

老年人工全髋关节置换术的康复护理

王 巧

(河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

关键词 关节成形术, 置换, 髋 康复护理

随着人口老龄化时期的到来, 类风湿关节炎、强直性脊柱炎、骨性关节炎及骨折等髋关节疾病的发病率不断提高, 人工髋关节置换术是目前治疗髋关节疾病的常用手段, 术后康复护理是手术成功的可靠保障。2009 年 6 月至 2010 年 6 月, 我们对 136 例行人工髋关节置换术术后病人进行系统的护理, 取得了满意的疗效, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 136 例, 男 80 例, 女 56 例。年龄 63 ~ 92 岁, 平均 74 岁。股骨颈骨折 73 例, 股骨头缺血性坏死 36 例, 髋臼发育不良 7 例, 强直性脊柱炎髋关节强直的 6 例, 类风湿性关节炎 7 例, 髋关节肿瘤 3 例, 髋关节结核 3 例。其中合并有严重心、肺疾病者 5 例, 高血压、糖尿病 6 例, 脑梗塞 2 例。

2 术后护理

2.1 全身情况观察 术后一是要严密观察生命体征: 每小时测 BP、P、R 1 次至平稳。全麻术后, 4 ~ 6 h 内禁食水, 去枕平卧, 并给予吸氧、心电监护。对患有心血管疾病的老年病人, 输液时注意监控, 做到既不使心脏负担过重又要补足液体。二是要注意监测体温: 术后经常会出现创伤性发热。一般 3 ~ 5 d 内体温 $< 38.5^{\circ}\text{C}$, 若体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$, 应监测体温并行物理降温。若术后 5 d 体温仍高则为异常现象需及时报告医生给予处理。另外, 需要注意观察呼吸的深浅、频率、节律等: 定时巡视病房, 询问患者的自我感觉, 有无呼吸费力情况。再者就是要注意观察意识情况。对于肥胖患者, 还应注意预防脂肪栓塞。

2.2 引流管的护理 术后注意观察引流管是否畅通, 以及引流物的量、性质和颜色。要经常挤压引流管以保证引流彻底。术后 1 ~ 2 h 出血量应在 200 ~ 400 mL, 如引流量过少, 须检查引流管有无受压、折叠、扭曲及血块堵塞, 并及时处理。术后 10 ~ 20 h 出血量超过 1 000 mL 时应关闭关节腔引流管, 臀部用腹带、棉垫内衬加压包扎。负压袋位置要始终保持低

于切口位置 30 cm。引流液 $< 10\text{ mL}$, 为拔管指征, 同时观察伤口敷料周围有无渗出, 为减少出血, 可在避开伤口处给予冰袋冷敷 24 h。

2.3 饮食护理 由于该手术创伤大, 加上术后卧床时间相对较长, 常会引起老年病人胃肠功能减退, 消化功能紊乱, 故临床上要做好饮食指导, 应做到科学调配膳食, 饮食有节。早期饮食宜清淡, 富于营养易消化的流质、半流质食物, 如牛奶、米汤、稀面条、菜汤等, 忌食辛辣、油腻、生冷及刺激性食物。中后期脾胃功能恢复, 可给予高蛋白、高钙、高热量、高维生素类食物, 如鸡蛋、瘦肉、动物肝脏、红枣粥等, 多吃新鲜的蔬菜水果及粗纤维食物, 以增强胃肠蠕动, 防止便秘发生。

2.4 患肢护理 术后患肢应保持在屈曲 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 、外展 $40^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 、股骨柄前倾角为 15° 的中立位, 患肢制动, 穿防旋鞋, 两腿中间可置一小软枕, 勿屈曲、内旋髋关节, 以防人工髋关节脱位, 术后 48 h 严密观察患肢血液循环。如患肢足背动脉搏动情况、皮肤的颜色及温度等, 如有异常应报告医生立即处理。

2.5 疼痛护理 由于人工关节置换术手术创伤大, 剥离范围广, 术后疼痛程度较重, 时间较长, 影响患者的饮食、睡眠和心理状态, 对身体康复不利, 故须做好疼痛护理。我们采用可视模拟标尺法让病人对自己的疼痛进行评估。当疼痛大于 5 分时常规采用镇静剂, 口服给药, 如无效再肌注镇痛剂; 当疼痛大于 7 分时遵医嘱静脉置 PCA 止痛泵, 并告知病人及家属 PCA 泵的使用方法。配合心理疏导, 分散其注意力, 以减轻患者痛苦。

2.6 皮肤护理 保持床单平整、清洁、干燥无渣屑, 随时更换湿污的床单、被套, 每 2 h 给病人翻身、拍背、按摩受压处 1 次, 以促进血液循环。骨突部位可垫气圈、棉垫, 协助患者将肢体摆放于正确舒适的体位, 指导病人家属正确使用便盆, 避免拖、拉、推等动作, 以免皮肤破损, 发生褥疮。

3 功能锻炼

人工关节置换术手术后的锻炼,主要是强化髋关节周围的肌肉力量,恢复髋关节的活动度,使病人能适应假体,并能照顾自己为止。术后 24 h 开始,鼓励患者主动用力地做足趾及膝关节屈曲运动,以促进肢体的血液循环,每天 3 次,每次 20 ~ 30 min,第 2 天做患肢髌骨按摩,防止关节粘连,术后第 3 d 开始用下肢关节康复机(CPM)进行功能锻炼。方法是将肢体放在 CPM 机上,足和足跟固定,胫骨近端用固定带固定,以控制小腿旋转,下肢轻度外展(20° ~ 30°)。初始 48 h 内做 0° ~ 40° 运动,以后逐渐增加,每次活动 30 min ~ 1 h;如有肢体明显肿胀或其他不适,可减少运动范围或维持原状;如症状加重应暂停,一般每天训练 2 ~ 3 次。术后 1 周可在他人协助下练习下床端坐,扶床缘站立;术后 2 ~ 3 周加强患肢不负重下的主动运动,如扶双拐练习步行;术后 6 周可扶手杖进行慢速步行上楼梯等锻炼,手杖可视情况使用至术后 3 个月。在患者锻炼过程中,护理人员要在旁守护,严防跌倒致使手术失败。

4 出院指导

出院时要告知患者,术后 3 个月内卧床时要采取平卧或半卧位,避免侧卧。术后 3 周内活动患肢时,屈髋要小于 45°,以后根据病情逐渐增加屈髋度数,但不可大于 90°;另外要避免交叉双腿,不要坐矮椅或沙发,不要屈膝而坐。术后 2 周内可用助行器、拐杖行走,4 周后锻炼患肢外展。3 个月后患肢可逐渐负重。上午散步,下午晚上适当抬高患肢。6 个月内避免患

肢内收和内旋,站立时,患肢应尽量外展,完全康复后可进行散步、骑车、打保龄球、游泳、跳舞等活动。出院 2 周摄 X 线片复查 1 次,继续口服补肝肾养气血中药。

5 讨论

开展老年人工关节置换术后的康复护理,首先护士与患者建立良好的关系,以保证围手术期功能康复的顺利进行。要求护士不但要有良好的专业知识和心理素质,还要求护士具有良好的沟通技巧,耐心倾听,理解,关心患者,对其提出的问题进行指导、解释,并为其提供行之有效的解决方法,使患者对护士充满信任感。其次,要进行全面的健康教育,告知患者术后并发症及观察与处理的方法,患肢活动时疼痛加剧、体温持续升高、关节肿胀、充血或表现为长时间的关节疼痛,窦道形成而局部肿胀不明显,均提示有感染的发生,应及时报告医生。若出现关节畸形、功能障碍、疼痛时均应及时复诊。再次,要进行合理的功能锻炼指导,防止再创伤。功能锻炼是保证手术成功的关键,必须持之以恒,循序渐进地进行,保证髋关节周围的肌肉无萎缩,才能有效地包绕在假体周围,使假体不易发生松动和脱位。肌力锻炼时应注意:正确掌握运动量与训练节奏,每次肌肉练习应引起一定的肌肉疲劳,但过大运动量可引起肌肉急性劳损,发生持续疼痛,应注意训练强度;注意无痛锻炼。因肌肉练习的效果与患者的主观努力程度密切相关,应充分调动患者,使其明确练习的作用和意义,消除疑虑,以提高康复信心和积极性。

(2010-12-23 收稿 2011-03-28 修回)

(上接第 78 页)手术治疗要达到最理想的预期效果,先进的手术技术和材料是必须的前提和基础,而科学规范的康复护理则是其重要的保证。有研究发现,术后进行康复训练者神经功能恢复质量比不进行康复训练者更高而且时间短^[1]。本组 30 例,除手术技术因素外,术后早期卧床休息为节段间的最终融合稳定提供了保证^[2]。直腿抬高和足背屈伸练习能够有效地防止神经根粘连和肌肉萎缩以及下肢静脉血栓形成。腰背肌是保证伤后脊柱稳定性重建的重要因素如腰背肌力量较差则容易发生椎体的不稳和滑脱^[3],因此在个体情况允许的前提下,腰背肌锻炼宜早期进行,因为早期有效的腰背肌锻炼增加了腰背肌肌力,维持了脊柱正常生理曲度,增强了脊柱的稳定性。必须注

意的是,康复护理也应针对不同的个体和病情适时作出相应的调整,充分体现个性化,才能使每个患者都能获得最理想的康复效果,同时住院期间的康复训练与院外指导密不可分。

5 参考文献

- [1] 李锋,李光辉,熊伟,等. 脊髓型颈椎病患者椎体间融合器手术治疗前后康复训练的疗效研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2004,26(2):100-102.
- [2] 王人彦,华永均,孟春,等. 经椎间孔单枚融合器与椎弓根钉治疗腰椎滑脱症的临床研究[J]. 中医正骨,2009,21(3):12.
- [3] 贺爱兰,张明学. 实用专科护士丛书骨科分册[M]. 湖南:科学技术出版社,2004:141.

(2009-12-03 收稿 2010-05-22 修回)