

综合护理干预全膝置换术后疼痛

林燕, 彭凌, 任瑞芳, 苏海鸥, 洪瑞莉

(浙江省瑞安市人民医院, 浙江 瑞安 325200)

关键词 关节成形术, 置换, 膝 疼痛, 手术后 护理

人工全膝关节置换术 (total knee arthroplasty, TKA) 对严重的膝关节疾病疗效显著, 但术后常因疼痛影响患膝的早期功能锻炼, 使关节功能恢复延误, 住院时间延长, 影响手术效果^[1]。目前对 TKA 术后疼痛进行干预的方法有很多, 且各有优缺点。2009 年 6 月至 2010 年 10 月, 笔者采用心理干预及视听分散两种方法缓解 TKA 术后疼痛, 并对两种方法的效果进行比较, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共 60 例患者, 男 23 例, 女 37 例; 年龄 53 ~ 75 岁, 均为行人工全膝关节置换术的患者。

1.2 病例纳入标准 ①行单侧人工全膝关节置换术的骨关节炎、类风湿关节炎患者; ②有看电视、DVD 光碟或听磁带的爱好。

1.3 病例排除标准 ①认知能力 (AMT 评分) < 8 分者; ②视力、听力异常者; ③非硬膜外麻醉者。

2 方法

2.1 分组方法 将入选的 60 例患者采用随机数字表法随机分为观察组和对照组, 每组 30 例。两组患者性别、年龄、文化程度及疾病类别间的差异无统计学意义 (表 1)。

2.2 干预方法 两组患者术后均采用自控静脉镇痛泵镇痛, 并间断进行术区冰敷, 72 h 后开始口服塞来昔布片 (200 mg · 12 h⁻¹) 4 d。对照组由责任护士对患者进行心理干预, 向患者说明疼痛是术后机体的保护性反应, 是暂时的。强调早期进行功能锻炼的必要性和重要性。鼓励患者说出疼痛的感受, 在疼痛时要寻求帮助。教会患者用作深呼吸、与家人聊天、回忆愉快的事情等方法转移对疼痛的注意力。观察组除上述心理干预外, 让患者在备选的磁带、光盘或电视节目中选择喜爱的节目收听或观看。两组均干预 14 d, 并在接受干预的同时采用相同的康复计划进行功能锻炼。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	性别 (例)		年龄 (岁)	文化程度 (例)		疾病类别 (例)	
	男	女		初中及以下	高中及以上	类风湿关节炎	骨关节炎
观察组	11	19	64 ± 11	16	14	19	11
对照组	12	18	65 ± 10	16	14	22	8
检验统计量	$\chi^2 = 0.071$		$t = 1.135$	$\chi^2 = 0.000$		$\chi^2 = 0.693$	
P 值	0.791		0.825	1.000		0.405	

2.3 效果评价 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS)^[2], 术后 24 h、48 h、3 d、5 d、7 d、10 d 分别对患肢进行静息痛、运动痛评分; 术后 5 d、7 d、10 d 分别测量手术膝关节主动屈伸活动度。

2.4 统计学方法 采用 SPSS11.5 统计学软件对数据进行处理。一般资料中两组患者年龄的比较采用 *t* 检验, 性别、文化程度、疾病类别的比较采用卡方检验; 两组各时间点间 VAS 评分和膝关节活动度的比较采用重复测量资料的方差分析, 各时间点两组间的

比较采用 *t* 检验; 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

两组患者疼痛均缓解, 康复计划顺利进行, 膝关节活动度均有所改善。两组患者静息痛及运动痛 VAS 评分存在时间效应 ($F = 1.965, P = 0.042; F = 2.173, P = 0.036$) 和分组效应 ($F = 2.357, P = 0.012; F = 2.235, P = 0.027$); 分组因素和时间因素没有交互效应 ($F = 1.241, P = 0.081$)。术后 48 h 两组间静息痛及运动痛 VAS 评分基本相近, 差异无统计学意义 ($t = 1.892, P = 0.322; t = 1.277, P = 0.568$); 术后第 10 天, 观察组患者疼痛改善, 静息痛及活动痛 VAS 评分均低于

对照组 ($t = 2.756, P = 0.010; t = 2.798, P = 0.008$) ; 见表 2。术后两组患者膝关节主动活动度随时间改变均有改善,存在时间效应 ($F = 2.159, P = 0.025$) 和

分组效应 ($F = 2.396, P = 0.011$), 分组因素和时间因素没有交互效应 ($F = 1.356, P = 0.074$), 见表 3。

表 2 两组患者术后静息痛及活动痛 VAS 评分

组别	例数	疼痛类别	术后 VAS 评分(分)					
			24 h	48 h	3 d	5 d	7 d	10 d
观察组	30	静息痛	3.5 ± 0.7	3.1 ± 0.8	2.1 ± 0.9	1.6 ± 0.8	1.1 ± 0.9	0.7 ± 0.9
		运动痛	3.6 ± 0.6	3.6 ± 0.6	2.4 ± 0.7	2.1 ± 0.5	1.3 ± 0.7	1.1 ± 0.7
对照组	30	静息痛	3.6 ± 0.6	3.3 ± 0.5	2.5 ± 0.8	2.3 ± 0.7	2.2 ± 0.6	1.6 ± 0.6
		运动痛	3.8 ± 0.5	3.7 ± 0.4	3.1 ± 0.6	3.0 ± 0.7	2.6 ± 0.9	2.1 ± 0.9

表 3 两组患者术后膝关节主动活动度

组别	例数	术后膝关节主动活动度(°)		
		5 d	7 d	14 d
观察组	30	78.7 ± 10.4	89.3 ± 7.8	99.2 ± 10.5
对照组	30	67.6 ± 9.8	75.4 ± 11.2	83.6 ± 11.1

4 讨论

随着老龄化社会的到来,TKA 手术的数量逐年增加。不同于其他骨科手术,TKA 术后疼痛反应强烈^[3]。术后早期康复计划常因患者惧怕疼痛而受阻,膝关节功能恢复不满意,因此,对 TKA 术后疼痛的干预很重要。目前国内医疗界已经认识到围手术期镇痛的重要性,并将多元化复合镇痛理念应用到围手术期镇痛中来,但还有一大部分患者术后仍出现疼痛。寻找一种经济、安全、有效的措施来缓解 TKA 术后疼痛,使患者能更好地配合早期康复锻炼,已成为亟需解决的问题。

心理干预可提高患者对疼痛的耐受程度,使膝关节活动度加大,有利于早期功能锻炼,提高患者的生活质量^[4]。然而,心理干预对早期的疼痛虽有较明显的作用,但反复进行相似内容的心理干预,会使患者丧失兴趣,失去信心,减弱对疼痛的干预效果。视听分散是分散注意力的一种方法,当接受者高度专注于分散目标时可以达到控制疼痛的效果^[5]。观察组先由责任护士做心理干预,再选择患者感兴趣的视听材料,并不断更新收听或观赏的内容,使患者对所听、所看节

目保持新鲜感,提高了患者对节目的专注程度,通过与心理干预的叠加作用,降低了患者对疼痛的感知度。

术后康复是保证治疗成功的重要因素^[6]。然而,康复锻炼过程比较痛苦,患者往往因为惧怕疼痛而拒绝锻炼。心理及视听分散两种护理干预方法可减轻患者术后的静息痛及运动痛,提高了患者对康复锻炼的依从性,有效地保证了康复计划的顺利进行,促进了膝关节功能的恢复。

5 参考文献

- [1] Capdevila X, Barthelet Y, Biboulet P, et al. Effects of perioperative analgesic technique on the surgical outcome and duration of rehabilitation after major knee surgery [J]. *Anesthesiology*, 1999, 91(1): 8 - 15.
- [2] 李仲廉, 安健雄, 倪家骥, 等. 临床疼痛治疗学 [M]. 3 版. 天津: 天津科学技术出版社, 2003: 31.
- [3] 王思群, 夏军, 魏亦兵, 等. 全膝关节置换术围手术期疼痛综合控制的临床研究 [J]. *中华关节外科杂志(电子版)*, 2008, 2(3): 280 - 286.
- [4] 孟慧竹. 心理干预用于膝关节置换术后疼痛 25 例临床护理 [J]. *实用医技杂志*, 2008, 15(25): 3462 - 3463.
- [5] 周会兰, 蒋晓莲, 谢敏仪. 视觉分散和视听联合分散对结肠镜检查病人疼痛的影响 [J]. *中华护理杂志*, 2007, 42(1): 6 - 10.
- [6] 肖雪芬, 黄妙华, 李云, 等. 全膝关节置换术后的功能康复护理 [J]. *中医正骨*, 2008, 20(8): 663.

(2010-12-01 收稿 2011-01-27 修回)

(上接第 78 页) 个月至 3 年, 平均 15 个月。均获骨性愈合, 无感染及小腿筋膜间室综合征发生。参照改良 HSS 膝关节功能评分标准^[2] 评定疗效, 本组优 18 例, 良 3 例, 可 2 例。

4 体会

关节镜监视下复位内固定治疗 AO - B 型胫骨平台骨折, 具有切口小、损伤小、恢复快等优点。术前进行心理护理和充分的术前准备以及术后早期进行康

复锻炼可以避免膝关节粘连僵硬, 改善肌力, 增强关节稳定性和提高手术的成功率。

5 参考文献

- [1] 敖英芳. 膝关节镜手术学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 191 - 207.
- [2] Ghazavi MT, Pritzker KP, Davis AM, et al. Fresh osteochondral allografts for post-traumatic osteochondral defects of the knee [J]. *J Bone Joint Surg Br*, 1997, 79(6): 1008 - 1013.

(2010-05-07 收稿 2010-10-14 修回)