

- [5] 戴祝,陈志伟,廖瑛. 关节镜结合开放滑膜切除术治疗膝关节炎慢性滑膜炎[J]. 中南医学科学杂志, 2015, 43(2): 156-159.
- [6] 潘文. 全膝关节表面置换术治疗膝骨性关节炎的临床分析[J]. 中外医学研究, 2013, 11(2): 114-115.
- [7] 王伟,郝花. 全膝关节表面假体置换治疗膝骨性关节炎[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(10): 1227-1228.
- [8] Meneghini RM, de Beaubien BC. Early failure of cementless porous tantalum monoblock tibial components[J]. J Arthroplasty, 2013, 28(9): 1505-1508.
- [9] Callaghan JJ, Liu SS. Cementless tibial fixation in TKA: a second coming[J]. Orthopedics, 2010, 33(9): 655-659.
- [10] 刘雷. 非骨水泥型与骨水泥型膝关节表面假体置换治疗骨性关节炎骨折的临床疗效比较[D]. 南京: 南京中医药大学, 2011.
- [11] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 383-394.
- [12] Minoda Y, Kobayashi A, Ikebuchi M, et al. Porous tantalum tibial component prevents periprosthetic loss of bone mineral density after total knee arthroplasty for five years: a matched cohort study [J]. J Arthroplasty, 2013, 28(10): 1760-1764.
- [13] 陈跃平, 陈亮, 高辉. 骨水泥与非骨水泥型全膝关节假体置换效果的系统评价[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(17): 3132-3134.
- [14] 廖建晖, 李志跃. 股骨髁间骨折术后患者膝关节活动功能的相关因素[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2016, 13(1): 31-35.
- [15] 郭全功, 付涛, 王国选. 严重膝关节畸形行全膝关节表面置换的治疗体会[J]. 生物骨科材料与临床研究, 2013, 10(4): 63-66.
- [16] 于忠申, 白希壮, 王岩峰. 生物型与标准型膝关节表面置换术近期临床疗效的随机对照研究[J]. 中国医科大学学报, 2016, 45(11): 1026-1029.

(收稿日期: 2017-07-03 修回日期: 2017-09-16)

• 临床探讨 •

围术期综合护理对全膝关节置换术患者患肢功能恢复的作用观察

孙江艳, 呼芳[△]

(延安大学附属医院关节外科, 陕西延安 716000)

摘要:目的 探讨围术期综合护理对全膝关节置换术患者患肢功能恢复的作用。方法 选择该院 2015 年 9 月至 2016 年 11 月行全膝关节置换术的患者 97 例作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组和观察组, 对照组 48 例采用围术期常规护理, 观察组 49 例实施围术期综合护理, 比较两组患者术后各阶段膝关节功能评分(HSS)、骨性关节炎指数评分(WOMAC)、患肢功能恢复情况、住院时间及护理满意度。结果 观察组患者术后各阶段 HSS 及 WOMAC 均明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且住院时间、术后首次下地时间及膝关节屈曲超过 90° 所需时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 最大屈曲度及活动度明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 观察组护理满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 围术期综合护理干预可促进全膝关节置换术患者患肢功能的恢复, 增强患膝关节稳定性, 进一步提高手术效果和护理质量。

关键词: 全膝关节置换术; 围术期; 综合护理; 患肢功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.036 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)24-3661-03

全膝关节置换术(TKA)是治疗膝关节疾患的重要手段, 主要用于膝关节严重受损、畸形, 以及日常活动严重受限, 且经保守治疗效果不佳的患者, 其目的是纠正膝关节畸形, 改善患肢功能, 使患者早日恢复正常的和生活和工作^[1]。但由于 TKA 患者普遍存在膝关节疼痛、不稳及患肢功能下降的现象, 通过常规护理干预无法达到增强患肢功能, 提高膝关节稳定性的效果^[2]。故本研究分析和探讨围术期综合护理干预对 TKA 患者的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 9 月至 2016 年 11 月行 KTA 的患者 97 例作为研究对象, 将其按照随机数字表法分为对照组和观察组, 对照组 48 例, 男 25 例, 女 23 例; 年龄 41~79 岁, 平均 (57.25 ± 4.13) 岁; 双膝置换 5 例, 单膝置换 43 例。观

察组 49 例, 男 24 例, 女 25 例; 年龄 43~81 岁, 平均 (60.32 ± 4.37) 岁; 双膝置换 4 例, 单膝置换 45 例。两组患者均签署知情同意书, 且已排除严重心脑血管疾病、造血系统疾病及严重肝肾功能障碍的患者。两组患者年龄、性别、病情等比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法 对照组采用围术期常规护理, 包括辅助患者做好术前常规检查、术后生命体征监测及早期康复护理。观察组行围术期综合护理, 对患者进行心理干预、术前准备及术后康复护理等, 具体措施如下。

1.2.1 术前护理 (1)心理护理: 根据患者性别、年龄及职业等临床资料对其进行有效沟通交流, 介绍医院的医疗技术和实力, 可适当引用成功案例, 消除患者顾虑, 稳定心态, 确保手术能够顺利进行。(2)术前教育: 术前对患者进行健康宣教, 讲解

[△] 通信作者, E-mail: 240629380@qq.com.

TKA 的相关知识,如手术流程、目的、注意事项等。指导患者进行直腿抬高和踝关节屈伸训练,并协助患者掌握助行器及拐杖的使用方法。(3)皮肤护理:术前观察患者患肢周围皮肤有无皮损、虫咬、足癣、灰指甲等状况,需在手术前治愈。做好术前备皮工作,使用碘伏进行擦洗消毒,用无菌布包扎,以减少皮肤细菌数量和术后切口感染情况。(4)术前准备:术前协助患者进行心电图、胸部 X 线片、血常规等各项常规检查,如果患者合并有糖尿病、高血压等,应采取相应检查和针对性疾病控制措施。根据患者病情做好输血前检查和准备工作。嘱患者多食高蛋白和高维生素的易消化食物,增加机体免疫力。

1.2.2 术后护理 (1)病情监测:术后密切监测患者心率、血压、脉搏、体温、尿量等各项生命体征变化情况,关注患者心血管功能变化情况,保持血氧饱和度超过 96%。控制患者输液速度,防止心律失常、肺水肿等情况发生。(2)患肢护理:术后早期为患者进行加压包扎和制动,将患肢抬高并屈膝 30°,预防患肢外侧倾斜。协助患者翻身时注意患部支撑,尽量选择健侧方向翻身。观察和询问患者患肢感觉及末梢血运状况,若出现麻木、疼痛应及时告知医生。(3)引流管护理:保持患者引流管通畅及负压吸引状态,规范无菌操作流程,防止局部血液淤滞或引流液倒流引起的感染。注意观察引流液的量、性质和颜色,若出现引流量过多,可夹闭引流管或不进行负压引流,当每天引流量少于 50 mL 时,可将引流管拔除。(4)疼痛护理:患者在术后 24 h 麻醉作用消失后,可出现明显疼痛感,患者常常因此拒绝翻身和活动,部分患者还会产生焦虑、失眠等情况,护理人员可遵医嘱指导患者正确使用镇痛药物,可在术后 6 h 后采用西乐葆(规格:每片 0.2 g)口服,0.2 g/d,持续服用 5 d。

1.2.3 康复护理 (1)术后 1~3 d:协助患者进行踝关节屈伸锻炼,并指导其自行完成踝关节屈伸动作,活动过程中保持膝关节完全静止,以促进患者下肢血液循环,预防血栓形成。(2)术后 4~7 d:患者可坐于床边进行垂腿练习和抱腿练习,3~4 次/天,根据恢复情况适当加大屈曲角度,使人工关节尽快进入工作状态,消除关节内积血现象,同时避免软组织粘连。(3)术后 8~14 d:可开始下床活动,恢复患肢负重,利用拐杖等辅助

进行平地行走练习,并逐渐进行上下楼梯锻炼,行单膝置换术者可在训练时遵循健侧先上,患侧先下的原则,以保护假肢。患者可借助电动磁控车做膝关节伸屈训练,速度应由慢到快,以提高关节灵活度。

1.2.4 出院延续护理 (1)了解患者住院期间关节疼痛和功能恢复情况,纠正患者错误或不规范的康复训练姿势,使患者充分掌握康复锻炼的要领。(2)帮助患者制订康复计划和阶段性目标,嘱咐患者按计划进行康复锻炼,并建议患者家属对其进行监督。(3)建立随访档案,对患者出院后各时间段恢复情况进行回访,并做好相关统计和记录,及时解决患者康复训练中出现的问

1.3 观察指标 观察两组患者的膝关节功能评分(HSS)、骨性关节炎指数评分(WOMAC)及术后患肢功能恢复情况,并对患者住院时间及护理满意度进行比较。两组患者膝关节功能恢复情况采用美国特种外科医院提出的 HSS 进行评估^[3]。采用 WOMAC 对患者的关节功能、僵硬及疼痛程度进行评估,两种评分系统均以 60 分为分界线,<60 分为差,60~69 分为中,>69~84 分为良,>84 分为优^[4]。患者护理满意度分为比较满意、满意、不满意 3 个等级,满意度=(比较满意+满意)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行分析,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 HSS、WOMAC 比较 见表 1。两组患者手术前 HSS、WOMAC 比较差异无统计学意义($P > 0.05$),手术后 2、6 周两组患者 HSS 及 WOMAC 均有不同程度提高,与手术前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者患肢关节恢复情况比较 见表 2。观察组患者手术后首次下地时间及膝关节屈曲超过 90°所需时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),且最大屈曲度及活动度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者 HSS、WOMAC 比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	手术前		手术后 2 周		手术后 6 周	
		HSS	WOMAC	HSS	WOMAC	HSS	WOMAC
观察组	49	25.61±4.97	41.32±6.54	84.61±4.23*	82.34±4.07*	89.73±3.84*	87.64±5.12*
对照组	48	26.14±5.03	40.87±5.91	79.64±3.78*	75.33±4.36*	82.33±3.61*	81.79±4.35*
<i>t</i>		0.522	0.355	6.097	8.188	9.774	6.059
<i>P</i>		0.603	0.723	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与手术前比较,* $P < 0.05$

表 2 两组患者患肢关节恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术后首次下地时间(h)	膝关节屈曲超过 90°所需时间(d)	最大屈曲度(度)	活动度(分)
观察组	49	24.31±5.67	7.91±1.27	110.28±7.49	105.62±6.37
对照组	48	26.98±5.12	12.34±2.05	102.97±6.34	98.74±6.49
<i>t</i>		2.433	12.823	5.183	5.269
<i>P</i>		0.017	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者住院时间及护理满意度比较 见表 3。观察组患者住院时间(17.84±4.18)d,明显短于对照组的(19.91±4.11)d,两组比较差异有统计学意义($t=2.459, P=0.016$);观察组患者护理满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者护理满意度比较[n(%)]					
组别	n	比较满意	满意	不满意	满意合计
观察组	49	37(75.51)	10(20.41)	2(4.48)	47(95.92)
对照组	48	26(54.17)	14(29.16)	8(16.67)	40(83.33)
χ^2		4.852	0.999	4.153	4.153
P		0.028	0.318	0.042	0.042

3 讨 论

膝关节是人体构造最复杂、损伤机会最多的关节之一,长期进行重体力劳动或剧烈弹跳运动均可导致膝关节损伤,其主要症状有膝关节肿胀、弹响、膝部酸痛等,造成患者膝关节活动受限,且由于该疾病的顽固性,目前临床尚无特效药物^[5]。相关研究表明,在临床治疗中采用全膝关节置换术效果明显,可根据人体的关节构造、形态及功能制成一种人工关节假体,并通过外科技术将其植于人体内部,取代患病关节功能,从而达到缓解关节疼痛,恢复患肢关节功能的目的^[6]。经 TKA 治疗后患者易出现软组织作用失衡和肌力减退现象,导致植入假体松动、膝关节不稳定,使患者手术效果和术后功能恢复受到严重影响^[7]。TKA 手术后患肢功能恢复的重点一方面是保证手术的顺利完成,另一方面则是手术后的功能锻炼^[8]。

围术期综合护理干预的实施通过对患者手术前的心理干预、健康宣教及皮肤护理等,全面评估患者病情状况,积极做好手术前的各项准备工作^[9];手术后进行病情监测,防止异常情况发生,同时采取疼痛护理、患肢护理及引流管护理,缓解患者手术后疼痛感,降低手术后疼痛综合征发生率,减少手术后切口感染,加快患者关节功能恢复速度;康复护理作为综合护理的重要组成部分,是在患者手术后各时间段,根据患者功能恢复情况对膝关节和患肢部位进行有效的功能锻炼,增强关节周围肌力,增加关节稳定性,从而减少假体之间的压力和人工关节磨损情况,延长假体使用寿命^[10-11];出院延续护理是对护理工作的延伸,同时也是对患者负责的体现。患者出院后定期进行随访可有效监督患者进行功能锻炼,防止患者因怕痛等原因放松或放弃锻炼,降低手术疗效,并纠正康复锻炼中的错误训练姿势,提高护理质量和护理满意度^[12]。心理干预需体现个体差异性,护理人员在给予患者心理疏导时要与患者具体情况相结合,以亲切、耐心的态度与患者交流,尊重并理解患者的病情及心理状况,使其保持最佳状态并接受手术。有研究表明,进行手术前准备可使患者清晰了解手术对自己患肢功能的影响,使其能够更好地适应^[13]。同时,重视手术后功能锻炼的循序渐进和持之以恒,达到减轻关节疼痛、恢复患肢功能的最终目的。

本研究结果显示,两组患者手术后各时间段 HSS 及 WOMAC 均得到不同程度提高,但实施围术期综合护理干预

的观察组评分明显高于采用常规护理的对照组,观察组患者术后首次下地时间、膝关节屈曲超过 90°所需时间及住院时间均明显短于对照组,且最大屈曲度与活动度明显高于对照组。观察组患者对护理工作的满意度达 95.92%,明显高于对照组的 83.33%。以上结果充分说明,采用围术期综合护理干预能够促进 TKA 患者患肢功能恢复,增强膝关节的稳定性,缩短患者住院时间,改善护患关系,进一步提高手术及护理效果。

综上所述,通过将心理护理、疼痛控制、康复训练等多方面的综合护理干预应用于 TKA 围术期护理中,使患者顺利完成手术及手术后的康复计划,保证患肢功能的恢复,提高了护理满意度,从而获得理想的临床疗效。

参考文献

[1] 李健,刘明廷,戚大春,等.影响骨关节炎患者全膝关节置换术后关节功能的相关因素分析[J].中国矫形外科杂志,2012,20(8):704-707.

[2] 刘福存,童培建,储小兵,等.快速康复全膝关节置换的临床结果[J].中华骨科杂志,2016,36(18):1185-1190.

[3] 黄乐春,胡惠民,梁宇翔.膝关节功能评分量表评述[J].中国医药科学,2016,6(13):50-53.

[4] Basaran S,Guzel R,Seydaoglu G,et al. Validity, reliability, and comparison of the WOMAC osteoarthritis index and Lequesne algofunctional index in Turkish patients with hip or knee osteoarthritis[J]. Clin Rheumatol,2010,29(7):749-756.

[5] 翟云,高根德,徐守宇.膝关节骨关节炎的基础研究进展[J].中国骨伤,2012,25(1):83-87.

[6] 田素魁.全膝人工关节置换术疗效评价[J].现代预防医学,2013,40(1):194-195.

[7] 高红梅,齐菲菲,孙媛.全膝人工关节置换术的围术期护理[J].中外医疗,2010,29(2):138.

[8] 王宛华,沈健.人工全膝关节置换术围术期的护理体会[J].中外健康文摘,2011,8(44):428.

[9] 李俊梅.人工全膝关节置换术护理体会[J].临床合理用药杂志,2013,6(16):160-161.

[10] Mori C,Beun S,Bailey A. Bone up your program certification process for the total knee replacement and total hip replacement center [J]. Orthopaedic Nursing, 2012, 31(5):287-293.

[11] 孟华.心理护理干预对全髋置换患者负性情绪及生活质量影响的临床研究[J].吉林医学,2012,33(35):7772-7773.

[12] 彭芳莉.延续性护理对人工膝关节置换患者康复的影响[J].全科护理,2015,13(24):2388-2389.

[13] 姚红亚,周维锋.综合性护理干预对老年人人工髋关节置换术患者焦虑心理及术后骨愈合的影响[J].中国现代医生,2015,53(29):143-146.