

# 实施阶段性健康教育对髋关节置换术患者康复效果的研究

贾尚琼, 张友, 王春梅, 冉美灵 (重庆三峡中心医院骨一科, 万州 404000)

**【摘要】 目的** 探讨对髋关节置换术患者实施阶段性健康教育的效果。**方法** 把 50 例髋关节置换术患者随机分为对照组和干预组各 25 例, 对照组实施常规护理, 干预组除了常规护理外, 加阶段性健康教育, 比较两组的 Harris 髋关节评分、BI 指数评分。**结果** 干预组患者术后髋关节功能康复程度、日常生活能力均优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 阶段性健康教育能改善髋关节置换术后患者的髋关节功能, 减少髋关节置换术后的并发症, 提高自我护理能力, 改善生活质量。

**【关键词】** 髋关节置换术; 阶段性健康教育; 康复效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.006 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)05-0523-03

Curative effect of stage health education on the patients undergoing hip joint replacement JIA Shang-qiong, ZHANG You, WANG Chun-mei, RAN Mei-ling (Department of Orthopaedic, Chongqing Three Gorges Central Hospital, Wanzhou 404000, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the curative effect of stage health education on the patients undergoing hip joint replacement. **Methods** Fifty patients with hip joint replacement were divided into two groups randomly, these were the control group (25 patients) and the treatment group (25 patients). Only routine care was carried out for the control group, while stage health education was used for the treatment group. Harris hip score and BI index score were compared between the two groups. **Results** The recovery degree of the hip function after operation and the ability of daily living in the treatment group were significantly better than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Stage health education can improve the hip function for the patients undergoing hip joint replacement and lessen complications.

**【Key words】** hip joint replacement; stage health education; curative effect

人工髋关节置换术是目前髋关节疾病和骨折的最佳治疗手段, 能够很快缓解患者的病痛, 可早期下床活动, 提高患者的生活质量。传统对髋关节置换术患者的护理模式是实施常规护理, 虽然有健康教育, 但内容不够系统、全面, 教育方法过于简单, 康复效果不够理想<sup>[1-3]</sup>。为了增加人工髋关节置换患者术后髋关节功能 and 自我护理能力, 达到提高生活质量, 防止假体脱位, 延长假体的使用期限的目的, 本院对髋关节置换术患者除了常规护理外, 还实施阶段性健康教育, 取得了满意的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2009 年 1 月至 2010 年 8 月在本院住院的髋关节置换术患者 50 例, 按住院号顺序随机分为对照组和干预组各 25 例。对照组男 10 例, 女 15 例, 年龄 55~85 岁, 平均 (65.45 ± 15.19) 岁, 全髋关节置换术 8 例, 人工股骨头置换术 17 例。干预组男 12 例, 女 13 例, 年龄 60~80 岁, 平均 (66.56 ± 12.85) 岁, 全髋关节置换术 10 例, 人工股骨头置换术 15 例。两组患者的性别、年龄、疾病类型及病情、手术类型差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 有可比性。

**1.2 方法** 两组患者均实施常规护理, 干预组在常规护理的同时, 实施系统的阶段性健康教育, 比较两组的康复效果。

**1.3 健康教育方式** 对于干预组患者于入院后发放问卷进行调查, 根据调查所显示的信息, 采用健康教育小册子、口头讲解前进行健康教育, 出院后定期回医院复诊和电话随访。出院时再发放相同的问卷调查, 评价健康教育前后患者对健康教育知识的掌握情况。

**1.3.1 入院时通过护理评估**, 收集患者生理、心理、社会等方面的资料, 了解其健康状况和护理的需求。制定个体化的护理计划, 决定合适的教育形式、语言及方法对患者进行持续性、阶段性的健康教育。

### 1.3.2 手术前教育

**1.3.2.1 心理护理** 患者多数为中老年人, 行动不便, 患髋疼痛, 想通过手术解除疼痛, 恢复肢体功能。但因对手术的效果和安全性不了解, 担心手术能否取得成功及假体脱位。另一方面又担心手术费用高。针对患者的这种心理状态, 要特别注重心理护理, 通过全面沟通, 利用教育小册子, 用患者易于接受、理解的言语介绍手术的相关知识。请曾做过同类手术的病友介绍手术的经历及经验, 解除其思想顾虑, 增强配合手术治疗及康复的信心。

**1.3.2.2 手术前的准备** 术前指导患者练习床上大小便, 以适应术后的排便方式, 要求吸烟者戒烟, 指导患者进行深呼吸及有效咳嗽排痰的动作, 以防肺部并发症。

### 1.3.3 手术后康复训练

**1.3.3.1 体位指导** 术后当天取平卧位, 患肢置于外展 15° 中立位, 两腿间放置等腰梯形枕或大枕头, 避免外旋、内收及内旋等危险体位, 以防假体脱位。术后第 2、3 天即可摇高床头取半坐卧位, 但抬高床头不可超过 45°; 术后第 5、6 天抬高床头不可超过 60°。

**1.3.3.2 手术后饮食指导** 术后 6 h 麻醉完全清醒后, 可试饮水, 无不适可鼓励患者正常进食高热量、高维生素、高蛋白软食, 但忌油腻及会引起肠胀气的食品。多吃蔬菜、水果, 多喝

水。术后尽快恢复正常口服饮食是快速健康的一个重要环节<sup>[4-6]</sup>。

**1.3.3.3 疼痛控制** 术后充分止痛有利于减少手术的应激反应,是早期下床活动的必要前提。如果没有充分止痛,患者就会因怕痛而拒绝进行早期功能锻炼,或功能锻炼的动作不能做到位而影响锻炼的效果。本组患者术后使用口服止痛药,必要时肌肉注射止痛药或术中使用镇痛泵止痛,不能因疼痛而拒绝功能锻炼<sup>[7]</sup>。

**1.3.3.4 皮肤护理** 鼓励患者多做抬臀动作,有利于局部通风,防止过热。保持皮肤清洁干燥,床单位平整无碎屑,防止压疮的发生。

**1.3.3.5 肢体功能锻炼** 术后当天生命体征稳定后,在有效镇痛的情况下进行踝泵运动,以促进血液循环,防止深静脉血栓的形成。术后第 1 天可进行股四头肌的等长收缩锻炼、腓肠肌训练、股二头肌训练、臀大肌训练。以上各组动作每天 2~3 次,每次做 3 组,每组做 10 次,根据患者的情况可逐渐增加时间及频率。引流管拔除后可在医护人员指导下做膝关节及髋关节的被动活动,但髋关节屈曲不可大于 90°。

**1.3.3.6 下床活动** 下床活动的时间根据假体类型、手术操作和患者体力恢复情况等而定。首次下床活动应在医护人员的看护下扶助步器进行。大多数患者在起床后都有头晕,因此,可先协助患者做下床站立练习,每天 2 次待适应后再练习行走<sup>[8]</sup>。

**1.3.3.7 上下楼梯** 上楼梯时为健肢先上,拐杖随其后或同时跟进,而下楼梯为拐杖先下,患肢随后,健肢最后下。

### 1.3.4 出院前健康教育

**1.3.4.1 正确的防脱位姿势** 禁止髋关节内收、内旋位时从座位站起;禁止双膝并拢和双足分开时,身体向患侧倾斜取物、接电话;入厕时应使用高便桶;任何时间双下肢都不交叉,不盘腿,不下蹲,不坐矮凳、矮沙发和矮座位的出租车,坐时患肢要自然下垂<sup>[8]</sup>。

**1.3.4.2 控制体质量** 严格控制体质量,避免重体力劳动;避免在不平整、不光滑的路面行走,以延长假体的使用寿命。

**1.3.4.3 预防并控制感染** 拔牙或严重的感染需看医生时,应告知医生曾做过关节置换手术,以便医生根据需要需要使用抗生素,防止细菌随血液传播而致关节感染。如出现患侧髋关节的异常情况,应及时到医院复查或咨询医生。

**1.3.5 出院后复诊计划和电话随访** 出院后应分别于术后 1、3、6 个月及 1 年定时回医院复查。于出院后的第 1、2 周及第 4 周分别电话随访。以询问回家后的生活情况,有问题及时进行指导、纠正。

**1.4 评价标准** 两组患者均采用国际公认的 Harris 髋关节评分表评价髋关节功能康复程度。包括疼痛、关节功能、关节活动度、畸形四个方面,总分为 100 分,得分越高,功能康复越好。而日常生活能力采用 Barthel 指数(BI)评定表评价,包括大便、小便、如厕、吃饭、转移(床椅)、活动(步行)、穿衣、上下楼梯、洗澡等 10 项内容,根据是否需要帮助及其程度分为 4 个等级,满分为 100 分。评价时间为术前、术后 2 周、术后 3 个月、术后 6 个月及术后 1 年。随访时间为术后 1、3、6 个月及术后 1 年。

**1.5 统计学方法** 用 SPSS13.0 统计软件,行 *t* 检验。

## 2 结 果

**2.1 两组患者 Harris 髋关节评分比较** 两组术后 Harris 髋关节评分差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

**2.2 两组患者日常生活能力 BI 指数评分比较** 两组患者术后日常生活能力 BI 指数评分差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

**2.3 干预组患者受教育前后医学相关知识知晓情况调查问卷得分比较** 干预组患者受教育后医学相关知识知晓情况调查问卷得分( $95.25\pm4.75$ )高于受教育前,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 两组患者 Harris 髋关节评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 项目  | <i>n</i> | 术前          | 术后 2 周      | 术后 3 个月     | 术后半年        | 术后 1 年     |
|-----|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 干预组 | 25       | 20.51±15.43 | 80.56±10.85 | 88.75±9.33  | 93.28±7.25  | 95.84±6.33 |
| 对照组 | 25       | 21.12±12.33 | 65.25±12.21 | 70.19±11.21 | 82.55±10.49 | 85.43±9.72 |

表 2 两组患者 BI 指数评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 项目  | <i>n</i> | 术前          | 术后 2 周      | 术后 3 个月     | 术后半年        | 术后 1 年     |
|-----|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 干预组 | 25       | 31.67±15.45 | 63.33±18.19 | 80.26±12.99 | 92.88±10.26 | 97.78±5.25 |
| 对照组 | 25       | 30.86±14.64 | 52.45±15.89 | 61.33±12.12 | 76.43±9.37  | 88.66±6.21 |

## 3 讨 论

本研究结果充分说明,干预组髋关节功能恢复程度(Harris 髋关节评分)和日常生活能力恢复程度(BI 指数)均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。这主要是由于干预组实施了前瞻性好、针对性强、科学性高的健康教育,将健康教育有目的、分阶段地贯穿于手术前、后整体护理全过程,并延伸到出院后。一方面使患者认识健康教育内容是关系到自身康复和家庭幸福的大事,从而大大提高战胜疾病的决心和信心;另一方面由于每次教育内容适当,图文并茂,深入浅出,易于理

解掌握,提高了对相关医学知识的知晓率和对治疗、护理的依从性,也因此取得比对照组更好的康复效果<sup>[9-11]</sup>。

为了提高健康教育的效果,作者认为在实施教育的过程中应重视以下几方面的问题。(1)心理护理必须贯穿于治疗、护理的全过程,通过系统的、全程的心理护理使患者以积极的心态配合治疗、康复护理工作,这是取得良好康复效果的关键。(2)疼痛教育,疼痛是一种与实际的或潜在的损害有关的不愉快的情绪体验,可致体内激素系统和酶系统代谢异常,蛋白质合成缓慢,分解加速,不利于切口愈合。国外许多国家已把疼

痛作为第五生命体征,加强疼痛教育,改变观念,可提高止痛的效果。而只有在无痛的情况下,才能最大限度地进行功能锻炼。(3)健康教育内容的执行落实情况应及时检查,防止流于形式而影响康复效果。(4)自我护理能力的指导和培养,通过对日常生活能力的训练与指导,提高患者的自我护理能力,使其能在社区中独立生活,达到提高生活质量的目的。(5)复诊计划和电话随访制度的建立,把健康教育扩大至社区,有效地解决了患者出院后护理支持不足的问题<sup>[12-15]</sup>。了解患者自我护理能力、遵医行为、生活等方面的动态信息,及时发现新的问题,给予及时指导。随访重点为提醒患者防假体脱位的各种体位和行为。

有系统、有目的地实施阶段性健康教育在人工髋关节置换术护理中具有重要作用,它与常规护理密切配合,可显著提高患者的康复程度,使髋关节功能和日常生活能力得以明显提高。

# 参考文献

- [1] 李晓雯. 人工髋关节置换并发症的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(1): 52-54.
- [2] 熊剑秋, 李晰华, 丁丽, 等. 快速康复外科理念在老年人工髋关节置换术患者术后护理中的应用[J]. 护理学报, 2009, 16(3): 243-244.
- [3] 陈睿, 许燕杏, 林巧如, 等. 康复训练程序在人工髋关节置换术患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(1): 30-31.
- [4] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京: 科学技术出版社,

1998: 150-151.

- [5] 孙爱华. 健康教育在人工髋关节置换护理中的应用[J]. 当代护士: 学术版, 2008, 4(2): 95-96.
- [6] 陈春芳. 护士在健康教育中存在的问题及干预研究进展[J]. 护理与康复, 2008, 7(1): 25-27.
- [7] 吕厚山, 徐斌. 人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中华骨科杂志, 1999, 19(1): 55-56.
- [8] 张国华, 魏国华. 髋关节、膝关节术后深静脉血栓形成的预见性护理[J]. 护理研究, 2009, 23(11): 3073-3075.
- [9] 赵春萍, 姬润香. 人工髋关节置换术后患者康复护理[J]. 护理研究, 2008, 22(1): 30-32.
- [10] 张宝芹. 人工关节置换术后患者的功能锻炼研究进展[J]. 护理研究, 2006, 20(3): 573-375.
- [11] 苏晓光. 全髋关节置换患者功能锻炼中的健康指导及护理[J]. 护理研究, 2008, 22(2): 102-103.
- [12] 林玉莺, 陈凤珍, 沈美霞. 人工髋关节置换患者的康复护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(12): 2095-2097.
- [13] 焦秀萍. 全髋关节置换术后防止脱位的护理[J]. 实用临床医药杂志: 护理版, 2006, 2(3): 502-504.
- [14] 宋海燕, 刘素芳. 人工全髋关节置换术后功能训练指导[J]. 中国临床康复, 2004, 8(5): 925-927.
- [15] 胡三莲, 许鑫. 人工全髋关节置换术后康复护理进展[J]. 护理研究, 2007, 21(7): 797-798.

(收稿日期: 2011-10-16)

(上接第 522 页)

到多个器官的病变,也同时会在良性和恶性疾病中表达,特别是在和肿瘤标志物起源、代谢有关的组织及其相邻的器官发生病变时,有相当一部分良性疾病肿瘤标志物升高。研究中作者发现 1 例门诊患者 AFP、FER、CA199 3 项指标都明显升高,但患者临床症状不明显,后经 B 超、CT 检查,该患者是肝硬化早期,因此作者认为肿瘤标志物只能作为恶性肿瘤的辅助诊断,在指标升高明显时只能高度怀疑是恶性肿瘤,在做诊断性结论时还需结合超声、影像、病理等检查手段及临床分析。

综上所述,单一一项肿瘤标志物对恶性肿瘤的临床诊断价值有限,多种肿瘤标志物联合检测结合针对性的影像学检查及临床分析可提高恶性肿瘤的早期诊断率,动态监测肿瘤标志物的水平可纵向观察、评估恶性肿瘤的疗效、判断复发转移及预后。

# 参考文献

- [1] Kayaba H. Tumor markers: essential diagnostic tools for radiologists[J]. Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi, 2003, 63(4): 133-139.
- [2] 陶华林, 李红霞. 肿瘤标志物的研究及临床应用进展[J]. 国外医学: 临床生物化学与检验学分册, 2005, 26(1): 54-56.

- [3] Jiang XT, Tao HQ, Zou SC. Detection of serum tumor markers in the diagnosis and treatment of patients with pancreatic cancer [J] Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2004, 3(3): 464.
- [4] 方玲, 沈庆茂, 顾向明. 肿瘤标志物联合检测对常见恶性肿瘤的筛查作用[J]. 检验医学与临床, 2008, 5(10): 581-582.
- [5] 王玉芳, 李首庆, 杨广民. 多肿瘤标志物联合检测在恶性肿瘤诊断中的价值分析[J]. 中国现代医药杂志, 2009, 11(3): 5-7.
- [6] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 475.
- [7] 万澍, 刘协红. AFP 联合 3 种血清标记物提高原发性肝癌的诊断率研究[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(8): 897-898.
- [8] 段正军, 徐杰, 刘学梅. 3 项指标联合检测在原发性肝癌诊断中的意义[J]. 检验医学与临床, 2007, 27(1): 972-973.
- [9] 谢小明, 徐海帆. 肿瘤标志物诊断早期原发性肝癌的研究与应用进展[J]. 海南医学院学报, 2010, 16(10): 1382-1385.

(收稿日期: 2011-11-22)