

有积极的作用。路微波等^[8]认为运动对骨骼施加的力学负荷能够促进骨形成,抑制骨吸收,增加骨量,运动对长干骨的牵张和纵向挤压作用使得骨的微细结构也会发生改变,使骨小梁的排列更加合理,这也是决定骨量增加的又一关键。在骨关节损伤的治疗中,将康复治疗前移,并贯穿骨科治疗的全过程的观点已经成为国内外骨科专家的共识^[9]。

骨折是骨质疏松症患者最常见的临床表现之一,并常导致严重的后果。据报道,美国 45 岁以上人群中,70%的骨折可归因于骨质疏松症^[10],笔者认为对骨质疏松症的防治尤为重要,叶超群等^[11]对骨质疏松性骨折的危险因素及预测中,骨密度和骨转换占重要地位;骨结构在股骨颈骨折中起重要作用,使用糖皮质激素、继发性甲亢和糖尿病是独立的危险因素,性激素决定了骨结构的性别差异,同时以上因素常协同作用。对风险的预测可以预防其发生,因此,对具有发生骨质疏松性骨折的患者,应及早采取相应的措施进行干预、治疗。

本研究通过随机分组,对比研究发现:虽然两组均给予降钙素或维生素 D 和钙剂或雌激素治疗,但两组在术后恢复程度及 Harris 评分上差异有显著性,由此说明,早期康复干预在骨质疏松性骨折术后的重要性,对骨折术后的功能恢复起了重要的作用。

参考文献

- [1] Javadi K, Cooper C. Epidemiology of osteoporosis. Meeting Report from the IOF World Congress on Osteoporosis[C].2002,

Lisbon, Portugal.

- [2] 李毅中, 陈献南, 李炎川. 高龄老人股骨颈骨质疏松性骨折的治疗[J].中国骨质疏松杂志,2005,11(3):342—343.
- [3] 陆廷仁. 骨科康复学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2007.166—167.
- [4] 廖亮华, 江兴妹, 孙春汉. 早期与恢复期康复治疗对膝关节骨折术后功能恢复的对照研究 [J]. 中国康复医学杂志,2006,21(10):900.
- [5] 刘红光, 刘志英. 老年股骨转子间骨折 167 例术后康复治疗[J]. 中国临床康复,2004,8(8):1438.
- [6] 冯建国. 早期康复训练对老年股骨颈骨折加压螺纹钉术后髋关节功能及行走能力的影响:1 年随访 [J]. 中国临床康复,2005,9(18):82.
- [7] Brown JP, Josse RG. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada[J].Can Med Assoc J,2002,167:1 34.
- [8] 路微波, 胡永善, 吴毅, 等. 老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折围手术期运动疗法干预研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2007,22(7):612—614.
- [9] 白跃宏主编.现代骨科与康复(上辑)[M].上海:上海交通大学出版社,2005.13.
- [10] Joel A. Delisa 等.康复医学:理论与实践[M].第 3 版.西安:世界图书出版公司,2004.
- [11] 叶超群, 陈佑学, 纪树荣. 骨质疏松性骨折的危险因素及预测[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(7):660—662.

·短篇论著·

家庭护理干预对提高人工全髋关节置换术后患者功能训练效果和生存质量的影响

靳立中¹ 赵 栋¹ 张 杰¹

人工全髋关节置换术是近 20 年矫形外科发展进步非常快的领域之一,随着经济的发展、医疗技术和器械的不断完善,目前人工关节置换已成为一项比较可靠而成熟的技术。它具有解除疼痛、纠正畸形、恢复功能的效果。但仅仅依赖住院期间的治疗和护理是远远不够的,出院后的功能训练未引起足够的重视,影响了治疗效果,往往不能达到术前期待的手术疗效^[1]。武警医学院附属医院于 2004 年 1 月—2007 年 11 月共行人工全髋关节置换术 80 例,本研究对 40 例患者和家属同时进行健康教育,出院后由责任护士对患者和家属共同实施家庭护理干预,有效提高了功能训练效果,提高了患者生存质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2004 年 1 月—2007 年 11 月本院收治的人工全髋关节

置换患者 80 例,男 47 例,女 33 例;年龄 46—83 岁,平均 68.3 岁;其中股骨颈骨折 54 例,股骨头无菌坏死 18 例,其他病损 8 例;骨水泥固定 42 例,非骨水泥固定 38 例;住院时间最短 14d,最长 36d。术前髋关节功能 Harris 评分 15—38 分,平均 31.2 分。所有患者均为首次接受髋关节置换,无严重脑血管意外、肿瘤、精神异常等不能配合者。患者和家属生活在一起,能对患者的生活方式产生影响。所有患者入院后给予说明训练目的及意义,同意者列入本范围。将 80 例入选患者随机分为指导组 and 对照组,各 40 例。

1.2 方法

两组患者均接受常规的治疗和护理,指导组额外接受家庭护理干预。因此,配对选择指导组患者家属 40 名,其中男

1 武警医学院附属医院骨科,天津,300162

作者简介:靳立中,女,副主任护师

收稿日期:2008-08-03

12人,女28人;平均年龄50.2岁;与患者关系:配偶18名,子女14名,其他8名;文化程度:初中以上25名,初中以下15名。

1.2.1 干预方法:对照组患者接受常规出院指导,出院后3个月、6个月回院复查。指导组患者术后1—6个月由责任护士通过电话随访,门诊复查等形式对患者和家属进行功能训练指导每月1次,每次30—60min。

1.2.2 干预内容

1.2.2.1 介绍知识:向指导组患者和家属介绍疾病的一般知识、治疗特点、配合方法、锻炼方式及注意事项,以提高对髋关节置换的认知程度。

1.2.2.2 心理疏导:在康复过程中,患者体会到锻炼的艰苦,会出现各种心理变化和情绪反应,会出现信心不足、意志消沉、焦虑急躁甚至悲观失望等消极心理,及时对家属进行讲解心理情绪对患者术后的影响,并对家属进行心理疏导,减少家属的应激、焦虑情绪,让他们给予患者关心、理解和支持。

1.2.2.3 康复功能训练:强调家属指导和监督患者坚持康复功能训练,具体如下:①肌肉和关节活动训练及负重指导:术后4—6周内指导以床上躺、站、走为主,坐的时间尽量缩短,4—6次/d,20—30min/次,锻炼以股四头肌等长收缩运动、踝关节主动屈伸运动、主动臀肌收缩运动及站立或行走练习为主,2—3次/d,15—20min/次。术后6—8周开始进行直腿抬高运动、侧卧、俯卧腿抬高运动及屈髋关节、伸髋关节、髋关节外展、屈髋屈膝下蹲(屈髋不应超过90°),单腿平衡站立练习,每天行走3次或4次,每次5min—10min,以后逐渐延长至20min—30min,患肢可逐渐负重^[2]。②日常活动指导:睡姿:选用硬板床,床稍高于小腿长度,嘱患者采取仰卧位,睡眠时保持双腿间放一枕头,患肢保持外展,防止患肢内收,禁忌两腿交叉。4周内禁止侧卧位,4周以后允许向健侧侧卧,但两腿间需放置软枕,以保持下肢外展位,3个月后方可患侧卧位^[3]。坐姿:术后一般不宜久坐,否则容易使髋关节疲劳,髋关节屈曲畸形也得不到很好的矫正。避免坐矮椅子或矮沙发,严禁极度前屈前倾身体或交叉双腿^[4]。自行上下床:将助行器放在健侧腿旁,屈健腿伸患腿,向床边移动身体,将健腿移到床下,防止手术髋外旋,健肢在前,患肢在后,双手扶助行器,利用双手和健肢的支撑力挺髋站起。上床按相反顺序进行。排泄:患者卧床期间使用便盆时将臀部上抬足够高度,以保证稳妥,尤其是肥胖者,避免患肢的外旋和内收动作^[5]。卧位时可将床位臀部凿洞,下接便盆。下地行走后可采用高于小腿高度20cm的坐便器,并在坐便器两侧加上扶手,严禁蹲位,小便时可使用男式或女士尿壶。穿衣:穿裤子时先患侧后健侧、穿袜时伸髋屈膝下进行、穿鞋选无需系鞋带的鞋,鞋底宜用软胶,不穿高跟鞋或鞋底过滑的拖鞋。其他:术后6周—8周避免性生活,性生活时要防止术侧下肢极度外展^[6]。从床上下地或从车里出来时应双膝并拢,上、下楼梯时健肢先行,以减少患肢负重^[7]。日常活动可视自己的身体情况选择散步、骑车等。爬楼梯、跑步有损于人工关节,建议不做或少做。

1.3 评价标准

效果评定观察对比两组并发症及术后功能康复情况。并发症的观察从术后至复查。采用Harris评价标准^[8]对术后功能进行评价,内容包括:日常活动能力和步态占47分,疼痛占44分,关节活动占5分,关节无畸形占4分,共100分;90—100分为优,80—89分为良,70—79分为中,低于70分为差。根据复查的髋关节正侧位片结果及体检情况,提出下一步的康复计划,复诊时间为术后3个月及术后6个月,以后每年复诊1次,平时遇有特殊情况应及时到医院复诊^[9]。

1.4 统计学分析

采用SPSS 10.0统计软件进行统计处理。 $P<0.05$ 差异有显著性。

2 结果与讨论

所研究的80例患者中,分为指导组40例,对照组40例,在出院时、出院3个月后及出院6个月,采用Harris评分进行比较,见表1。出院时,两组患者Harris评分无显著性差异,术后3个月及6个月时,两组患者Harris评分存在显著性差异,指导组功能恢复明显好于对照组。

表1 两组患者Harris评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	出院时	术后3个月	术后6个月
指导组	40	57.81±3.65	81.46±7.12	91.23±7.74
对照组	40	58.21±4.96	72.59±8.63	80.51±8.42
P值		>0.05	<0.05	<0.05

随着社会老龄化发展和人民生活水平的提高,人工全髋关节置换术患者越来越多。术后康复不仅与疾病本身和手术操作技术有关,还与患者的信心、精神状态及对康复治疗配合程度密切相关^[10]。因此在帮助患者维持良好情绪的基础上,要对患者家属讲解疾病的相关知识,使家属了解患者的心理问题和抑郁、焦虑的原因,从而得到患者家属对患者的理解和配合,保持患者在家庭中的价值,提高患者的生存质量。因此对人工全髋关节术后患者和家属实行家庭护理干预具有重要意义。

人工全髋关节置换术后患者,如术后无特殊情况,一般术后2—3周就可以出院回家休养。而术后肢体功能恢复却需要较长时间,一般为6个月。因此患者家中的功能训练尤为重要^[11]。通过院外功能训练指导,可为患者及家属提供心理支持,消除患者出院后因信息中断导致康复过程的盲目状态。临床护理发现,患者康复意识淡薄、依赖性强、主动性差,通过对患者和家属同时进行指导,使患者在家属的指导和监督下能坚持进行锻炼。通过训练改善关节活动范围,增强肌力,提高手术治疗效果和患者生存质量^[12]。

指导组患者术后1—6个月由责任护士每月通过电话随访、门诊复查等形式对患者的心理和机体功能的恢复进行评估,根据患者年龄、体质、文化程度、术后时间、康复程度不同对患者和家属进行个体化家庭功能训练指导。对照组未进行院外功能锻炼指导。术后3个月、6个月对照两组患者的髋关节功能评分显示,指导组患者的髋关节功能恢复明显优于对照组。尤其术后3个月内,在穿袜子、裤子、行走时辅助、行走距离、上下楼梯方面明显强于对照组。结果说明对髋关节术后患者进行家庭护理干预比不进行护理干预髋关节功能恢复效果好。

参考文献

- [1] 李自强, 苏佳灿, 张春才. 人工全髋关节置换术后早期康复训练及功能评价[J]. 中国临床康复, 2004, 8(17): 3238—3239.
- [2] 方汉萍, 汪晖, 杜杏利. 三度空间护理模型在髋关节置换术后康复护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2003, 18(7): 495—496.
- [3] 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): 50—52.
- [4] 宋玉莹, 刘清华, 李玉华. 全髋关节置换术后病人早期康复训练效果观察[J]. 护理学杂志, 2004, 19(6): 15—16.
- [5] 金丽霞, 周望京. 全髋关节置换术病人术后防脱位护理及康复指导[J]. 天津护理, 2004, 12(3): 177—178.
- [6] 朱红英. 人工关节置换术后的康复及护理 84 例[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(1): 17.
- [7] 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.
- [8] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures; treatment by mold arthroplasty. an end-result study using a new method of result evaluation [J]. J Bone Joint Surg Am, 1969, 51(4): 737—755.
- [9] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京: 科学出版社, 1998: 182.
- [10] 吴永德, 陈文斌, 曾伟涛. 髋关节置换术后康复治疗体会[J]. 临床护理杂志, 2001, 2: 251—252.
- [11] 曲凤娥, 赵宪华, 杨中珍. 骨科卧床患者易发生的几种畸形及其预防[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(18): 1818—1819.
- [12] 张桂华, 孙美华, 邵顺秀, 等. 人工全髋关节置换术后家庭康复指导[J]. 中国矫形外科杂志, 2004, 12(19): 1513.

· 短篇论著 ·

早期康复治疗对老年脑卒中患者功能恢复的疗效观察

勾丽洁¹ 刘旭东¹ 柴叶红¹ 朱振丽¹ 李艳双¹

随着经济的发展和人们生活水平的提高, 伴随而来的是人口的平均寿命延长, 老年人的数量急剧增多。而老年人是脑卒中的易患人群。近年来, 随着医疗技术水平的提高, 脑卒中的死亡率逐渐下降, 但是生存下来的患者多留有不同程度的残疾, 严重影响患者的生存质量^[1]。因此, 脑卒中的康复治疗日益受到重视。本研究通过对不同时期的老年脑卒中患者康复疗效的比较, 探讨康复治疗的早期介入对老年脑卒中患者功能恢复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2004 年 1 月—2007 年 1 月间在我院住院接受治疗的脑卒中患者。纳入标准: ①符合 1995 年全国第四次脑血管病学术会议制定的脑血管病的诊断标准^[2]。②有 CT 或 MRI 的影像学诊断。③年龄 ≥ 60 岁。④入院前未接受过系统康复训练。⑤发病至开始接受康复治疗的时间在 2 周内和 3 个月以上者。排除标准: ①既往有脑器质性病变。②有严重认知障碍与失语。③入院前曾接受过正规康复治疗。④入院后康复治疗不足 2 个月。

符合以上标准的患者 84 例, 根据开始接受康复治疗的时间进行分组, 发病后 2 周内开始康复介入者纳入治疗组, 共 36 例; 病程超过 3 个月开始康复治疗者纳入对照组, 共 48 例。两组病例的年龄、性别、病变性质、病变部位比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性 (表 1)。

1.2 治疗方法

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别 (例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病变性质 (例)		病变部位 (例)	
		男	女		出血	梗死	左半球	右半球
治疗组	36	22	14	66 ± 5	10	26	20	16
对照组	48	28	20	68 ± 6	14	34	26	22

康复治疗为期 2 个月, 在常规内科基本治疗的前提下, 根据患者不同临床阶段采用不同的康复训练方法^[3], 1 次/d, 同时配合心理治疗、针灸治疗及其他物理因子治疗。

1.2.1 神经肌肉促进技术: 以 Bobath 方法为主, 综合 Rood、PNF、Brunnstrom 等技术^[4]。训练内容包括: 良肢位的摆放, 坐位训练, 垫上活动, 床与轮椅之间的转移, 患侧下肢负重的立位练习, 患侧下肢负重时的选择性活动, 坐位和立位的平衡反应再练习, 步行功能再练习等。治疗时间每次 40min—1h, 每日 1 次。由物理治疗师给患者进行一对一的训练。

1.2.2 作业治疗: 根据患者的功能障碍情况, 从日常生活、工作或生产劳动中针对性地选择一些作业活动, 对患者进行训练, 以恢复其独立生活能力, 如磨砂板、拼图、木钉作业、编织作业等。作业治疗师在康复护士及患者家属的配合下对患者进行日常生活活动能力的训练, 如穿脱衣服、个人修饰、独立进食、淋浴、用厕等。每次 40min—1h, 每日 1 次。

1.2.3 理疗: 应用感应电、中频脉冲电刺激患侧上肢伸肌, 下肢屈肌, 以对抗上肢屈肌、下肢伸肌痉挛; 足下垂的患者, 用感应电刺激胫前肌, 以产生踝背伸动作; 伴有脊柱或关节退行性疾患引起疼痛影响康复训练者采用中药熏洗、磁疗、中低频电疗进行治疗。每次 20min, 每日 1—2 次。

1.2.4 针刺治疗: 以手阳明大肠经, 足阳明胃经, 足少阴肾经为主, 针刺曲池、合谷、足三里、外关等穴, 根据患者具体情况加减, 可配合电针, 每次 20min, 每日 1 次。

1.2.5 心理治疗: 康复医师针对患者的病情进行心理治疗。包括主动与患者沟通, 有针对性的与其交流, 减轻心理负担,

1 承德医学院附属医院康复科, 河北承德, 067000

作者简介: 勾丽洁, 女, 硕士, 副主任医师

收稿日期: 2008-05-13