

参 考 文 献

- 1 贾连顺,李家顺,主编. 脊柱外科临床手册. 上海:第二军医大学出版社, 1998. 238-242.
- 2 杨克勤,主编. 脊柱疾患的临床与研究. 北京:北京出版社,1993. 520.
- 3 欧阳甲,程力,贾文霄,等. MRI 对颈椎病的诊断价值. 中国脊柱脊髓杂志,1997,7:205-207.
- 4 王康,王国相. 脊髓前动脉综合征. 中国脊柱脊髓杂志,2000,10:190-192.
- 5 Hoff J, Nishimura M, Pitts L, et al. The role of ischemia in the pathogenesis of cervical spondylotic myelopathy: A review and new microangiographic evidence. Spine, 1997,2:100-108.
- 6 陈福文,贾连顺. 脊髓供血障碍在脊髓型颈椎病的发病意义. 中国脊柱脊髓杂志,2000,10:115-117.

(收稿日期:2002-06-10)

(本文编辑:阮仕衡)

· 短篇报道 ·

康复训练在人工全髋关节置换术中的作用

安秀娜 马霞 王霞霞

本组 189 例,男 88 例,女 101 例,年龄 40~95 岁;初次人工全髋关节置换 165 例,返修术 24 例。

方法:制订术前、术后、出院三阶段康复训练程序。

术前指导:向患者介绍成功病例,让病人了解手术目的及术后训练的作用,指导病人进行股四头肌、髋外展肌的训练,同时加强健侧下肢及双上肢肌力训练;为术后使用步行架及拐杖做好准备。对长期卧床病人指导深呼吸、有意咳嗽。对慢性疼痛及关节挛缩应进行综合治疗。

术后康复训练:手术当天,两腿之间放置外展枕,患侧穿防旋转鞋,保持术侧肢体外展中立位,确保关节稳定性。术后第 1 天即开始床上康复训练①教病人深呼吸、有意咳嗽,每日坐位 3~4 次,每次不超过 30 min,坐姿应小于 90 度,扣拍后背促进痰液排出。②踝关节屈伸练习。主动最大限度屈伸踝关节及抗阻训练。每次动作保持 5~10 s,每组 5~10 次,每天根据体力做 5~10 组。③股四头肌、腘绳肌、外展肌等训练。肌静力性收缩,每次保持 5~10 s,每组 5~10 次,每日 5~10 组。④双上肢肌力练习。为术后使用步行架及拐杖做好准备。⑤充气夹板应用。每日 2 次,每次 18 min,促进下肢血液循环,减少深部血栓发生。⑥术后 3 d 拔出引流管,做细菌培养及药敏试验,判断人工关节位置是否理想,如无特殊情况,术后 3~5 d 应进行步行训练,指导病人正确使用步行架、正确的上下床姿势,骨水泥固定者可以负重练习,非骨水泥固定者进行非负重练习,每日 2~3 次,根据患者病情决定行走距离。以上练习逐渐加大强度,直至 2~3 周出院。出院时要求病人达到①扶双拐能自己行走,无需他人帮助能独立坐起。②无任何术后早期并发症现象。③病人及家属已经掌握或了解出院后的康复计划,并能较好地实行。

出院后康复训练:一般术后 3~4 周病人出院,应进行日常生活功能训练。指导病人如何如厕、洗澡、穿脱鞋袜、坐车、上下楼梯以及避免人工髋关节脱位的几种姿势,如不盘腿、不“翘二郎腿”、翻身时翻向患侧等。应嘱咐病人定期复查,为病人回归社会做好准备。

疗效标准按人工全髋关节置换术 Harris 评分标准:优—90~100 分;良—80~89 分;一般—70~79 分;差—70 分。

治疗效果:189 例病人中 170 例得到随访,随访时间 10 至 36 个月,平均 23 个月,疗效总评定:优 120 例,良 40 例,一般 5 例,差 5 例,优良率 94%。

讨论 人工全髋关节置换术自 John Charnley 临床应用以来,已成为国内外临床上最为广泛应用的人工关节,其疗效已经过长期实践证明,十分确切。只把手术成功的希望寄托在手术技术上而不进行康复训练,则达不到应有的效果。应进行早期康复训练减少肌肉萎缩、关节僵硬、废用性骨质疏松,避免长期卧床带来的褥疮、坠积性肺炎、泌尿系统感染、深部静脉血栓形成等并发症,减少住院时间及卧床时间,这就要求医务人员不仅要出色地完成人工关节置换手术,还要制订一个有效而可靠的康复训练程序。术前指导,让病人了解手术目的及术后康复训练的作用,消除思想顾虑及恐惧心理。术后训练减轻患者痛苦,预防术后并发症,防止肌肉萎缩,增加关节活动度,恢复日常生活能力。出院后康复训练,减少痛楚及肿胀,进一步增加关节活动度,增强肌肉训练,正确使用步行架及拐杖,预防居家意外跌倒,恢复病人日常生活能力。所有这些,均有利于患者回归社会,重返工作岗位。

(收稿日期:2002-04-23)

(本文编辑:阮仕衡)