

定了醫學康復、教育康復、職業康復和社會康復的基礎。

康復護理是和康復對象聯繫最緊密的護理技術，它是護理學和康復醫學結合所產生的一門專科護理技術，它的最終目的是預防繼發感染，減輕殘疾的影響，達到最大限度地功能改善和重返社會。一個人要從亞健康狀態甚至更糟的狀態變為健康狀態，康復過程再重要不過了，否則疾病就會向另一個極端發展，這是人人都不願看到的。所以在康復過程中，為了康復對象的健康，對一名康復護士來說，掌握常用的康復護理技術尤為重要！一類是作為康復護士需要瞭解的與康復密切相關的治療技術，例如：物理治療、作業治療、言語治療、康復工程、傳統治療法等；另一類是體位的擺放、呼吸訓練及心理的護理。我個人認為在康復護理過程中很重要的一點就是要始終鼓勵病人樹立起戰勝疾病的決心和勇氣，持之以恆向疾病發起挑戰，最終才能克服重重困難，幫助他們重新獲得生活的技能，為將來重返家庭乃至社會創造必要條件。

神經源性異位骨化患者圍手術期的護理體會

北京市 中國康復研究中心 北京博愛醫院骨科

魏娜

摘要

目的 神經源性異位骨化 (Neurogenic Heterotopic Ossification, NHO) 是在神經損傷患者的關節周圍軟組織中有多餘骨的形成，是神經損傷患者的常見併發症。患者發病後受累關節活動度及日常生活活動能力均有不同程度減低。根據異位骨化 (Heterotopic Ossification, HO) 的發生部位及嚴重程度，手術創傷亦有所不同。故臨床護士應觀察 NHO 患者圍手術期的病情變化並給予相應的護理措施，減少臨床併發症的發生。

方法 2011 年至 2012 年我科收治 NHO 患者 5 例，針對患者發生 HO 的部位、神經損傷情況，術前給予心理護理、基礎護理及專科護理，術後給予傷口護理、貧血護理、相關併發症預防及康復功能訓練。

結果 本組 5 例患者圍手術期未發生呼吸系統、泌尿系統感染，未發生壓瘡；術前血紅蛋白正常，術後均發生不同程度的貧血；傷口癒合良好；經過相關康復功能訓練，受累關節活動度均有不同程度的好轉；1 例患者術後發生單側下肢肌間靜脈血栓。

結論 HO 是脊髓損傷和腦外傷患者最重要的併發症，患者發病後受累關節的活動度減低，影響其日常生活活動能力，手術切除異位骨化是最主要的治療方式，科學合理的圍手術期護理措施能夠有效地配合手術治療，減少術後併發症的發生，促進患者早期康復。

周圍軟組織中有多餘骨的形成，是脊髓損傷患者的常見併發症^[1]。患者發病後受累關節活動度及日常生活活動能力均有不同程度減低。2011年至2012年我科收治神經源性異位骨化患者5例，本文結合該5例患者圍手術期的護理，總結體會如下。

1 一般資料

2011年7月-2012年6月北京博愛醫院骨科共收治神經源性異位骨化患者5例，年齡52-60歲，平均58.4歲，異位骨化經CT明確診斷；5例患者均接受異位骨化手術切除治療。詳見表1。

表1 5例患者一般資料

病例	性別	年齡	病因	HO 發生部位	活動能力	肌張力	認知功能
1	男	52	頸髓不完全性損傷	雙側髖關節	雙下肢借助器具行走，雙上肢正常活動	雙下肢肌張力升高	正常
2	男	62	腦外傷術後	雙側上肢肩、肘關節	雙下肢正常行走，雙上肢活動受限	正常	正常
3	男	59	腦外傷術後	左下肢髖關節	臥床	左下肢肌張力升高	障礙
4	男	59	胸髓完全性損傷	左下肢髖關節	臥床	雙下肢肌張力升高	正常
5	男	60	胸髓完全性損傷	雙側髖關節	臥床	雙下肢肌張力升高	正常

2. 術前護理

2.1 心理護理 術前與患者及其家屬溝通，向其介紹異位骨化相關疾病知識及手術治療概況，瞭解患者及其家屬的疑慮和治療期望值，針對性的給予心理疏導，全面履行告知程式。

2.2 專科護理 5例患者中有4例術前預留自體血以備術中回輸，取血量均為400ml，取血後觀察患者生命體征、心率及心律的變化。經常詢問患者有無不適。4例患者取血過程順利，取血後至手術時無不適感覺。

2.3 基礎護理 5例患者中3例截癱，1例偏癱，生活不能自理。術前即給予患者應用氣墊床，嚴格翻身，至少每2小時1次，指導家屬按摩全身骨隆突部位，以杜絕壓瘡發生；異位骨化切除術為無菌手術，為避免術後傷口感染，術前應保護手術部位皮膚的完整性，保持皮膚清潔，可於術前3天每日用溫肥皂水清洗局部，術區備皮時動作輕柔，仔細；正確指導

患者飲食，術前即指導患者進食含鐵豐富的動物肉類肝臟及蔬菜，本組 1 例患者術前經靜脈補鐵治療。

3 術後護理

3.1 傷口護理 術後及時與主管醫生溝通，瞭解切口部位、異位骨化與受累關節的關係及關節周圍軟組織受損情況，以確定術後髖關節及肘關節位置的正確擺放，更換體位時以此為據最大限度減小傷口張力，以免影響傷口正常癒合。另外本組患者 4 例肌張力升高，故接觸性操作時應儘量減少對患肢的刺激，並注意觀察肢體痙攣情況，督促患者定時、定量服用降低肌張力的藥物，保護傷口。本組患者傷口均癒合良好，術後 2 周拆除縫線。

3.2 貧血護理 4 例患者術後傷口引流管連接自體血回輸裝置，收集術後 6 小時以內的傷口引流血，嚴格按照輸血標準流程回輸引流血並觀察患者有無發熱等輸血反應。4 例患者均無輸血反應發生。術後飲食指導同術前，5 例患者均給予靜脈補鐵治療。術後 5 例患者均發生貧血（表 2），應嚴密觀察患者生命體征、心率、心律、臉結膜、口唇及甲床顏色、精神狀態的變化，監測血常規，如有明顯異常，應立即通知主管醫生給予相應治療，以免影響患者預後。本組患者未因貧血引發嚴重併發症。

表 2 5 例患者手術前後血紅蛋白變化

病例	術前血紅蛋白 (g/L)	術後 3 天血紅蛋白 (g/L)	術後貧血程度
1	131	92	輕度
2	137	97	輕度
3	123	89	中度
4	125	83	中度
5	132	91	輕度

3.3 併發症預防 術後給予相應的護理措施，預防壓瘡、呼吸道感染、泌尿系感染、便秘的發生；預防下肢深靜脈血栓的發生，遵醫囑應用抗凝藥物治療，並給予雙下肢氣壓式迴圈驅動治療促進下肢血液回流，每日對比雙下肢皮膚溫度、顏色、腫脹程度、足背動脈搏動情況。

本組 1 例患者術後發生單側下肢肌間靜脈血栓，給予口服利伐沙班治療。無其他併發症發生。

3.4 康復功能訓練 5 例患者均在術後 2-3 天拔除傷口引流管，傷口正常癒合。3 例患者因患肢肌張力高無法進行肢體功能訓練。2 例患者拆除縫線後開始進行被動和主動的肢體功能訓練，關節活動度有明顯的改善。

4 小結

異位骨化是脊髓損傷和腦外傷後最重要的併發症^[1]，髖關節和肘關節其最好發的部位^[2]，一旦發生異位骨化，手術便成為最主要的治療辦法。異位骨化手術切除後可有效增加關節的活動範圍，提高患者的日常生活活動能力^[3]。鑒於以上原因，臨床護士應系統的、循證的做好患者圍手術期的護理，針對可能發生的或已經發生的併發症制定預見性的及積極的處理措施，配合手術治療，最大程度減少患者術後併發症，幫助患者儘早開始康復功能訓練，提高患者生活的自信心。

參考文獻

- [1] JASB Jayasundara, MBBS, MRCS, GL Punchihewa, et al. Short-term outcome after resection of neurogenic heterotopic ossification around the hips and elbow following encephalitis[J]. Singapore Med J, 2012; 53(5): 97–100.
- [2] Francois Gene't, Claire Jourdan, Alexis Schnitzler, et al. Troublesome Heterotopic Ossification after Central Nervous System Damage: A Survey of 570 Surgeries[J]. Heterotopic Ossification after Neurological Damage, 2011; 6(1): 1-7.
- [3] Fuller DA, Mani US, Keenan MA. Heterotopic ossification of the shoulder in patients with traumatic brain injury[J]. J Shoulder Elbow Surg. 2012 May 29: Epub ahead of print

地址:北京市豐台區角門北路10號北京博愛醫院骨科

郵編:100068

手機:15120051456