

个体化康复治疗对老年髋关节置换术患者预后效果的影响

孙冬生 李志鹏

(江苏省常州市新北区孟河中医医院 213022)

摘要:目的:分析探讨个体化康复治疗对老年髋关节置换术患者预后效果的影响。方法:选取我院2019年-2022年接收行老年髋关节置换术患者30例为观察对象,随机将其分为观察组与对照组,其中对照组患者采用常规康复治疗,观察组患者采用个体化康复治疗,将两组患者术后临床相关指标、并发症发生情况以及治疗效果进行比较。结果:观察组患者的首次排气时间、下床时间、住院时间均短于对照组,住院费用低于对照组,两组数据对比差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者术后出现发热、出血、感染等并发症风险低于对照组,两组数据对比差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗总有效率高于对照组,两组数据对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:个体化康复治疗在老年髋关节置换术中具有重要应用效果,能有效促进患者康复,提高治疗效果,值得推广与应用于临床治疗中。

关键词:个体化康复;老年;髋关节置换术;预后

在骨科临床科室,髋关节损伤是老年人发病率较高的疾病,表现为疼痛或下肢运动功能障碍,严重影响患者的日常生活。随着我国医疗技术的不断发展,髋关节置换术被广泛应用于本病的治疗,人工髋关节替代受损关节,以减轻患肢疼痛引起的疼痛^[1]。随着科学技术的发展,人工假体的材料包括不锈钢、钛合金、陶瓷等,部分患者术后疼痛,假体明显松动。由于术中失血较多,术后会刺激体内凝血机制。此外,由于患者多为老年人,手术时间较长,患者患肢在手术过程中需要保持屈曲、外旋和内收姿势,身体会产生应激反应进行代偿调节,从而导致体内凝血功能紊乱^[2]。此外,术后长时间卧床及麻醉反应,不仅限制了肢体运动,而且使下肢血流减慢或停滞,导致下肢深静脉血栓形成,直接影响手术治疗的整体效果,因此,选择有效的方法预防治疗人工关节置换术后并发症的发生,采取有效的康复措施是非常重要的。本次研究为了分析探讨个体化康复治疗对老年髋关节置换术患者预后效果的影响,具体报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取我院2019年-2022年接收行老年髋关节置换术患者30例为观察对象,入选标准:①所有患者均符合高龄病人股骨颈骨折临床症状,并都接受了髋关节置换术;②患者均自愿接受治疗,且患者家属全部知情,并与我院签署同意书;③患者均无精神异常者,听力完好,思维逻辑正常;④患者均符合手术指征;⑤患者病历本齐全;排除标准:①有其他合并血栓倾向疾病者;②存在凝血障碍者;③精神异常或神经有疾病者;④中途退出者。通过随机数字抽取法将80例患者分为观察组与对照组,其中观察组15例,男性5例,女性10例,年龄70~90岁,平均 (83.60 ± 4.63) 岁;对照组15例,男性4例,女性11例,年龄70~90岁,平均 (81.60 ± 4.63) 岁,两组患者年龄、性别等基本资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用常规康复治疗,包括对患者用药指导、术后相关事项告知、指导患者下床走动等。

1.2.2 观察组

观察组患者采用个体化康复治疗,①体位管理。患者采取仰卧位时,将软枕放在手术肢体侧下方,下肢抬高约20cm,两腿之间放置外展梯形枕头,两脚之间凹陷处放置“U”型防坠脚垫,确保脚趾和脚处于背屈位置,并保持患肢处于外展中立位置。引导患者进行侧卧位时,应保持手术侧髋关节低于健侧膝关节,当肢体不旋转或内收时,假体外脱位的风险增加。病人睡觉的时候,当假体处于正常状态时,可能由于不良的睡眠习惯或肌肉松弛而改变位置,从而导致假体外脱位的风险。因此,护士应加强病情观察和检查,纠正患者不良体位,保持正确的体位,确认功能位,告诉患者避免采取患侧卧位,压迫患肢,这样不利于血液循环以及康复,指导患者不要长时间坐着,适当改变体位。②逐渐康复训练,术后第一周:术后第2天开始膝关节按摩,可对患踝关节进行主动屈伸活动和阻力活动^[3]。术后3~5d进行股四头肌等长收缩训练,髋、膝关节被动活动。用双肘支撑,用其他人或双手将吊环托住床上方,挺直上身,将臀部抬高床面10~15s,重复5~10次。术后第5天,将髋关节弯曲 $10^\circ \sim 20^\circ$,枕头放在膝下,然后以膝关节为支点将髋关节伸直,即髋关节抬高。术后第二周:鼓励患者在无痛范围内积极锻炼影响髋

关节和膝关节的屈伸能力;髋关节屈曲度为 $45^\circ \sim 60^\circ$ 或 $< 30^\circ$ 。可在患肢下方放置滑板,将患侧脚跟置于空心圆形垫上,并可在滑板上进行下肢屈伸运动,加强无痛范围内患肢及股四头肌周围肌肉的力量训练;床头的高度可以逐渐升高,直到患者可以坐在床上的半坐姿。侧入路切口的患者,半坐位时间逐渐延长(30~60min)。每天可以重复多次,为坐姿和站立练习做准备。如果可能,可以在直立的床上进行训练;继续进行床边姿势转换训练,包括半坐卧转换练习、坐立转换练习、卧立转换姿势、腿部强化支撑、三点走双杠或四脚步行器、旋转训练。等术后第三周:做四点支撑半桥运动,即在双肘和下肢屈曲支撑下抬起髋关节,在空中保持10s,重复10~20次,每次动作要求缓慢进行;加强步行训练,从双杠开始,分解步行周期中的摆动期和支撑期,分别进行前后交替的步行训练,逐步过渡到步行训练;如果在双杠上行走平稳,应过渡到拄拐杖行走,并尽可能进行减重行走;继续加强患侧股四头肌,逐步进行阻力训练,不断提高患侧下肢肌力;提高和提高日常生活自理能力,在一些辅助设备的帮助下,教会患者独立完成日常穿裤、穿鞋、穿袜子、洗澡、拿东西等,减少患者髋部的弯曲程度;如有必要,进行适当的环境改造,如增加床、椅和卫生间的高度,最好在椅子的两侧都有扶手,以便于患者坐下和站立,尽量让患者睡在硬板床上,穿弹性鞋和宽松的裤子,以便于患者完成动作。③用药指导,告知患者需要用药的时间,指导患者正确用药,明确常用药物的种类、用法、注意事项、疗效及不良反应的观察和治疗。服药过程中,仔细观察患者的病情变化,特别是是否有震颤和肌肉僵硬的变化,仔细观察并记录患者的坐姿、行走姿势及改善程度,并结合患者说话速度和语调的改善来确定药物治疗。患者服药后会出现不同程度的不良反应,主要包括口干、头晕、恶心、呕吐、失眠、便秘等,应严格按照医生的建议服药,并应逐渐从小剂量增加到最合适的治疗剂量。④并发症预防,肺栓塞是严重的并发症之一,通常发生在血肿形成后1至2周内。而且它经常发生在长时间躺着开始移动的时候。如遇呼吸困难、胸痛、咳嗽、咯血,应立即仰卧,给予高浓度吸氧,避免深呼吸、咳嗽和剧烈翻身。

1.3 观察指标

①将两组患者术后的临床相关指标进行比较,主要包括:首次排气时间、下床时间、住院时间与住院费用。②将两组患者术后并发症发生情况进行比较。③将两组患者的康复治疗效果进行比较,将效果分为有效:没有脱位情况发生,患者有自主生活自理能力,手术位置恢复状况良好;有效:出现轻微脱位情况,患者生活自理能力在中度到轻度之间;无效:脱位情况发生较为严重,患者生活自理能力差。临床治疗效果的总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

用SPSS 20.0软件对所统计的研究数据进行处理和分析,计量资料

用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表达,采用t检验,计数资料用率(%)表达,采用 χ^2 检验。如果 $P < 0.05$,则说明差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床相关指标比较

将两组患者术后的临床相关指标进行比较,观察组患者的首次排气时间为 (9.92 ± 2.12) h,下床时间为 (2.83 ± 0.28) d,住院时间为 (13.46 ± 2.51) d,住院费用为 (33503.65 ± 453.12) 元;对照组患者的首次排

(下转第48页)

(上接第44页)

气时间为(16.54±3.31)h,下床时间为(4.35±1.51)d,住院时间为(16.82±4.15)d,住院费用为(39673.47±534.03)元,观察组患者的首次排气时间、下床时间、住院时间均短于对照组,住院费用低于对照组,两组数据对比差异有统计学意义(P<0.05)。

2.2 两组患者并发症发生率比较

将两组患者术后并发症发生情况进行比较,观察组15例患者中,出现发热者1例(6.7%),出血者0例(0.0%),感染者1例(6.7%),压疮者0例(0.0%),静脉血栓者0例(0.0%),肌肉萎缩者0例(0.0%);对照组15例患者中,出现发热者2例(13.3%),出血者1例(6.7%),感染者3例(20.0%),压疮者2例(13.3%),静脉血栓者1例(6.7%),肌肉萎缩者1例(6.7%),观察组患者术后出现发热、出血、感染等并发症风险低于对照组,两组数据对比差异有统计学意义(P<0.05)。

2.3 两组患者并发症发生率比较

将两组患者的康复治疗效果进行比较,观察组15例患者中,显效者8例(53.3%),有效者6例(40.0%),无效者1例(6.7%),总有效率为93.3%;对照组15例患者中,显效者2例(13.3%),有效者7例(46.7%),无效者6例(40.0%),总有效率为60.0%,观察组患者治疗总有效率高于对照组,两组数据对比差异有统计学意义(P<0.05)。

3.讨论

随着我国人口老龄化的加剧,需要接受老年髋关节置换术的患者越来越多,老年髋关节置换术作为骨科常见的一种手术,能有效治疗髋关节病,改变和改善患者髋关节功能^[3]。随着骨科临床新技术的广泛应用,有必要不断提高总结经验,寻求更新有效的康复方法,以满足患者的需求。

老年髋关节置换术后康复的重点是恢复髋关节活动度,恢复膝关节和髋关节的肌力,使患者具有独立生活和参与活动的的能力。研究发现,术后髋关节肌力可能下降50%~60%,甚至降至术前水平,虽然骨科医生和治疗师使用各种技术来解决术后的不良结果,但对于应使用哪种康复方案来改善功能没有共识,并且缺乏明确的老年髋关节置换术后康复指南^[4]。常规的临床治疗无法对每位患者进行针对性干预,形式较为统一,对于可能会发生的一些并发症也不能进行提前预防^[5]。个体化康复治疗方法主要是为了促进患者术后康复,其核心原则是减少创伤和压

力,减少术后并发症,促进患者的恢复,缩短住院时间,达到节约医疗费的目的^[6]。个体化康复治疗通过体位管理,可改善血流,防止骨功能退化,降低并发症风险;通过渐进式肢体功能锻炼,针对患者不同时期设计科学的锻炼方案,帮助患者锻炼肢体的可支配度,加速肌力恢复,尽快恢复日常生活能力。再加上对患者的用药过程中进行正确及时治疗,针对高发并发症进行提前预防,从而提高髋关节功能水平的恢复^[7]。本次研究报告中,观察组患者进行个体化康复治疗后,与对照组常规康复治疗结果相比,观察组患者的首次排气时间、下床时间、住院时间均短于对照组,住院费用低于对照组,术后出现发热、出血、感染等并发症风险低于对照组,并且观察组治疗总有效率为93.3%,对照组治疗总有效率为60.0%,观察组患者治疗总有效率高于对照组,数据对比差异有统计学意义(P均<0.05),均说明个体化康复治疗在老年髋关节置换术中具有重要应用价值。

综上所述,将个体化康复治疗应用于老年髋关节置换术中,能有效促进患者康复,值得推广与应用于临床康复治疗中。

参考文献:

- [1]徐燕枝,郁娴.对接受人工全髋关节置换术后的老年股骨颈骨折患者实施康复护理对其预后的影响[J].当代医药论丛,2020,18(15):2.
- [2]常蕊,赵茜,贺惠琼,等.早期康复护理对老年全髋关节置换术患者康复效果的影响和满意度观察[J].健康必读,2021,000(14):110.
- [3]谢倩倩,张咏梅,宋凌霞,等.基于BCW理论的早期康复锻炼对老年全髋关节置换术后患者康复效果的影响[J].中国医药导报,2020,17(7):4.
- [4]邱晓妮,黄妙红,杜现芬,等.快速康复外科护理联合康复训练对人工全髋关节置换术患者预后的影响[J].中国医药科学,2021,11(1):3.
- [5]陈会清,周晨.早期康复护理对老年人工全髋关节置换术患者康复效果的影响和满意度观察[J].透析与人工器官,2021,32(4):3.
- [6]徐学玲,殷文会.基于快速康复理念下的针对性护理对老年髋关节置换术患者手术应激术后恢复及近期并发症的影响[J].山西医药杂志,2022,51(3):4.
- [7]李萌.三维维度护理结合康复训练对股骨颈骨折全髋关节置换术患者关节功能及预后影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(31):4.