

人工全髋关节置换围手术期康复护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/473/2021\\_2022\\_\\_E4\\_BA\\_BA\\_E5\\_B7\\_A5\\_E5\\_85\\_A8\\_E9\\_c67\\_473572.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/473/2021_2022__E4_BA_BA_E5_B7_A5_E5_85_A8_E9_c67_473572.htm) [摘要]

目的：探讨人工全髋关节置换手术前后康复护理的临床效果。方法：51例行人工全髋关节置换术患者，术前进行心理护理和卫生宣教，完善各项常规准备，术后保持正确的体位，指导有效的预防褥疮及排便的方法，及时指导康复功能锻炼。结果：入院时51例患者评分均 [关键词] 髋关节置换；围手术期；康复护理 人工全髋关节置换术是目前最常用的一种髋关节成形术，但影响患者术后恢复的因素有很多，患者出院后是否继续完成功能锻炼计划，直接影响到置换髋关节功能恢复的程度。本科1997年7月至2005年8月对51例全髋关节置换术患者手术前后进行围手术期针对性的康复护理及系统的出院指导，取得显著效果，现报道如下。 1.资料与方法 1.1 一般资料 髋关节疾病患者51例51髋，男24例，女27例；年龄42岁~78岁，平均 $(51.0 \pm 0.2)$ 岁；股骨颈新鲜骨折35例，陈旧性骨折5例，股骨头无菌性坏死10例，扁平髋1例，均行人工全髋关节置换术。 1.2 方法 1.2.1 术前准备 心理护理，术前对患者及家属进行健康教育宣教，告之术后功能锻炼的重要性、开始的时间、可能出现的感受等，使患者有充分的心理准备；同时对家属进行功能锻炼的健康教育指导，要求患者及家属完全掌握并能演示；此外将功能锻炼方案制成宣传手册，将每一动作绘成图谱以帮助患者理解。术前宣教，术前2 d~3 d指导患者在床上进行大小便训练，以适应特殊体位的需要；患者头向后仰，枕部及双肘三点支撑，将躯干抬高离床面训练，以

预防肩胛及骶尾部皮肤受压每2 h一次，5 min/次~10 min/次 [ 1 ]。

1.2.2 常规准备 术前3天应用抗生素预防感染；局部皮肤连续3 d反复刷洗，碘酒、酒精消毒，无菌敷料包扎；女患者术前晚坐浴，清洗会阴，备皮范围上至腰部，下至大腿下1/3，前后过中线，包括会阴部皮肤；根据X线片测量关节大小，选择适当的人工关节；备血1 000 ml~1 500 ml [ 2 ]。

1.2.3 术后护理 术后卧床期间保持患肢于外展30°中立位，患足穿丁字鞋或作皮肤牵引；两大腿间放置软枕，便盆从健侧置入，防止患肢外旋、内收，1周后指导患者伸直患侧髋关节，保持旋转中立位，伸直同侧上肢，手掌垫在大粗隆后面向患侧翻身；坐位时患关节 $>90^{\circ}$ ，双腿不交叉、不屈身向前，患肢自然下垂。功能锻炼：抬臀练习，患者平卧，双手握住床头，健侧下肢屈曲，脚掌撑在床面，臀部抬离床面，持续3 s~5 s，放松，再重复。股四头肌练习，双侧膝关节伸直，股四头肌用力收缩、放松，如此反复 [ 3 ]；髋关节、膝关节主被动屈曲，直到完全主动活动。髋关节旋转练习，屈髋位时双手拉住床上支架，作上身左右摇摆，臀部不离床；髋关节伸直时健侧髋关节、膝关节屈曲，患侧伸直。仰、俯卧位髋关节内外旋练习，1周后保持双下肢外展，术中有髋关节伸直外旋位不稳定则避免外旋髋关节练习。卧-扶拐站立练习，双手支撑（1.2.4 出院指导 用双拐杖至无疼痛及跛形时再使用单手杖直至弃杖；发放宣教手册，告之注意事项；6周~8周避免性生活；防止患侧下肢极度外展，并避免受压；避免重体力活动以及髋关节大范围剧烈活动的运动、髋关节内收内旋位时自坐位站起、双膝并拢双足分开时身体向患侧倾斜、在不平整路面行走、翘二郎腿或身体前倾等；保持健侧翻身时髋

关节伸直内收外旋位、下肢外展中立位；6周~8周屈髋 90°；出现髌关节异常，及时到医院复查咨询。

1.3 评价标准以我国人工全髌评定标准进行疗效评定 [4]，6级（16分~18分）：无疼痛、不用服止痛剂、长距离行走不跛行、不用手杖、坐蹲自如、上下台阶或楼梯自如、生活完全独立自主、关节活动度 $>211^{\circ}$ ；5级（13分~16分）：活动后偶有轻微疼痛、不用服止痛剂、长距离行走稍跛、不用手杖、可以蹲下坐得很好、上下台阶或楼梯不用扶手、生活自理稍有困难，但可克服，关节活动度 $161^{\circ}\sim 210^{\circ}$ ；4级（10分~12分）：活动后疼痛稍重、偶服止痛剂、室内行走良好、户外可短距离行走、使用单手杖、不能蹲下、可以坐直、上下台阶或楼梯靠扶手、生活（除剪指甲外）有办法进行、关节活动度 $101^{\circ}\sim 160^{\circ}$ ；3级（7分~9分）：限制活动仍可忍受、常服止痛剂、行走明显受限、使用单拐或双手杖、不能蹲下、从椅子边上、上下台阶或楼梯困难、生活（除剪指甲外）可勉强作、关节活动度 $61^{\circ}\sim 100^{\circ}$ ；2级（4分~6分）：稍活动感到严重疼痛、偶服强烈止痛剂、室内行走明显受限、双拐、不能蹲下、椅子边上坐不久、上下台阶或楼梯不能、生活靠人帮助、关节活动度 $31^{\circ}\sim 60^{\circ}$ ；1级（3分）：卧床、不能活动、常服强烈止痛剂、卧床或坐轮椅、不能走、上下台阶或楼梯不能、生活自理不能、关节活动度 $0^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 。

2.结果 51例患者经30 d~60 d的治疗，结果入院时髌关节功能评分均 3.讨论 全髌关节置换术后疗效与护理密切相关，所以围手术期的护理以及术后的康复训练至关重要。术后早期活动可促进患者恢复体力、增强肌力、增大关节活动度、恢复日常生活动作的协调性等，但术后骨组织长入假体需要一定的时间和稳定

的界面环境，早期活动易导致髌关节脱位；因此术后不宜多翻身，翻身时要保持髌关节外展中立位；使用便盆膝屈曲主动运动时，防止患肢内收外旋；功能锻炼因人而异、循序渐进。出院指导尤为重要，注意事项一定让患者及家属明确并能复述。本文51例患者术前完善各项准备，术后早期（24 h）即开始被动及主动活动，逐渐双侧下肢踝、膝及髌关节相互配合进行肌肉与关节协调性训练及正常步态练习，结果出院时无并发症发生，术后6个月随访82.4%的患者达6级，疗效明显提高。在医学的发展过程中，健康教育促进健康的意义和作用将越来越显著，特别是在完成医学治疗后的康复阶段，其目的在于促进患肢功能在最短时间内获得最优的康复效果 [5]。在患者围手术期仔细观察病情，配合康复护理可促进切口内积血液吸收，加快肢体肿胀消退，减轻组织粘连，降低深静脉血栓的发生，促进髌关节营养代谢、关节软骨周围组织修复，减轻髌部疼痛，维护关节功能，扩大运动范围，并极大降低了术后并发症的发生。参考文献：[1] 赵阳立，朱美玉。骨科临床护理 [M]。北京：中国科学技术出版社，1987：223224。[2] 李树贞，赵曦光。康复护理学 [M]。北京：人民军医出版社，2001：281285。[3] 孙涛，李云。股四头肌等长收缩锻炼法 [J]。护理学杂志，2000，15（5）：270270。[4] 毛宾尧。髌关节外科学 [M]。北京：人民卫生出版社，1998：765766。[5] Woolson S T，Adler NS. The effect of partial or full weight bearing ambulation after cementless total hip arthroplasty [J]。J Arthroplasty，2002，17（7）：820825。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)