

· 经验交流 ·

## 髋关节镜术后不良反应观察及处理<sup>△</sup>

王姝南<sup>1</sup>, 朱娟丽<sup>1</sup>, 梁宝富<sup>1</sup>, 吕坤芳<sup>1</sup>, 弓亚会<sup>1</sup>, 张建平<sup>1</sup>, 李春宝<sup>2\*</sup>, 刘玉杰<sup>1</sup>

(1. 中国人民解放军总医院第一医学中心骨科, 北京 100853; 2. 中国人民解放军总医院第四医学中心骨科医学部, 北京 100037)

**摘要:** [目的] 探讨髋关节镜手术后相关并发症的病情观察及应对策略。[方法] 回顾性分析2019年1月—2019年12月在本院行髋关节镜手术的126例患者的临床资料, 评估手术后并发症的发生情况, 探讨有效预防并发症的针对性措施。[结果] 本组124例髋关节镜手术患者, 出现患肢皮肤苍白14例、青紫4例; 术后患肢感觉运动异常16例; 女性会阴部挤压伤14例、男性4例; 术后伤口渗血68例、肿胀12例; 足背皮肤出现压痕、压红12例。以上并发症均经早期处置肢体感觉运动异常、佩戴下肢抗血栓压力带、加强皮肤损伤的预防与处理等措施, 减轻了术后并发症所带来的损伤, 患者均顺利康复。[结论] 针对髋关节镜术后并发症, 术前、术中提前预防, 术后早期观察, 实施有效护理措施是患者顺利康复的重要保障。

**关键词:** 髋关节镜, 不良反应, 观察与处理

**中图分类号:** R687.4

**文献标志码:** B

**文章编号:** 1005-8478 (2022) 05-0473-03

髋关节镜是近几年来运动医学领域的研究热点之一。随着人们对疾病认识的不断深入和手术技术的不断进步, 髋关节镜手术呈增多趋势<sup>[1, 2]</sup>。由于髋关节的解剖位置深在、关节间隙相对狭窄、关节周围有丰富的神经血管等原因, 增加了手术的难度, 术中需要下肢牵引, 易发生相关的并发症。文献报告髋关节镜手术常见的并发症有足踝部感觉障碍(0.8%)、肺栓塞(0.1%)、会阴部麻木(1.4%)、股骨颈应力性骨折(0.1%)等<sup>[3]</sup>。关于髋关节镜手术相关并发症的研究国内报告相对较少。本研究拟针对本科髋关节镜手术的126例患者进行术后研究总结如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

2019年1月—2019年12月, 本科行髋关节镜下盂唇损伤修复等手术126例纳入本组进行研究, 其中男78例, 女48例, 年龄14~66岁, 平均(36.26±12.4)岁。

#### 1.2 手术方法

全身麻醉完成后, 仰卧于牵引体位, 健侧上肢外展固定, 患侧上肢屈曲内收呈60°~90°悬吊并固

定, 会阴部覆盖纱布用贴膜平整黏贴, 防止碘酊烧灼皮肤, 会阴柱用棉垫包裹, 防止会阴神经损伤, 足部用弹力绷带宽松包裹使足部与足靴贴合紧密。标记骨性标志及手术入路, 消毒铺单。健侧下肢外展30°, 患侧下肢内收15°、内旋30°~45°进行牵引, 牵开关节间隙8~10mm。建立入口, 置入关节镜与器械, 镜下检查, 并进行相应手术操作, 如盂唇损伤缝合修复、头颈交界区凸轮畸形成形、髋臼侧钳夹畸形成形及关节囊缝合, 最后缝合并包扎伤口。

#### 1.3 评价指标

采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估患肢疼痛情况; 观察患肢的颜色、温度, 皮肤有无苍白、青紫; 观察足背动脉搏动和末梢循环; 观察会阴部软组织有无压伤、肿胀; 观察伤口有无渗血、渗液、肿胀等情况; 检查双下肢的感觉运动情况, 有无肿胀、疼痛、下肢深静脉血栓, 双足背皮肤有无压力性损伤, 检测凝血时间及D-二聚体, 观察液体出入量是否平衡。

## 2 结果

#### 2.1 患肢皮肤颜色苍白, 温度下降

本组126例中, 患肢皮肤苍白14例, 青紫4

DOI:10.3977/j.issn.1005-8478.2022.05.21

<sup>△</sup>基金项目: 全军医学科技青年拔尖项目(编号:19QN070); 国家重点研发计划科技冬奥专项基金项目(编号:2018YFF0301100)

作者简介: 王姝南, 副主任护师, 研究方向: 运动医学与关节外科护理, (电话)13520111516, (电子信箱)nsw516@sina.com

\* 通信作者: 李春宝, (电话)15001164095, (电子信箱)lichunbao301@163.com

例。患者术前体温为(36.4±0.3)℃,术后即刻体温(术后返回病房时)为(35.4±0.4)℃,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。将生理盐水在使用前加温至体温水平,使其尽可能维持术中体温,改善患肢血液循环。

## 2.2 患肢感觉运动异常

术后患肢感觉运动异常16例,主要表现为活动受限、会阴部及足部麻木感,及时上报医生。遵医嘱给予20%甘露醇250 ml、甲泼尼龙琥珀酸钠80 mg、甲钴胺500 μg静脉滴注,每日查看麻木感恢复情况,及时上报。全部患者经治疗后术后7 d内症状均消失。

## 2.3 会阴部挤压伤

在本组病例中,女性会阴部挤压伤14例,高于男性的4例。根据挤压程度,如肿胀明显,可用50%硫酸镁湿敷,保持纱布的湿润度。如有破损,可用德莫林敷贴湿敷,2次/d。

## 2.4 伤口渗血、肿胀

本组中,术后伤口渗血68例,肿胀12例。发现上述情况后及时上报医生,给予更换伤口敷料,保持伤口干燥。同时局部间断冰敷伤口24 h,防止出血。伤口肿胀明显,可给予高能激光治疗,每日1次,每次照射10 min。

## 2.5 足背皮肤

本组中足背皮肤出现压痕、压红12例。首先解除足背的压力,同时用赛肤润液体敷料涂抹,每日3次,涂抹后用指腹轻轻按摩,至皮肤吸收。术后6 h~1 d后,症状消失。

## 2.6 疼痛

本组中,患者术后即刻疼痛评分(4.12±1.13)分。如疼痛评分>4分,报告医生,遵医嘱给予氟比洛芬酯100 mg,静脉滴注2次/d,塞来昔布0.2 g,1次/晚口服。

## 2.7 下肢深静脉血栓

为预防血栓的形成,患者回病房后给予抗血栓压力带治疗。每日指导患者功能锻炼,踝关节的跖屈背伸运动,每日3次,每次50下。如有异常,测量下肢的周径,申请下肢血管超声,早发现,早处理。

## 2.8 心理护理

针对上述症状,术前与患者进行病情交代,使患者做好心理准备,术后及时安慰患者,积极治疗出现的症状,促进患者早日康复。

本研究回顾性分析2019年1月—2019年12月在本院行髌关节镜手术的126例患者的术后不良反应情况,通过术术前中提前预防,术后早期观察,实施有效护理措施,可有效控制并发症发生,使患者得到顺利恢复。Flecher等<sup>[3]</sup>研究显示,髌关节镜手术术后总体并发症发生率为8.3%,女性患者及牵引时间≥60 min的患者发病率较高<sup>[4]</sup>。蔡真理<sup>[7]</sup>认为有效护理在髌关节障碍患者的功能恢复以及减少并发症等方面有良好效果。

手术中,牵引力的大小和持续时间是增加牵引相关损伤风险的重要因素<sup>[5]</sup>。因此,牵引相关损伤可以通过缩短牵引持续时间,减小牵引力的方式来避免。手术准备过程中,如患者较为肥胖,BMI指数偏大,牵引时对足部施加了较大的牵引力,易造成足背皮肤的损伤,踝关节的疼痛。所以,在双足的牵引靴内加棉垫来保护足部皮肤。针对会阴柱对抗下肢牵引,易造成会阴部的损伤,可将会阴柱用多层棉垫覆盖包裹,以柔性接触代替刚性接触,增加会阴与会阴柱接触面积,降低局部压强,降低会阴损伤的程度。同时,在手术中,患肢的牵引时间每1 h巡回护士提醒手术者1次,持续牵引时间不超过1.5 h。

术后早期观察,实施有效护理措施。Alam等<sup>[6]</sup>研究发现部分患者在髌关节镜术后出现对侧下肢的深静脉血栓形成,考虑可能与口服避孕药使用史,轴向牵引力的使用以及术中骨盆力量不对称引起,尽管此并发症少见,但后果严重,也需要注意其潜在风险。因此,术后观察液体摄入量、出血量及双下肢有无肿胀和自我感觉的异常情况,必要时报告医生申请下肢超声检查,如有血栓,早发现,早处理。髌关节位置深在、关节间隙相对较窄、关节周围神经血管丰富,术中长期较大力量的下肢牵引,术后患肢易出现疼痛、麻木、伤口渗血渗液,会阴部及足背皮肤出现压力性损伤等情况,在患者回病房后,以上均是交接的重点。足背及会阴部皮肤的压力性损伤有压红、肿胀、水泡、破溃等。Kosiak<sup>[8]</sup>指出持续2 h的70 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)压力将造成缺血性损伤,并可能导致压疮的发生。因此,要关注手术时长、牵引力及持续时间、患者的BMI指数等,都是导致并发症的危险因素。同时术后还要做好局部皮肤的持续观察,防止局部组织受压后的再灌注损伤。

## 3 讨论

## 参考文献

- [1] 张晋, 王雪松. 髋关节镜并发症的原因分析[J]. 骨科临床与研究杂志, 2019, 7(4): 205.
- [2] Larson CM, Clohisy JC, Beaulé PE, et al. Intraoperative and early postoperative complications after hip arthroscopic surgery: a prospective multicenter trial utilizing a validated grading scheme [J]. *Am J Sports Med*, 2016, 44(9): 2292–2298.
- [3] Flecher X, Dumas J, Argenson JN. Is a hip distractor useful in the arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement [J]. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2011, 97(4): 381–388.
- [4] Larson CM, Clohisy JC, Beaulé PE, et al. Intraoperative and early postoperative complications after hip arthroscopic surgery: a prospective multicenter trial utilizing a validated grading scheme [J]. *Am J Sports Med*, 2016, 44(9): 2292–2298.
- [5] Scher DL, Belmont PJ Jr, Owens BD. Case report: Osteonecrosis of the femora] head after hip arthroscopy [J]. *Clin Orthop Relat Res*, 2010, 468(11): 3121–3125.
- [6] Alaia MJ, Zuskov A, Davidovitch RL. Contralateral deep venous thrombosis after hip arthroscopy [J]. *Orthopedics*, 2011, 34(10): e674–677.
- [7] 蔡真理. 综合性护理干预对老年髋部骨折患者术后治疗依从性、髋关节功能和并发症的影响[J]. 中国现代医生, 2014, 52(25): 73–75, 79.
- [8] Kosiak M, Kubicek WG, Olson M. Evaluation of pressure as a factor in the production of ischial ulcers [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1985, 39: 807–812.
- (收稿: 2021-09-01 修回: 2022-01-11)  
(同行评议专家: 唐翔宇 周 密)  
(本文编辑: 宁 桦)

(上接 472 页)

- [6] Magerkurth O, Jacobson JA, Girish G, et al. Paralabral cysts in the hip joint: findings at MR arthrography [J]. *Skeletal Radiol*, 2012, 41(10): 1279–1285.
- [7] Chen SL, Maldonado DR, Go CC, et al. Outcomes of hip arthroscopic surgery in adolescents with a subanalysis on return to sport: a systematic review [J]. *Am J Sports Med*, 2020, 48(6): 1526–1534.
- [8] Tey M, Alvarez S, Ríos JL. Hip labral cyst caused by psoas impingement [J]. *Arthroscopy*, 2012, 28(8): 1184–1186.
- [9] Knapik DM, Sheehan J, Nho SJ, et al. Prevalence and impact of hip arthroscopic surgery on future participation in elite American football athletes [J]. *Orthop J Sports Med*, 2018, 6(2): 2325967117752307.
- [10] Schmitz CC, Haas H, Müller-Stromberg J. Endoscopic treatment of calcinosis circumscripta of the hip joint: a report of 2 cases of arthroscopic removal of a calcific deposition between the labrum and capsule [J]. *Arthroscopy*, 2010, 26(8): 1135–1138.
- [11] Perets I, Hartigan DE, Walsh JP, et al. Excision of labral amorphous calcification as a part of hip arthroscopy—clinical outcomes in a matched—controlled study [J]. *Arthroscopy*, 2018, 34(4): 1227–1233.
- [12] Lee KH, Park YS, Lim SJ. Arthroscopic treatment of symptomatic paralabral cysts in the hip [J]. *Orthopedics*, 2013, 36(3): e373–376.
- [13] Granger L, Goldring M, Kutty S. The pediatric hip: a rare case of acetabular labral tear and paralabral cyst: a case report [J]. *JBJS Case Connect*, 2019, 9(4): e0405.
- (收稿: 2021-10-01 修回: 2021-12-07)  
(同行评议专家: 李海鹏 滕立佳)  
(本文编辑: 闫承杰)