

· 骨伤科护理 ·

人工全膝关节置换术后患者的康复护理

董列军

(浙江省浙江医院, 浙江 杭州 310013)

摘要 **目的:**观察术后早期康复护理对人工全膝关节置换术疗效的影响。**方法:**依照运动量从小到大、循序渐进的原则,以不引起患者疲劳和加重患膝疼痛为度,为 22 例接受人工全膝关节置换术的患者制定术后康复护理计划,指导患者进行规范、有效的术后康复锻炼,观察康复护理对手术疗效的影响。**结果:**本组 22 例 28 膝,术后 1 周参照美国特种外科医院膝关节评分标准评定膝关节功能,优 21 膝,良 5 膝,可 2 膝。术后 2 周,置换膝关节主动活动度 $90^{\circ} \sim 105^{\circ}$,中位数 99° ;被动活动度 $100^{\circ} \sim 120^{\circ}$,中位数 112° 。术后 6 个月,所有置换关节稳定性、活动度及下肢肌力均恢复良好,患者可恢复正常生活。无关节粘连等并发症发生。**结论:**规范、系统的术后康复护理对人工全膝关节置换术后膝关节功能的恢复具有重要促进作用,有利于提高手术疗效。

关键词 关节成形术,置换,膝 康复护理

人工全膝关节置换术(total knee arthroplasty, TKA)是治疗中老年人终末期膝骨性关节炎的有效方法。TKA 可解除患者的疼痛症状、矫正关节畸形,从而改善膝关节功能,提高患者的生活质量^[1-2]。但 TKA 术后患者膝关节功能恢复的程度,不仅取决于置换手术本身,术后的早期功能锻炼也非常重要,规范、有效的康复锻炼对防止关节粘连、恢复膝关节功能起着重要作用^[2]。2008 年 6 月至 2011 年 5 月,笔者对 22 例接受人工全膝关节置换手术的患者进行了系统的康复指导和护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 22 例,男 12 例,女 10 例;年龄 46 ~ 82 岁,中位数 67 岁;均为 TKA 术后患者,共 28 个膝关节,其中单膝置换 16 例,双膝置换 6 例。

2 方法

2.1 术前康复指导 术前向患者耐心讲解 TKA 术后早期功能锻炼的重要性,让患者做好充分的思想准备;指导患者掌握正确的锻炼方法,为术后康复锻炼打下基础。

2.2 术后一般处理 术后均行硬膜外自控镇痛,术后 48 h 拔除镇痛泵;麻醉清醒后,患肢抬高 20 ~ 30 cm,足尖朝上,保持轻度外展中立位,膝关节处持续冰敷 72 h;术后 48 h 开始口服塞来昔布片,200 mg · 12 h⁻¹,至术后第 7 天。

2.3 术后康复护理 依照运动量从小到大、循序渐进的原则,以不引起患者疲劳和加重患膝疼痛为度,

制定并执行以下康复计划:①术后即向主管医生了解手术情况,根据患者情况,适当活动患膝,鼓励患者行主动足踝屈伸锻炼、股四头肌舒缩锻炼、臀肌收缩锻炼。足踝用力背伸持续 5 s,放松,再跖屈 5 s,再放松,即为 1 次足踝屈伸锻炼;患者完全清醒后,每小时至少做 10 ~ 30 次。患肢伸直,下压膝关节使其尽量贴到床板,持续 3 ~ 5 s 后放松,每小时至少 5 次。患肢伸直,收缩臀肌,轻抬起臀部,坚持 3 ~ 5 s 后放松,每小时至少 5 次。②术后第 1 天,先检查置换关节的稳定性、引流量及患肢的感觉、活动情况,然后指导、帮助患者进行膝关节屈伸锻炼及抬腿锻炼。将 1 块大毛巾卷成柱状垫在患膝腘窝处,使膝关节屈曲,然后指导患者用力伸膝,使小腿抬离床面,坚持 5 s 后放下,以锻炼患膝屈伸功能;从每次 10 下开始,逐渐增加到每次 25 下,每日 2 次。行单侧 TKA 的患者进行抬腿锻炼,患者平躺,将健侧膝关节拱起,足底贴于床面,患肢尽量伸直抬起至健侧膝关节的高度,坚持 5 s 后放下;每次 10 下,逐渐增加到每次 25 下,每日 2 次。③术后第 2 天重复前 1 天的康复项目,并进行机械辅助膝关节被动屈曲连续运动,从屈膝 30° 开始,每日增加 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$;每日 2 次,每次 1 h。④术后第 3 天重复前 2 天的康复项目;拔除引流管后,如无头晕不适,行床边屈膝练习;如 X 线片示假体位置良好,则使用习步架下床活动。患者坐于床边或椅上,双腿下垂,单膝置换的患者用健侧压迫患肢往内收,尽量使患侧膝关节屈曲;双膝置换患者由他人帮助屈曲膝关

节,双侧交替进行。下床活动时患者先在床边站立 2 min,防止体位改变导致头晕,然后进行预备活动,尽可能抬高患肢,坚持 5 s 后放下,再屈膝、抬腿,进行原地踏步练习,适应后在床边缓慢行走,并逐渐扩大活动范围;每天下床 2 次,每次下床活动时间不超过 30 min。⑤术后第 4 至第 7 天,重复以上康复锻炼项目,加强压腿锻炼,并开始静蹲锻炼和静态自行车锻炼。静蹲每次 2 min,间隔 5 s,5 次为 1 组,每日 2 组;静态自行车锻炼每次 10~15 min,每日 2 次。⑥术后第 7 天后,指导患者继续进行康复锻炼,并根据患者的情况及康复进展,逐渐增加运动量和康复项目,加大膝关节的屈曲度。要求患者出院后继续坚持康复锻炼,并嘱患者及时复查。

3 结 果

参照美国特种外科医院膝关节评分标准(hospital for special surgery knee score,HSS)^[3]评定术后膝关节功能,>85 分为优,70~84 分为良,60~69 分为可,<60 分为差。本组 22 例 28 膝,术后 1 周 HSS 评分优 21 膝,良 5 膝,可 2 膝。术后 2 周,置换膝关节主动活动度 90°~105°,中位数 99°;被动活动度 100°~120°,中位数 112°。术后 6 个月,所有置换关节稳定性、活动度及下肢肌力均恢复良好,患者可恢复正常生活。无关节粘连等并发症发生。

4 体 会

TKA 手术的目的在于缓解疼痛,改善膝关节功能,从而提高患者的生活质量。TKA 手术的成功离不开护理人员的精心护理和早期规范、有效的康复锻炼。术后早期康复锻炼可以改善局部血液循环、增加(上接第 74 页)灯泡时将保护网卸下,灯泡安装完毕后再装上,可有效避免灯泡爆炸损伤患者。③患者舒适度高。圆柱体聚光灯罩,能有效控制光的散射,减少灯光对患者的干扰,有利于其保持良好情绪,治疗过程较为舒适。④操作简便。数字定时器,能合理设置治疗时间,便于患者和医务人员使用;烤灯底座有 4 个万向轮,能任意移动位置;烤灯的臂杆可上下伸缩,灯头可 360°旋转,因此能灵活调整照射距离及方向。

操作注意事项:①治疗过程中避免强力牵拉电线,更禁止无故切断电源,防止损坏仪器。②禁止随意改变烤灯照射距离,避免距离过近灼伤皮肤或距离过远影响疗效。③更换灯泡时,先关闭电源,后取下灯罩上的保护网,然后更换灯泡,最后重新装上保护

肌肉力量,预防肌腱、关节囊的粘连和挛缩,软化疤痕,是促进膝关节功能恢复的重要因素。但 TKA 术后早期,患者往往因疼痛而不愿进行康复锻炼,造成主动锻炼不到位或力度不够,达不到功能锻炼的目的。因此,良好镇痛是 TKA 术后进行早期康复锻炼的基础,只有保证术后的“无痛”效果,早期功能锻炼才能顺利进行^[4]。膝关节的负重和行走功能主要体现在膝关节活动度和股四头肌肌力上,所以 TKA 术后膝关节康复锻炼的主要内容是加大膝关节活动度、恢复和增加股四头肌肌力^[5]。笔者依照运动量从小到大、循序渐进的原则,以不引起患者疲劳和加重患膝疼痛为度,为患者制定康复锻炼计划,经过耐心解释和规范地指导,患者均能接受并积极配合,取得了良好的效果。本组观察的结果表明规范、系统的术后康复护理对 TKA 术后膝关节功能的恢复具有重要促进作用,有利于提高手术疗效。

5 参考文献

- [1] 童培建,肖鲁伟.人工关节置换术并发症防治及术后康复[M].北京:人民卫生出版社,2006:82.
- [2] 汪利辉.全膝关节置换术后的康复护理[J].海南医学院学报,2008,14(2):185-187.
- [3] 蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005:177-178.
- [4] 刘静,解雪,张其亮,等.疼痛控制对人工全膝关节置换术后患者早期康复效果的影响[J].中华护理杂志,2010,45(6):512-514.
- [5] 张艳红,尹志侠.同期双侧全膝关节置换术 20 例术后护理体会[J].齐鲁护理杂志,2007,13(22):7.

(2012-03-18 收稿 2012-04-10 修回)

网。④加强夜间巡视次数,1~2 h 巡视 1 次,检查烤灯的照射距离和照射部位情况,观察照射部位的皮肤颜色及血液循环等情况,发现问题及时处理^[3]。

综上所述,可调式红外线烤灯具有疗效好、安全系数高、灯体设计合理、操作简便、患者易于接受等优点,值得临床推广应用。

4 参考文献

- [1] 顾玉东.中手外科学术比较与任务[J].中华手外科杂志,2005,21(1):1-2.
- [2] 吴春丽,徐巧妮,何建玲,等.小腿内侧交腿皮瓣转移治疗皮缺损的护理体会[J].中医正骨,2004,16(4):62.
- [3] 张淑卿.护理规范[M].北京:人民卫生出版社,2008:131-137.

(2012-03-15 收稿 2012-04-12 修回)