

疗和加强营养;改善病房条件,加强病房消毒工作,对陪护人员进行健康知识宣教,以尽可能减少院感的发生。

参 考 文 献

- [1] 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型. 中华儿科杂志, 1989, 27: 162.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行). 中华医学杂志, 2001, 81: 314-320.
- [3] 谭志洁, 徐桂丽, 陈良侠. 行手术治疗的脑瘫患儿医院感染的临床分析. 中国全科医学, 2004, 7: 1084-1085.
- [4] 周淑清, 李晨, 王平分, 等. 脑瘫患儿医院感染原因分析. 中国康复理论与实践, 2005, 11: 954.
- [5] 肖曙光, 阳伟红, 苏珍辉, 等. 小儿脑瘫病房医院感染因素分析与对策. 当代护士, 2004, 8: 8-10.
- [6] 孙立新, 刘翠青, 刘素哲. 儿童专科医院感染特点及预防控制. 中华医院感染学杂志, 2006, 16: 521-523.
- [7] 胡渊英, 钟佩君. 儿童医院感染相关因素分析及防治对策. 上海护理, 2002, 2: 9-11.
- [8] 李晖. 脑瘫患儿机体 T 淋巴细胞亚群及免疫抗体水平分析. 实用医学杂志, 2002, 18: 322.

(修回日期: 2008-02-12)

(本文编辑: 吴 倩)

同期双侧全髋关节置换术早期康复介入的疗效观察

贾勤 张晓英 申飞 商丹英

双侧髋关节疾病需全髋关节置换(total hip replacement, THR)的患者既往多行分期手术。许多人认为同期进行双侧髋关节置换会增加危险性,或是顾虑双髋关节同时置换后会影响到患者早期下地和功能训练,国内有关报道不多。随着髋关节置换器械的改进和技术的提高,适宜条件下的同期双侧全髋关节置换术已被临床所采用^[1]。同期双侧全髋关节置换后易出现并发症,使得术后康复难度极高,因此早期介入尤为重要。我院 2001 年 5 月至 2007 年 5 月对 32 例同期双侧全髋关节置换术患者介入系统的早期康复治疗,取得了满意效果,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

患者 32 例(64 髋),其中男 20 例(40 髋),女 12 例(24 髋);年龄 35~68 岁,平均 42 岁;强直性脊柱炎 9 例,双侧股骨头坏死 15 例,髋臼发育不良继发骨性关节炎 6 例,原发性骨性关节炎 2 例;病程 8~31 年,平均 18 年。

二、治疗方法

(一)术前康复教育及护理

1. 心理指导:向患者说明手术的目的和可能发生的问题,用成功的手术事例鼓励患者,使其树立信心。

2. 床上训练:术前 2~3 d 指导患者床上大、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,以防肩胛及骶尾部皮肤受压,每 2 小时 1 次,每次 5~10 min^[2]。

3. 全身准备:术前 3 d 用抗菌素预防感染;局部皮肤连续 3 d 反复清洗,术晨用 5% 聚维酮碘消毒,无菌棉垫包扎;女性患者清洗会阴部;备皮范围上至腰部,下至大腿下 1/3,前后过中线,根据 X 线检查结果确定关节大小,选择适当的人工关节,备血 1 000~1 500 ml^[2]。

(二)手术方法

23 例患者采用持续硬膜外麻醉,9 例患者采用气管内插管

全麻。全部患者取侧卧位采用后外侧入路切口,双侧分次消毒,完成一侧手术后对侧重新消毒铺单继续手术。对 3 例 60 岁以上及 2 例 60 岁以下合并严重骨质疏松的患者采用骨水泥人工全髋关节假体,27 例 48 岁以下的患者采用非骨水泥人工全髋关节假体。按标准技术进行手术操作,术后常规引流和抗炎治疗,老年患者不用止血药,予抗凝药物 3~5 d。

(三)术后康复护理

1. 体位管理:患者取仰卧位,转移患者时轻托双患肢平放至床上,两腿间用 T 型软枕或三角垫固定,同时双下肢分别用普通软枕垫高 10 cm,保持患肢外展中立位 10~15°;穿“丁”字鞋,将患者整个髋关节托起,防止髋屈曲、内收、外旋位。按医嘱皮下注射低分子肝素钠,同时应用足底静脉泵,促进下肢动-静脉血液循环,防止深静脉血栓形成。

2. 饮食指导:麻醉清醒 6 h 后进高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食;鼓励患者多喝水,维持正常尿量。

3. 病情观察:密切观察患者生命体征,同时使用静脉止痛泵或硬膜外自控止痛泵 2~3 d。观察引流量、颜色和性质以及患者体温和切口感染情况等,防止引流管受压、扭曲或堵塞,24~72 h 拔除引流管。

(四)术后康复训练

1. 术后第 1~7 天:患肢保持外展中立位,防止髋关节脱位。术后第 1 天开始进行股四头肌等长收缩练习,治疗师立于患者一侧,将右手置于患侧肢体腘窝处,左手置于膝关节上,手心相对,嘱患者膝关节伸直,患肢下压治疗师右手后放松,治疗师左手则明显感到髌骨上下抽动 1 次,如此反复进行下压、放松动作,股四头肌能得到较好的等长收缩锻炼^[3]。当患者掌握上述动作要领后可进行主动练习,每次静力收缩 10 s,放松 10 s,每 10 次为 1 组,每天完成 5~10 组。踝关节和趾关节进行主动背伸和跖屈练习,主要是最大限度屈伸患肢小关节,并带动小腿肌肉运动,避免髋关节内外旋。臀大肌和臀中肌收缩运动:患者平卧,收缩臀肌保持 10 s,放松 10 s;双手着力,做抬臀动作,保持 10 s,放松 10 s;重复 10 次为 1 组,每天完成 5 组。直腿抬高运动:抬高角度≤30°,保持时间 5 s,以不感觉疲劳为度。术后第 2 天进行双下肢持续被动运动训练,每次 1 h,每天 2 次,以保

持肌肉张力和关节活动度,同时进行深呼吸练习。术后第 3 天在治疗师的指导下由卧位到半卧位再到坐起,进行轻度屈髋练习,时间限定在 10 min 之内。

2. 术后第 8 天~2 周:继续按上述功能训练方法进行练习。仰卧位屈髋屈膝运动:一手托膝,另一手托足跟,在不引起疼痛的情况下屈髋 $<90^{\circ}$,禁止髋关节内收内旋。卧位到坐位转移:双手支撑坐起屈髋 $<90^{\circ}$,在护士帮助下将患腿自然垂于床边,每天 2 次。坐位到站立转移:患者先在床上坐起,然后在床边坐下,下床时双手把持床沿,逐渐下床^[4]。预防体位性低血压等不适症状,在治疗师或陪护保护下持步行器或双拐练习站立 10~30 s,每天 2 次,逐渐达到站立平衡三级;在保护下持步行器或双拐开始练习行走,预防跌倒。采用骨水泥固定的患者在此期间训练下肢部分负重逐渐至完全负重;而非骨水泥固定的患者行不负重训练至部分负重训练,每天 1~2 次,待术后 6~8 周可完全负重。

3. 术后 3 周~3 个月:除继续按上述功能训练方法练习外,逐渐增加训练的时间和频率。患者在活动时屈髋 $<90^{\circ}$,不坐矮凳、不下蹲、不盘腿、不洗盆浴、不翘二郎腿、不过度内旋或外旋下肢;若侧身睡觉,应在两腿之间放置厚垫,防止髋关节内收和内旋。骑自行车训练应根据患者的身体情况和生活需要,在辅助下术后 6 周进行。弃拐时间因人而异,在行走平稳且无疼痛时即可;但非骨水泥固定的患者应 3 个月后弃双拐行走。应避免重体力劳动和剧烈运动如爬山、跑步等,同时要适当控制体重,减轻人工关节的磨损;在日常生活中注意安全;定期随访。

三、疗效评定方法

采用 Harris 髋关节评分标准^[5]进行临床疗效评定:优为 ≥ 90 分,良为 89~80 分,中为 79~70 分,差为 ≤ 69 分。

结 果

所有患者术中无心、肝、肾功能衰竭和血管神经损伤以及股骨干骨折等并发症发生,术后均随访 6~72 个月,无感染、肺栓塞、深静脉栓塞、假体松动、下沉及脱位等并发症发生;所有患者疼痛均明显减轻,未再服用止痛药。按 Harris 髋关节评分评定疗效:优为 24 例(48 髋),良为 6 例(12 髋),中为 2 例(4 髋),优良率 94%,患者的生活及工作质量明显改善和提高。

讨 论

同期双侧全髋关节置换术后,全面细致的早期康复是保证手术成功的重要因素。我们必须科学地针对不同患者、术后不同时期做好康复教育和功能训练指导,并加强医生、患者、家属之间的沟通,从而确保手术的成功。康复训练应遵循个体化、渐进性、全面性三大原则,针对具体的情况随时调整训练计划。笔者认为:只要患者无严重的心、肺、肝、肾功能损害,无感染病灶及手术禁忌证,且能耐受手术,在进行同期双侧全髋关节置换术的同时应早期介入康复治疗。对长期卧床、缺乏锻炼、滥用激素

等导致全身情况较差并伴有较重的骨质疏松和肌肉萎缩等的患者,术前应重视全身情况的准备,对术中和术后可能发生的风险应有充分的估计并准备相应的康复处理方案^[6]。

双侧髋关节置换在手术操作过程中对机体刺激大,尤其是高速电锯截骨可产生大量组织热损伤,组织碎屑、化学单体、脂肪滴等容易进入体循环,加重机体创伤后应激反应,术中须反复彻底冲洗手术野,减少刺激物进入体循环和残留在创口中。应采用严格的无菌技术,抗生素使用应短期足量,注意切口换药,控制感染的发生。同时,严格和规范的康复治疗可防止肌肉萎缩、关节僵硬、废用性骨质疏松、深静脉栓塞等并发症,增加关节活动度,恢复日常生活活动能力;功能训练应循序渐进地增大活动量,延长活动时间,增加活动范围,避免髋关节脱位;患者出院后应继续康复训练,正确使用拐杖,完全康复后行适当的体育活动,如散步、游泳、打太极拳等,减少髋关节的磨损,防止髋关节的松动。

当病变累及双侧髋关节并伴有疼痛和功能障碍时,给患者造成的痛苦远超过单个关节病变,同期双侧全髋关节置换术是解除患者髋关节病痛及恢复功能的有效方法,目前全髋关节置换术二十年成功率达 80% 以上^[7],但相关报道较少。如手术仅行单髋置换,术后因对侧髋关节仍处于非功能位,无法进行有效的康复训练,必然影响手术效果。实践证明:同期双侧全髋关节置换术患者康复疗效理想,并且只需一次住院,一次手术,平均住院时间减少,避免重复检查,故同期住院总费用较分期住院总费用减少 24%^[8]。总之,同期双侧全髋关节置换术后早期康复介入安全有效,关节功能恢复快,还可减轻患者的经济负担,值得推广应用。

致谢:感谢关节外科中心主任夏冰教授对此文的指导!

参 考 文 献

- [1] 孙焕强,顾宣歆,沈宝发. 同期双侧全髋关节置换术. 浙江创伤外科, 2002, 7: 93-94.
- [2] 赵阳立,朱美玉. 骨科临床护理学. 北京:中国科学技术出版社, 1997: 223-224.
- [3] 高春红,彭凡,陈慧芬. 15 例胸椎肿瘤行人工椎体置换术患者的围手术期护理. 中华护理杂志, 2005, 40: 657-659.
- [4] 庄铭,钱不凡,蒋炎. 234 例全髋关节置换术临床资料复习. 中华骨科杂志, 1991, 11: 329-331.
- [5] 吕厚山. 人工关节外科学. 北京:科学出版社, 1998: 22-153.
- [6] Vaijya SV, Aroojis A. Multiple joint replacement in chronically neglected polyarthritic patients: two case reports. J Orthop Surg (Hong Kong), 2000, 8: 75-81.
- [7] 吕厚山,主编. 关节炎外科学. 北京:人民军医出版社, 2002: 92-93.
- [8] 潘兵,符楚迪,卢一生,等. 双侧髋关节同期或分期置换的临床比较分析. 骨与关节损伤杂志, 2004, 19: 416-417.

(修回日期:2008-04-29)

(本文编辑:吴 倩)

欢迎订阅《中华物理医学与康复杂志》