

强直性脊柱炎伴双侧全髋关节置换术后患者髋膝功能锻炼的康复护理

罗盛清

作者单位: 537000 广西, 玉林市第一人民医院脊柱骨病外科

作者简介: 罗盛清(1974-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 骨科临床护理。E-mail: lshq228@126.com

[摘要] 目的 探讨强直性脊柱炎伴双侧髋关节炎患者进行双侧全髋关节置换术后髋膝关节僵硬患者的护理及功能锻炼。方法 对 8 例患者进行术后包括体位护理、疼痛护理、心理护理、功能锻炼、CPM 锻炼的观察。结果 8 例患者术后在麻醉镇痛下经进行关节被动活动器(CPM)锻炼, 有效改善了关节活动度, 经 4~15 个月的随访, 髋膝关节功能良好, 能基本满足患者的日常生活要求。结论 对强直性脊柱炎进行双侧全髋关节置换术后患者加强髋膝关节功能锻炼, 是提高生活质量, 降低致残率的重要手段。

[关键词] 强直性脊柱炎; 全髋关节置换术; 功能锻炼; 康复护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1193-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.39

强直性脊柱炎主要侵犯脊柱并累及骶髂关节和周围关节, 引起强直和纤维化, 晚期出现髋、膝等关节畸形、强直, 严重影响关节功能, 需行外科手术治疗(如全髋关节置换术及膝关节松解术)。我科 2008-03~2011-04 对 8 例强直性脊柱炎患者行双侧全髋关节置换术, 术后在麻醉镇痛下进行关节被动活动器(CPM)锻炼的康复护理, 效果良好, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008-03~2011-04 住本院的强直性脊柱炎伴双侧髋、膝关节炎患者 8 例中, 男 5 例, 女 3 例; 年龄 36~48 岁, 平均 37.4 岁; 病程 6~10 年, 平均 8.6 年; 住院时间 14~22 d, 平均 14.5 d。X 线检查提示: 强直性脊柱炎合并双髋、膝关节骨性关节炎, 其中双髋关节骨性融合 1 例。临床检查 8 例患者存在髋关节屈曲 $\leq 30^\circ$, 双下肢髋、膝关节屈曲 $\leq 10^\circ$, “4”字征阳性, 双侧股四头肌明显萎缩。

1.2 方法 本组 8 例患者均在腰麻+硬膜外麻醉下行双侧人工全髋关节置换术或膝关节僵硬松解术, 术后椎管内留置镇痛泵止痛。术后第 3~5 天遵照医嘱进行双下肢 CPM 锻炼, 3 次/d, 1 h/次, 每次锻炼前遵医嘱从椎管内留置镇痛泵管内缓慢注入 2% 利多卡因 5 ml + 生理盐水 3 ml, 以减轻锻炼时引起的疼痛, 使其积极配合康复锻炼。锻炼角度从 40° 开始, 经过 5~7 d 锻炼后, 膝关节屈曲角度达到 $100^\circ \sim 120^\circ$ 后停止使用 CPM 机器锻炼, 后在护士的指导及鼓励下坚持主动进行屈膝曲髋运动。

2 结果

8 例患者术后随访 4~15 个月, 髋膝关节功能良好, 膝关节屈曲角度基本满足日常生活要求。

3 护理体会

3.1 体位护理 术后保持双下肢外展 $15^\circ \sim 30^\circ$, 双腿之间

放置梯形枕, 双足穿丁字鞋, 以保持双下肢外展中立位, 防止髋部内收及外旋, 并能减轻疼痛。双膝下垫水垫, 防止髋关节脱位, 避免皮肤和神经的不必要的压迫, 增加患者的舒适感。指导患者借助牵引床拉手进行抬臀运动, 帮助患者定时行 45° 侧翻身, 以防止压疮的发生。

3.2 疼痛护理 术后疼痛也是限制关节活动的重要因素。因此, 术后为患者提供安全有效的镇痛方法是促进患者配合康复锻炼的重要措施。除了安装镇痛泵止痛外, 护士还应提供心理支持, 教会患者使用转移分散疼痛注意力的方法。使用 CPM 机锻炼时从小幅度(40°)范围开始, 循序渐进增大锻炼强度(以患者出现轻微疼痛为度), 每次锻炼结束后, 护理人员给予患侧冰袋冷敷, 以减轻液体外渗, 减轻组织肿胀和疼痛, 必要时使用非甾体类或麻醉类止痛药物, 减轻患者的痛苦。

3.3 康复锻炼 全髋关节置换术后康复护理的主要目的是训练和加强关节周围的肌群, 达到重建关节功能的稳定性、改善置换后关节的活动范围、保证重建关节的良好功能的目的^[1]。主要以锻炼下肢肌力、关节活动度和步态训练。锻炼分三个阶段进行: (1) 第一阶段。术后 1~2 d, 锻炼股四头肌、腓绳肌、臀肌等肌肉的收缩, 进行踝关节的踝泵运动, 促进下肢血液循环, 防止肌肉萎缩及关节僵硬。(2) 第二阶段。术后 3~5 d, 除继续加强以上锻炼外, 主要进行下肢直腿抬高运动, 髋关节及膝关节活动度训练。必要时进行下肢 CPM 机锻炼, 幅度由小到大, 以不引起明显疼痛为度, 在进行屈膝曲髋运动时, 髋关节屈曲不能超 90° 。(3) 第三阶段。术后 6 d~3 个月, 继续加强髋关节及膝关节活动度训练及股四头肌力量训练, 逐步过度到坐位、下床和步态的训练。护士在旁边进行指导, 防止跌倒及其他医疗意外发生。

3.4 CPM 机锻炼的护理 使用 CPM 机锻炼的目的是通过持续被动运动,使髋、膝、踝三大关节同步连续性活动,以防止下肢手术后关节僵硬。在使用时,要调节好杆件长度,或使杆件膝关节角度处于 $0^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 的位置,将患肢置于支架上,脚圈定于 CPM 锻炼器上远端鞋套内,使踝关节呈 90° ,松紧适宜^[2],每次锻炼结束后注意观察固定带处皮肤有无破损,出现皮肤破损应及时处理。

3.5 心理护理 由于患者术前对手术情况不了解,常担心治疗效果或害怕手术而产生紧张、恐惧的心理。手术后,因伤口疼痛,不愿意配合进行功能锻炼。护理人员应主动热心

与患者交谈,耐心讲解手术的方法、目的、意义等,使患者充分了解手术的过程,增强术后功能锻炼重要性的认识,以乐观的情绪,积极配合治疗和护理。

参考文献

- 1 张玲芝,周菊芝主编. 康复护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:147.
 - 2 任蔚虹,王慧琴主编. 临床骨科护理学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:59.
- [收稿日期 2011-09-15][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

护理研讨

创伤负压疗法治疗糖尿病皮肤慢性溃疡的疗效观察

谭小燕, 黄秀禄, 农月稠, 颜晓东, 钟 玫

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院内分泌科

作者简介: 谭小燕(1965-),女,大学本科,医学学士,副主任护师,研究方向:糖尿病护理干预。E-mail:nftxy@126.com

[摘要] **目的** 观察创伤负压疗法治疗糖尿病皮肤慢性溃疡的临床疗效并探讨其护理措施。**方法** 应用创伤负压疗法对 104 例糖尿病患者因不同原因所致皮肤溃疡进行治疗和护理。**结果** 104 例患者中 31 例痊愈(创面全部愈合),显效 55 例,有效 13 例,总有效率为 95%。**结论** 创伤负压疗法治疗糖尿病皮肤慢性溃疡疗效优于常规治疗,创面愈合快,是一种方便、简易、有效的治疗方法。

[关键词] 创伤负压疗法; 慢性溃疡; 糖尿病; 护理

[中图分类号] R 473.58 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1194-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.40

创伤负压疗法(negative pressure wound therapy, NPWT)是近年来出现的一种新的皮肤创面处理方法,它是采用专用的负压泵,提供间断可控的较低负压($80 \sim 120$ mmHg),通过引流管和敷料,将负压作用于各种皮肤急慢性溃疡创面,以达到加快创面愈合的目的。我们采用引进美国 CST 公司技术,国内生产的创面负压专用智能负压泵治疗糖尿病皮肤慢性溃疡创面 104 例,取得满意疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2007-07~2011-01 糖尿病皮肤慢性溃疡患者 104 例共 132 个创面,均为伤后 1 个月以上无明显愈合趋势者。其中男性 61 例,女性 43 例,年龄 $33 \sim 87(64.3 \pm 11.3)$ 岁。糖尿病病程 1 个月~40(8.94 ± 8.01)年。溃疡发生部位:足部 77 例,小腿 16 例,压疮 11 例。溃疡面积($0.5 \sim 144$) cm^2 ,平均 62 cm^2 。受伤距负压治疗时间为 $4 \sim 120$ 周,平均 23 周。Wagner 分级:1 级 19 例,2 级 48 例,3 级 21 例,4 级 16 例。创面培养致病菌阳性 63 例(真菌 13 例),双重感染(细菌加真菌)13 例。

1.2 材料 (1)智能负压吸引器(ZN100,山东创康生物科

技有限公司),微电脑控制,能准确执行各种程序,把压力和时间控制在程序范围内。(2)洁瑞医用海绵(山东威高产品)为无毒、吸附性极强和透气性极好及质软的海绵,可以按创面的大小和形状适当修剪。(3)引流管:根据伤口大小、深度、引流性质及量选择多侧孔引流管、胃管、吸痰管、微泵延长管、头皮针等剪成长度适宜带侧孔的引流管。(4)生物透性贴膜(山东东华医疗器械厂),面积为 $20 \text{ cm} \times 15 \text{ cm}$,易于粘贴,无过敏原性,透气透湿性能好。(5)其他:连接管(约 2 m)、连接头、空气过滤器、无菌剪刀、无菌巾、无菌止血钳、无菌手套等。

1.3 方法 患者入院后经严格控制血糖、血压、抗凝、抗感染及溃疡局部清创、脓腔开放引流减压治疗,急性炎症控制后加用血管扩张药和神经营养药治疗,同时对低蛋白血症、贫血及营养状态差者予以对症支持治疗,患肢 X 光片检查,有骨髓炎或坏疽者转外科治疗,在创面清创良好的情况下开始负压治疗。先对创面进行彻底清创,尽可能去除坏死组织和异物,敞开死腔,用无菌纱布擦干伤口,用 75% 的酒精清洗消毒伤口周围 5 cm 范围的正常皮肤,按超出伤口 3 cm 范围