

人工全髋关节置换术后病人的康复技巧

唐海远

(广西河池市第三人民医院 河池 547000)

摘要:目的:探讨人工全髋关节置换术后病人的康复效果。方法:对 32 例人工全髋关节置换术后病人进行康复指导,教会病人肌力训练、关节活动训练、康复技巧等。结果:病人的生活质量得到明显的提高,病人对治疗效果表示满意。结论:人工全髋关节置换术后病人的康复锻炼适宜推广。

关键词:人工全髋关节置换;康复;技巧

中图分类号:R 473.6 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)06-0078-02

我院 2001 年 5 月~2006 年 12 月,通过对 32 例人工全髋关节置换术后病人的系统护理及康复锻炼,取得显著效果。现报告如下:

1 临床资料

本组病人共 32 例,男 21 例,女 11 例;年龄 36~92 岁,平均年龄 62.3 岁;其中股骨头坏死 13 例,股骨颈骨折 16 例,其它 3 例。手术采用髋后外侧切口,行单侧全髋关节置换的有 30 例,行双侧全髋关节置换的有 2 例。手术固定方式决定病人术后下床活动的时间及是否负重。

2 康复指导及技巧

2.1 心理康复指导技巧 心理康复决定肢体功能的康复,只有病人战胜自我,充分解除思想顾虑,才会积极主动地配合治疗和康复锻炼。因此,护士应详细地做好术后康复指导,通过讲解全髋关节置换术预后的可靠信息,同种病例的手术效果,活动的重要性及病人之间的互相交谈等方法以增强病人治愈疾病的信心和决心,为康复锻炼打下坚实的基础。同时拿出人体模型器跟病人及家属详细地讲解手术的方法及术后康复锻炼的注意事项,使病人及家属对术后康复有更深入的理解并掌握锻炼的技巧。

2.2 肢体及关节功能康复技巧

2.2.1 术后患足穿矫正鞋 使足尖向上,患肢下垫一软枕,并保持 15° 外展中立位,以防止髋内收外旋和关节脱位^[1],并在两大腿之间放置梯形枕,并把梯形枕用固定带与患肢固定,防止患肢过度内收引起假体脱位,注意软枕高度要适宜,矫正鞋不要落空。

2.2.2 指导正确的翻身方法 手术当日患者可向患侧翻身 15~20°,身下垫软枕^[2]。术后第 1 天可将床头抬高 20~50°,术后第 2~3 天可适当翻身侧卧,注意不要过度翻身,翻身以向术侧翻身为首选。方法为伸直术侧髋关节,以保持旋转中立位,翻身时护士分别站在病人两侧,同时拉起中单两侧,注意手拿中单时应尽量靠近病人身体以便好用力,同时将病人翻至所需的体位,胸前和身后垫软枕;向健侧翻身,健腿在下略弯曲,伸直术侧髋关节,两腿之间必须垫梯形枕,以防止患肢内收。

2.2.3 功能锻炼技巧 (1)术后 6h:可在床上做些简单的活动,如上肢运动,股四头肌静止性收缩,足趾及踝关节的背伸趾曲及旋转运动。以后循序渐进,以不感到疲劳为主^[3]。股四头肌收缩运动:踝关节背屈,绷紧腿部肌肉 10s 后放松,再绷紧再放松,如此反复,每组 20 次,每天 2~3 组。(2)术后第 2 天:练习“三点支撑”即抬臀练习。方法:弯曲健腿,健足与双肘一起支撑床铺,腰部稍用力,将臀部抬起,但不宜抬过高,以离床一拳头较为合适,过高容易引起假体松脱,这样可防

止臀部皮肤长期受压形成褥疮。亦可利用双手拉牵引床的手把,慢慢用力将上身及臀部抬起,以臀部离床为准,以锻炼双上肢及防止臀部皮肤长期受压,但要注意保护好患肢,不要使假体松脱。(3)术后第 2~3 天:拔除引流管,拍摄 X 光片,以判断假体的位置,结合术前髋关节病变程度、假体类型、手术过程和病人全身情况开始康复训练。练习的程度以病人耐受且不感到疲劳为度,床上进行髋关节屈伸练习,外旋练习,屈髋<45°,以后逐渐增加屈度,但避免>90°。直腿抬高训练:伸直膝关节,背屈踝关节,足跟离床 20cm,空中停顿 10s,放松 10s,每组 20 次,每天 2~4 组。膝关节可用 CPM 协助锻炼,刚开始从 30° 起,每两天增加 5°,但避免>90°。(4)术后第 4~5 天:坐位练习:小腿下垂,床边做踢腿练习及髋关节的伸屈运动等。立位行走练习:如使用骨水泥固定假体,术中无植骨、骨折等情况,可根据病人情况,术后 5~6d 可扶步架下床活动,下床活动患肢可负重,如非骨水泥固定假体可部分负重。下床方法:患者首先移至健侧床边,健腿先离床并足部着地,患肢外展屈髋<45°,由他人协助抬起上身,使患腿离床并使足部着地,再扶步架站起,上床时,按相反方向进行,患肢先上床。

2.3 饮食的康复指导 术后的饮食因人而异、因地制宜。嘱患者进食高热量、高蛋白、高纤维素、富含多种维生素的食物。每日均应进食新鲜蔬菜和水果,可少量多餐,多喝水。高龄患者由于年龄大,钙质流失严重,形成骨质疏松,应适当给予补钙,如喝牛奶、豆浆等。不宜吃得过饱,不宜吃过甜、高脂肪、高胆固醇的食物。糖尿病患者应选用优质蛋白饮食,如动物食品中的奶类、禽蛋类、水产类的蛋白质营养价值高,利于保护肾脏^[4]。

2.5 出院指导 继续进行功能锻炼,注意逐渐增加活动强度,下地负重及行走练习时要小心,避免摔倒,发生意外。术后 1 个月内不得驾驶车辆及长途旅行,驾车、性生活可在 6 周后恢复。沐浴宜采用淋浴。术后 6 周内不要交叉盘腿,不要坐低沙发和矮椅子,坐在椅子上不要将身体前倾,不要弯腰拾地上的东西。不宜参加跑步、跳跃、举重、游泳等,平时步行速度应减慢。术后 1 个月内可扶双拐行走,1 个月后单拐行走,3 个月后来去拐行走。出院后 1、3、6 个月定时来院复查,如出现伤口红、肿、热、痛,体温高于 38.5℃,髋部疼痛或外伤等情况,请立即就医诊治。

3 讨论

人工髋关节置换可解除关节疾病病人的病痛,纠正畸形,恢复关节功能,提高患者的生活质量,患者康复指导是保证治疗成功的重要因素^[5]。护理人员必须针对不同的病人、不同的训练时间进行有效的康复指导,教会病人训练技巧,并

肱骨近段瘤段骨截除、肩关节功能重建的围手术期护理

罗莲 李红米

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词: 瘤段骨截除; 自体腓骨移植; 肩关节功能重建; 护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0079-01

我院自 2004 年 2 月~2007 年 5 月对 9 例肱骨近段骨巨细胞瘤行肱骨近段瘤段骨截除、自体腓骨移植、肩关节功能重建术, 疗效满意。现将围手术期护理要点介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 9 例, 男 7 例, 女 2 例; 年龄 6~42 岁, 平均 26 岁; 病程 4~25 个月。病灶部位: 肱骨头 3 例, 肱骨近端 4 例, 肱骨上 1/3 段 2 例。肿瘤大小: 3.0~7.0cm×2.5~5.0cm×2.0~4.5cm。组织学确诊巨细胞瘤 I 级 3 例, II 级 5 例, III 级 1 例。9 例均行肩关节前外侧切口, 依层显露肱骨近段及肱骨头。肱骨近段瘤段骨截除 (含肱骨头), 截除瘤段 8.0~12.0cm, 另取术侧自体腓骨移植, 移植游离腓骨 12.0~16.0cm。移植的腓骨远端插入肱骨断端髓腔, 深 3.0~4.0cm, 用螺丝钉或钢丝固定。部分病例在两骨连接处周围置少许松质骨, 腓骨头面向肩关节盂、肩周韧带和肌肉的起止点, 依层缝合重建肩关节, 常规置管负压引流。加压包扎伤口, 采用“∞”字石膏外固定肩部。术后 8~12 周摄 X 片证实断骨愈合后, 去外固定, 逐步主动和被动锻炼肩关节功能。

1.2 疗效 随访 24~48 个月, 摄肩关节 X 线片, 见植入的腓骨逐渐增粗, 1 年后接近肱骨干直径, 腓骨头增大, 形似肱骨头, 肩关节活动功能良好。年龄 6~16 岁的 4 例患者, 肩关节前屈外展达 180°, 后伸 50°, 内收 70°, 内旋 60°, 无疼痛, 能参加体育活动。年龄 20~42 岁的 5 例患者, 肩关节前屈外展 135°~175°, 内收 30°~60°, 后伸 30~45°, 内旋 30°~60°, 外旋 25°~60°, 有 2 例患者活动时轻微疼痛, 生活能自理, 可参加轻体力劳动。9 例患者均无肿瘤复发。

2 术前护理

2.1 心理护理 四肢肿瘤患者, 因惧怕变残或危及生命, 心理压力很大, 对生活充满悲观、失望, 甚至厌世, 对手术心存恐惧疑虑。对此, 术前应向患者耐心讲解有关四肢肿瘤的知识, 和治疗方面的新进展, 特别要强调保肢手术已成为当今治疗的主流。根据患者不同心理特点, 采用疏导、引导等方式进行交流, 增强患者对疾病的认识, 树立战胜疾病的信心, 消除悲观、焦虑等心理反应, 以乐观、稳定、豁达的情绪, 积极配合

与患者的家属进行沟通, 争取家属的配合和支持。曾有因家属将患者的患肢移至被子上, 造成假体脱位的报道。也有病人晚上睡眠时, 不小心自己将患肢翻到超过 90°, 造成过度翻身, 或将双下肢搭起交叉的报道, 这是非常危险的动作。因此, 护理人员必须与医生、患者、家属进行有效地沟通和配合, 才能保证全膝关节置换成功, 防止意外发生。同时要注意预防各种术后并发症的发生, 深静脉血栓是人工全膝关节置换术后最常见的并发症, 发生率为 40%~70%。术后髌关节脱位是全膝关节置换术后常见的并发症之一^[1], 在本组病例中, 经过对人工全膝关节置换术后病人的康复指导, 使病人及早下床活动, 术后平均 5.3d 下床活动, 减少长期卧床而引起的各种并发症的发生, 也减轻病人和家属照顾的生活负担。经过 1 年的随访, 本组病人屈髋均大于 90°, 能完成日常生活

手术及治疗。

2.2 体能准备 了解患者的全身情况, 包括全身各项检查, 并给予饮食指导和最佳的营养支持, 使患者处于良好的营养状况, 从而增加疗效, 减轻治疗副作用, 加速康复过程, 确保手术成功。术前 12h 禁食, 8h 禁水、留置导尿。

2.3 手术部位准备 肿瘤患者免疫力低下, 易发生感染, 因此, 必须严格皮肤准备, 防止皮肤破损。术前 3d 开始备皮, 每天以消毒液消毒术野 1 次, 最后用无菌巾包裹。

3 术后护理

3.1 体位护理 去枕平卧 6h, 全麻患者头应侧向一侧, 防止呕吐而窒息。术后抬高患肢, 保持功能位。

3.2 生命体征监测 全麻患者术后 15~30min 测血压、脉搏 1 次。若术中输大量库血, 术后应严密观察生命体征和病情变化, 持续监测血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度, 每 30 分钟记录 1 次, 注意水、电解质、酸碱平衡, 记 24h 出、入量。对尿量、尿颜色及性状密切观察。

3.3 引流护理 密切观察伤口渗血及引流情况, 记录引流量及性状。引流管应固定稳妥, 防止脱落、受压及扭曲, 长度要适宜, 不能影响患者在床上活动; 经常向下挤压引流管, 防止堵塞, 确保引流通畅。如发生切口渗血多, 且 24h 引流量 >500mL 时, 应及时报告医生, 橡皮管引流 24~48h 后拔除。

3.4 密切观察患肢血运变化 注意皮温、颜色、动脉搏动情况, 如有发冷、青紫、苍白及麻木等症状, 均为血运障碍, 应及时报告。

3.5 石膏护理 患肢石膏固定搬运时应有专人保护, 切勿折断石膏。石膏未干燥前不宜覆盖, 经常检查骨突处, 避免压疮出现, 石膏固定 6~8 周。去石膏外固定后, 逐渐开始做上肢非应力活动, 待上肢各关节活动 (肩、肘、腕) 骨质再塑完成后, 才能充分活动。

3.6 留置尿管的护理 有尿潴留者, 必要时留置导尿, 注意每天行膀胱冲洗, 防止泌尿系感染。注意保持外阴清洁, 女性患者每天予以会阴冲洗。

(收稿日期: 2008-08-27)

活, 照顾自己。81.2% 病人对治疗效果表示满意, 87.5% 的病人生活质量较前提高, 术后取得良好的效果。

参考文献

[1] 华蕾, 宋艳霞, 孙燕. 34 例人工全膝关节置换病人的康复护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 36 (8): 599-600
[2] 邵雪平. 人工膝关节置换患者的康复指导[J]. 中华现代医学理论与实践, 2004, 11 (7): 49-50
[3] 杨秀波, 刘志梅, 陈美伦. 膝、髋关节术后深静脉血栓形成的预防及护理[J]. 护士进修杂志, 2005, 20 (8): 458
[4] 关桂语. 营养学基础与临床实践[M]. 北京: 科学技术出版社, 1986. 16-20
[5] 刘花转, 李麦玲. 人工全膝关节置换病人的康复指导[J]. 实用护理杂志, 2002, 18 (8): 25
[6] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京: 科学出版社, 1999. 176-575

(收稿日期: 2008-02-05)