

康复护理是和康复对象联系最紧密的护理技术，它是护理学和康复医学结合所产生的一门专科护理技术，它的最终目的是预防继发感染，减轻残疾的影响，达到最大限度地功能改善和重返社会。一个人要从亚健康状态甚至更糟的状态变为健康状态，康复过程再重要不过了，否则疾病就会向另一个极端发展，这是人人都不愿看到的。所以在康复过程中，为了康复对象的健康，对一名康复护士来说，掌握常用的康复护理技术尤为重要！一类是作为康复护士需要了解的与康复密切相关的治疗技术，例如：物理治疗、作业治疗、言语治疗、康复工程、传统治疗法等；另一类是体位的摆放、呼吸训练及心理的护理。我个人认为在康复护理过程中很重要的一点就是要始终鼓励病人树立起战胜疾病的决心和勇气，持之以恒向疾病发起挑战，最终才能克服重重困难，帮助他们重新获得生活的技能，为将来重返家庭乃至社会创造必要条件。

神经源性异位骨化患者围手术期的护理体会

北京市 中国康复研究中心 北京博爱医院骨科

魏娜

摘要

目的 神经源性异位骨化 (Neurogenic Heterotopic Ossification, NHO) 是在神经损伤患者的关节周围软组织中有多余骨的形成，是神经损伤患者的常见并发症。患者发病后受累关节活动度及日常生活活动能力均有不同程度减低。根据异位骨化 (Heterotopic Ossification, HO) 的发生部位及严重程度，手术创伤亦有所不同。故临床护士应观察 NHO 患者围手术期的病情变化并给予相应的护理措施，减少临床并发症的发生。

方法 2011 年至 2012 年我科收治 NHO 患者 5 例，针对患者发生 HO 的部位、神经损伤情况，术前给予心理护理、基础护理及专科护理，术后给予伤口护理、贫血护理、相关并发症预防及康复功能训练。

结果 本组 5 例患者围手术期未发生呼吸系统、泌尿系统感染，未发生压疮；术前血红蛋白正常，术后均发生不同程度的贫血；伤口愈合良好；经过相关康复功能训练，受累关节活动度均有不同程度的好转；1 例患者术后发生单侧下肢肌间静脉血栓。

结论 HO 是脊髓损伤和脑外伤患者最重要的并发症，患者发病后受累关节的活动度减低，影响其日常生活活动能力，手术切除异位骨化是最主要的治疗方式，科学合理的围手术期护理措施能够有效地配合手术治疗，减少术后并发症的发生，促进患者早期康复。

神经源性异位骨化 (Neurogenic Heterotopic Ossification) 是在神经损伤患者的关节周围软组织中有多余骨的形成, 是脊髓损伤患者的常见并发症^[1]。患者发病后受累关节活动度及日常生活活动能力均有不同程度减低。2011年至2012年我科收治神经源性异位骨化患者5例, 本文结合该5例患者围手术期的护理, 总结体会如下。

1 一般资料

2011年7月-2012年6月北京博爱医院骨科共收治神经源性异位骨化患者5例, 年龄52-60岁, 平均58.4岁, 异位骨化经CT明确诊断; 5例患者均接受异位骨化手术切除治疗。详见表1。

表1 5例患者一般资料

病例	性别	年龄	病因	HO 发生部位	活动能力	肌张力	认知功能
1	男	52	颈髓不完全性损伤	双侧髋关节	双下肢借助器具行走, 双上肢正常活动	双下肢肌张力升高	正常
2	男	62	脑外伤术后	双侧上肢肩、肘关节	双下肢正常行走, 双上肢活动受限	正常	正常
3	男	59	脑外伤术后	左下肢髋关节	卧床	左下肢肌张力升高	障碍
4	男	59	胸髓完全性损伤	左下肢髋关节	卧床	双下肢肌张力升高	正常
5	男	60	胸髓完全性损伤	双侧髋关节	卧床	双下肢肌张力升高	正常

2. 术前护理

2.1 心理护理 术前与患者及其家属沟通, 向其介绍异位骨化相关疾病知识及手术治疗概况, 了解患者及其家属的疑虑和治疗期望值, 针对性的给予心理疏导, 全面履行告知程序。

2.2 专科护理 5例患者中有4例术前预留自体血以备术中回输, 取血量均为400ml, 取血后观察患者生命体征、心率及心律的变化。经常询问患者有无不适。4例患者取血过程顺利, 取血后至手术时无不适感觉。

2.3 基础护理 5例患者中3例截瘫, 1例偏瘫, 生活不能自理。术前即给予患者应用气

垫床，严格翻身，至少每 2 小时 1 次，指导家属按摩全身骨隆突部位，以杜绝压疮发生；异位骨化切除术为无菌手术，为避免术后伤口感染，术前应保护手术部位皮肤的完整性，保持皮肤清洁，可于术前 3 天每日用温肥皂水清洗局部，术区备皮时动作轻柔，仔细；正确指导患者饮食，术前即指导患者进食含铁丰富的动物肉类肝脏及蔬菜，本组 1 例患者术前经静脉补铁治疗。

3 术后护理

3.1 伤口护理 术后及时与主管医生沟通，了解切口部位、异位骨化与受累关节的关系及关节周围软组织受损情况，以确定术后髋关节及肘关节位置的正确摆放，更换体位时以此为据最大限度减小伤口张力，以免影响伤口正常愈合。另外本组患者 4 例肌张力升高，故接触性操作时应尽量减少对患肢的刺激，并注意观察肢体痉挛情况，督促患者定时、定量服用降低肌张力的药物，保护伤口。本组患者伤口均愈合良好，术后 2 周拆除缝线。

3.2 贫血护理 4 例患者术后伤口引流管连接自体血回输装置，收集术后 6 小时以内的伤口引流血，严格按照输血标准流程回输引流血并观察患者有无发热等输血反应。4 例患者均无输血反应发生。术后饮食指导同术前，5 例患者均给予静脉补铁治疗。术后 5 例患者均发生贫血（表 2），应严密观察患者生命体征、心率、心律、睑结膜、口唇及甲床颜色、精神状态的变化，监测血常规，如有明显异常，应立即通知主管医生给予相应治疗，以免影响患者预后。本组患者未因贫血引发严重并发症。

表 2 5 例患者手术前后血红蛋白变化

病例	术前血红蛋白 (g/L)	术后 3 天血红蛋白 (g/L)	术后贫血程度
1	131	92	轻度
2	137	97	轻度
3	123	89	中度
4	125	83	中度
5	132	91	轻度

3.3 并发症预防 术后给予相应的护理措施，预防压疮、呼吸道感染、泌尿系感染、便秘的发生；预防下肢深静脉血栓的发生，遵医嘱应用抗凝药物治疗，并给予双下肢气压式循环驱动治疗促进下肢血液回流，每日对比双下肢皮肤温度、颜色、肿胀程度、足背动脉搏动情况。

本组 1 例患者术后发生单侧下肢肌间静脉血栓，给予口服利伐沙班治疗。无其他并发症发生。

