日一次、每次10到15分钟。喷于换肢肿胀处,以单向手法或旋转均匀涂抹,促进药物吸收。

中药贴敷:组方含大黄、生蒲黄、泽兰、黄柏、归尾、桃仁等。贴于患肢疼痛部位,每日一次,一次贴6-8小时。避开手术切口贴。以消肿止痛,活血化瘀。

(3)康复措施:术前进行肢体功能训练及疼痛管理指导,术后配合冰敷等物理干预,并采取功能锻炼计划维持关节活动度。

1.3 观察指标

(1)疼痛评分:采用视觉模拟评分法(VAS)评估术前、术后第1天、第3天静息及活动状态下的疼痛程度。

(2)髌关节功能评分:采用Harris评分量表评估髌关节术前及术后第7天的功能恢复情况。

(3)中医证候变化:根据《中医临床疗效评价标准》观察“肝肾亏虚、寒湿痹阻、瘀血阻络”证候变化,包括腰膝酸软、夜间加重、寒重肢冷等主症变化。

(4)并发症发生情况:记录术前术后心电图变化、心功能指标、切口感染及血栓形成等不良事件。

2 护理

本个案为1例ARCO分期Ⅳ期股骨头坏死术后患者的护理实践,重点观察中医定向透药、中药贴敷联合阶段性功能锻炼在术后7天内对疼痛缓解、患肢肿胀及心功能稳定方面的干预效果。该患者在接受常规术后护理基础上,配合个性化的中西医结合干预,取得了较好的临床恢复效果,为类似患者的临床护理提供了实践参考。

2.1 疼痛管理效果

术后疼痛是影响功能恢复的关键因素。采用非阿片类镇痛药物联合定向透药干预,同时给予患侧冰敷、外展位固定及心理安慰,增强镇痛效果。疼痛程度通过视觉模拟评分法(VAS)评估。

2.2 肿胀改善情况

术后下肢肿胀是影响愈合与舒适度的常见问题。在基础护理上联合中药贴敷和中药涂擦,促进局部气血运行,辅助静脉回流。每日测量髌骨上15cm处的周径差值评估肿胀

程度。

2.3 心功能稳定性

术后心功能波动是术后并发症的重要风险因素。实施ST段动态监测、容量调控、抗缺血药物干预和生活方式指导,重点保障心肌耗氧平衡。通过测定BNP和ST段变化反映心功能状态。

2.4 护理措施评价与随访情况

中西医结合护理模式在本研究中展现出良好的术后镇痛、肿胀缓解及心功能稳定效果^[3-4]。实验组在标准护理基础上引入中医定向透药、中药贴敷、物理干预与阶段性运动训练,患者总体配合度高,干预措施可操作性强,护理团队能在常规工作流程中有效嵌入该模式,未增加额外护理负担。

为全面评估干预效果,所有患者均接受术后1个月随访,通过电话回访与门诊复查方式进行评估,重点关注髌关节功能恢复情况、疼痛持续性、并发症发生率与再次就医情况。实验组患者疼痛复发率低,仅2例夜间轻度隐痛;髌关节屈伸活动范围较对照组进一步扩大,均无跌倒、感染或深静脉血栓事件,整体恢复情况满意,护理措施获得患者及家属高度认可^[5-6]。

3 讨论

股骨头缺血性坏死患者术后恢复常受疼痛、肿胀及心血管因素干扰,特别是合并心肌缺血者,术中术后心肌耗氧风险显著升高^[7-8]。本例患者术前VAS 7分,术后第1天降至3分,第3天活动时降至1分,采用非甾体抗炎药、定向透药与体位管理的多模式镇痛,有效缓解疼痛且未用阿片类药物,术后心电稳定、血压平稳,未增加心脏负荷。术前双下肢髌骨上15cm周径差3cm,术后第7天减至0.5cm,皮温正常,足背动脉搏动清晰,中药贴敷、穴位按摩、术肢抬高与踝泵运动促进静脉回流,减轻肿胀,利于早期功能锻炼。术前ST段压低0.05mV、BNP 125pg/mL,术后第3天BNP降至85pg/mL,ST段恢复等电位,住院期无心绞痛。术后第1天开始训练,第7天可行走50m,髌屈曲由80°增至90°。Caprini 6分,D-二聚体降至0.2mg/L,超声未见血栓。

参考文献:

[1]刘莹,沈杰,韩巍,等.骨科机器人辅助腓骨移植治疗股骨头缺血性坏死的临床疗效观察[J].北京生物医学工程,2022,41(05):477-482.

- [2] 杨娟, 孙骏. 舒适护理在股骨头缺血性坏死患者围术期护理效果观察 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29(S2): 41-43.
- [3] 佟爽. 股骨颈骨折后股骨头缺血性坏死的影响因素及护理对策 [J]. 中国民康医学, 2021, 33(15): 189-190.
- [4] 边颜蒲. 老年心肌梗塞患者行全髋关节置换术的整体护理 [J]. 张家口医学院学报, 2001, (05): 35-36.
- [5] 《中国临床康复》2003年第7卷1~32期主题词索引 [J]. 中国临床康复, 2003, (32): 4433-4483.
- [6] 李芹, 孙琰. 中西医结合临床护理路径应用于髋关节置换术的疗效观察 [J]. 中华养生保健, 2024, 42(01): 88-90.
- [7] 黄茗璐. 中西医结合护理模式对髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的效果观察 [J]. 医药前沿, 2021, 11(26): 118-119.
- [8] 林育红, 张文娇, 李薇娜, 等. 髋关节置换术患者的康复护理研究进展 [J]. 中国实用乡村医生杂志, 2021, 28(09): 22-24.