

人工肩關節置換病人的護理

楊勤熒

〈北醫附設醫院外科護理長〉

前言

全關節置換術是近二十年來骨科手術領域中最重大的躍進，而在上肢置換術和肩部手術中，又以肩關節置換術為主導。至於國內何時引進人工肩關節置換術，筆者未曾考證，但依筆者在北醫外科病房服務的經驗中，近三、四年才開始有個案接受全肩人工關節置換術。唯因中文書籍、雜誌甚少提及此種手術的護理與復健，故綜合幾本原文骨科護理書籍與文章的資料編譯此文，以供護理人員參考與臨床應用。

手術前護理

I 肩部的評估：視診和比較病人兩側肩膀和前肩帶，注意骨突和肌肉不對稱、腫脹、腫塊、畸形、肌肉萎縮、脫臼和疤痕。視診和比較兩邊鎖骨是否排列對稱。視診肩胛骨和背部相關肌肉。視診三角肌有無萎縮、肱骨大粗隆有無隆突及肌肉中有無凹陷，若有凹陷顯示肱骨頭有移位。觀察病人肩部移動的節律，正常的肩部活動是很輕易而順暢的。觸診肩部以決定骨頭的界限並注意在關節周圍有無壓痛、柔韌或捻髮音。最後請病人實行肩部的主動活動，詳見圖一與表一。

II 病人衛教：主治醫師與病人會談，說明手術的過程，並讓病人了解，其必須與醫護人員完全合作，尤其是在術前常規的準備與術後復健運動的執行，此關係著術後肩關節功能的恢復。此外要教導病人練習各項肌肉運動，活動及避免術後合併症的各種預防措施。還要給予病人心理支持，鼓勵其提出問題，表達自我感受及對術後患肩功能的期望。至

於其他手術前護理活動與一般手術同。

III 身體的準備：病人須接受一系列肩部 X 光照像，包括肩部的前後像（A-P View）、腋下的側面像（Lateral View）和 Grashey View 此像可照到打開的肩肱關節，使醫師能看到關節面的厚度和完整性。此外還要有心電圖、胸部 X 光片和檢驗室的報告，包括尿液、全部血球計數（CBC）、血型，紅血球沉降率（ESR）和生化檢查。有些醫師主張要自體備血 250cc，雖有備血，但術中失血通常約只有 400cc，故很少需要輸血。

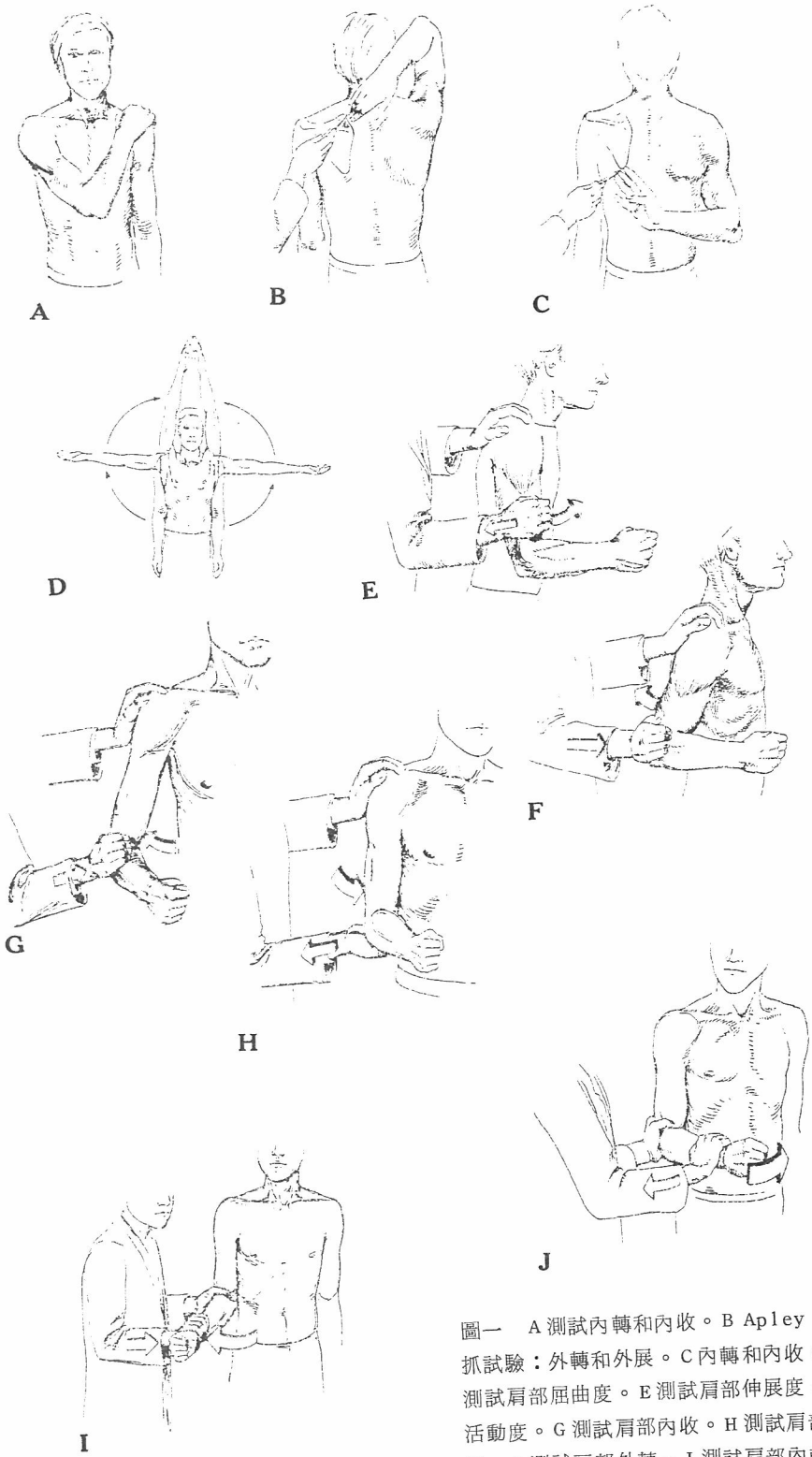
手術前即開始給予口服抗生素，於手術前晚午夜才停止。

皮膚的準備如下：1. 手術日前二天晚上，用消毒藥水刷患肩十分鐘。2. 手術日前一天早上，刷第二次。3. 手術日前一天晚上剃毛，剃毛後淋浴淋浴後刷第三次（或暫不剃毛直接淋浴後刷第三次）。4. 手術日早上淋浴後刷第四次（或於手術日早上才剃毛，剃毛後淋浴，淋浴後刷第四次）。

手術後護理過程

I 評估

評估人工肩關節置換術後病人的第一步驟，是評估使用三角巾或繃帶之患手的神經血管狀態。確定病人在舒適的臥位，三角巾和繃帶適當的支托著手臂，且肩膀沒有受到牽拉。病人傷口若有引流管，要檢視引流量和顏色，並觀察傷口敷料有無滲液。此外還要檢視呼吸的深度、速率與節律及判斷疼痛的部位



圖一 A 測試內轉和內收。B Apley 輕抓試驗：外轉和外展。C 內轉和內收。D 測試肩部屈曲度。E 測試肩部伸展度。F 活動度。G 測試肩部內收。H 測試肩部外展。I 測試肩部外轉。J 測試肩部內轉。

肩部的正常活動度	給予病人的指引	測試肌肉強度
前屈曲 (Forward flexion) : 180 度	「請將你的雙手往前往上舉。」	在近肘部之上臂前方施予阻力。
後伸展 (Backward extension) : 50 ~ 60 度	「請將你的雙手往下往後伸；雙手在背後相握。」	在近肘部之上臂後方施予阻力。
外展 (Abduction) : 120 度	「請將你的手伸直抬離身體。」	在近肘部之上臂側面施予阻力。
水平內收 (Horizontal adduction) : 45 度	「請將你的手伸直越過胸部。」	在近肘部之上臂中央施予阻力。
水平外展 (Horizontal abduction) : 180 度	「請將你的手向前伸直與肩齊高，然後盡量往背後移動」	在近肘部之上臂後方施予阻力。
內轉 (Internal rotation)	「旋轉肩膀向內，上臂往後移動，掌面朝上，指頭指向天花板。」	在腕部掌面施予阻力。
外轉 (External rotation)	「旋轉肩膀向外，掌面朝下，且將上臂往上抬。」	在腕部背面施予阻力。

表一 肩部活動範圍的評估

、種類與程度。

II 護理診斷和護理目標

人工肩關節置換術後的病人一般會出現的護理診斷有：1.由於手術造成骨頭和軟組織創傷引起的舒適情形改變。2.由於關節穩定度缺乏和肌肉強度減低引起的活動改變。3.由於手術過程和手臂活動降低引起的潛在性合併症。4.由於焦慮和對手術過程及復健過程知識缺乏引起的精神改變。

短程目標是讓病人經驗到1.疼痛減輕。2.經由運動來增加關節活動度。3.沒有出現因手術和活動減少所致的合併症。4.應用增加知識來減輕焦慮。長程的目標是使病人疼痛消失且肩關節可達到完全的功能。

III 護理措施

減輕疼痛

人工肩關節置換術後幾天，病人會因手臂的固定不動而引起疼痛，要檢視病人的肩部是否在適當的位置，且肩部要避免壓迫。平躺時肩下要放一枕頭，以維持肩部適當的排列；在傷口附近用冰敷以減輕腫脹和不適。

對於疼痛問題較特殊者，可於護理處置後給予止痛劑，千萬不要在病人要求止痛劑時才給予，應在疼痛變嚴重前之評估時或疼痛間歇期時給予止痛劑；若病人開始進行復健運動了，則必須在運動前先給予止痛劑。

增加活動

1.姿勢——人工肩關節置換術後的護理措施是基於維持患手在適當的姿勢，以減輕疼痛、促進癒合和預防合併症。三角巾或繃帶是用來加強患手的固定不動，但若在人工肩關節置換術中旋轉肌肉群的肌腱需要重建時，則要使用肱骨內收石膏夾板或人字形石膏筒來固定。在運動時三角巾或繃帶可除去，但其他時間均需使用三角巾支托患手

床頭抬高以促進舒適，患者通常

採平躺並可翻向健側，但翻身時患手要記得使用枕頭支托。

- 2.運動——鼓勵病人於手術當日運動其所有腿肌的關節，患手之指頭與姆指的活動也可在術後立即執行。術後四到五天以後，可在督導下從溫和的被動運動做起，漸進到主動運動，也可使用肩關節持續性被動性關節活動機（C.P.M）來協助患手的活動。由於術中所使用的肩關節植入物種類不同及手術方式之差異，發展出各種不同的復健運動進度表，護理師必須與外科醫師、復健師共同商討，再依病人對疼痛的忍受度，給予病人明確易行的復健運動指引。
- 3.離床——離床要盡早開始，首先病人要在協助下離床，適應站立後的平衡，然後在原地踏步，以調整因三角巾固定帶來之身體重心改變。協助扶持病人時，不可扶住其患側上臂或肩膀，此外也需要教導病人如何坐入輪椅與離開輪椅。

預防合併症

置換術最常出現的合併症是置換物鬆動、折彎、折斷或脫臼。骨折通常發生在置換物周圍的骨頭。此外病人也許對置換物或骨泥有不良反應，致於其他的合併症就像其他手術後的合併症如感染、出血、血栓及對麻醉、輸血或藥物的不良反應。

常規的給予抗生素可減低術後的感染，先由靜脈注射給予五天，再改為口服。呼吸道的感染是由於病人害怕疼痛而不敢深呼吸及有效咳嗽所致，要不斷鼓勵病人做有效咳嗽與深呼吸來預防，且要強調其重要性。

病人傷口部位會用密閉式陰壓抽吸引流裝置（如 Hemovac），若引流液在第二個十二小時超過 100 cc 要通知醫師，通常引流管在四十八小時後拔除，也有醫師主張引流液少於 30 至 50 cc 時才拔除。至於降低血栓形成的危險性

，可使用抗凝劑療法（例如：aspirin 650mg一天給四次）來達成。

雖然肱骨比股骨及脛骨小，但仍有發生脂肪栓塞的可能，因其有鑽入肱骨骨髓之故，所以護士要警覺到胸痛、呼吸短促、意識混亂或其他脂肪栓塞的徵象。

病人衛教

教導病人及家屬認識感染和神經血管障礙的早期徵象與症狀。不要忽略鼓勵和評價病人運動進度的需要，任何運動進度表都是緩慢而有計劃的，仔細的記錄，用表格來考證病人的成果，用此成果來鼓勵病人及設定實際可達到的目標。有些病人會覺得運動很無趣、浪費時間且造成疼痛，可與病人一起擬訂個別計劃，以幫助其運動，例如建議在聽收音機或看電視時配合著音樂做運動。也可協助其在初期減輕疼痛，建議在淋浴、熱敷或服用止痛劑後才做運動。記住，病人為了恢復最大的肩關節活動功能，其必須嚴格執行復健運動達一年以上，因此如何使病人能持續且自發的做復健運動是件很重要的事，此外還要協助病人及家屬解決其在日常生活活動上的潛在問題。

IV 評價與再評估

病人肩部功能的恢復取決於其了解 and 完成所需要的運動。而手術部位的疼痛隨時會隨著時間而減輕，但在運動後仍會有些疼痛存在。最後，病人必須沒有術後合併症及活動減低的情形發生，才算完美。

感想

病人經由醫療團隊的合作，使其能快樂而健康的踏出醫院，是護理人員最感欣慰的事；然而一位全肩人工關節術後的病人，回家後是否能持續做復健運動的練習，却又是外科護士所憂心的事……。回想起：護士們曾經陪著病人經歷手術前中後的苦痛——分享他的沮喪、焦慮、無奈與一切不適的主訴，並摯誠而溫柔的鼓勵病

人接受事實與健康行為……等。深印腦中 的是，當他因運動毫無進展抱頭痛哭時，安慰他，為他拭去淚水的還是護士。試問護士能做的，在醫療團隊中有誰能替代？然護士們在付出這麼多後，他人對其的回報却是那麼的不可期！……儘管如此，我並不後悔選擇了護理，只是何其不幸身在現在的情勢中。我們深切期望醫療團隊的人員從上到下，能更了解護理工作的真實面，給護士們應有的權利與尊重。

在泣血後，仍要深深感謝骨科謝醫師，在極端壓力下與百忙中，熬過幾個夜晚為前文捉刀；更感動的是，他的一句話，我們談話中，我提及「北醫護聲」名不見經傳，他說：「沒有一本雜誌在一開始就有名的。」這句話使我對「北醫護聲」又燃起了希望，希望在北醫人的灌溉下，有一天它會成為醫護界名見經傳的雜誌。總之，人生有許多值得去嚐試去努力。最後我仍忍不住想問——回過頭去看看生命一面面不同的鏡子，親愛的上帝，找回原來的笑容到底難不難？……

參考資料

1. Farrel, Jane : Illustrated Guide to Orthopedic Nursing . 2nd ed. philadelphia, Pennsy lvania : J.B. Lippincott Co P.271, 332-333. 1977
2. Joan Luckmann and karen Creason Sorensen : Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. philadelphia : W.B. Saunders Co. p.1677-1680. 1981.
3. Schoen, Delores Christina Hammon : The Nursing Process in Orthopaedics 4th ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts Co. p. 34-36, 537-544. 1986.
4. Mary Ann Cusack and Donald C. Ferlic : Shoulder Arthroplasty Implications for Nursing Care. AORN Journal VOL.44, No2. 86 : 198-199, August 1986.

評估	護理診斷	護理目標	護理措施	評價與再評估
1. (1) 評估疼痛的部位，持續時間和程度。 (2) 檢視有無部位腫脹 (3) 評估神經血管狀態	舒適情形改變：肩部疼痛 手術致使骨與軟組織創傷	短程目標：採取相關措施減輕疼痛 長程目標：疼痛消失	減輕疼痛 (1) 確定患手在適當的位置 (2) 教導手指頭的活動 (3) 討論鬆弛的方法 (4) 給予止痛藥物。	病人經過護理處置與藥物後可減輕疼痛。
2. (1) 評估神經血管狀態 (2) 評估各健肢關節的主動活動度。 (3) 評估患手運動的能力。 (4) 檢視各部位是否有腫脹。 (5) 檢視在無人協助下，是否有安全離床的能力。	身體活動障礙： 因肩關節不穩定致使肩及臂功能減低	短程目標：經由支托和控制運動增加活動度。 長程目標：盡可能恢復患手的多項功能。	增加活動姿勢： (1) 患手使用三角巾和繃帶支托在適當的位置 (2) 抬高床頭以促進舒適。 (3) 平躺或翻向健側時，患手用枕頭支托。 運動： (1) 教導患側手指頭做溫和的活動及健肢及各關節做主動的運動。 (2) 術後第四或第五天後，患手做溫和的被動前屈和外轉的運動。 (3) 其他運動依復健進度表進行。 離床：協助病人下床、坐輪椅和離床活動。	(1) 病人可在無人督導下進行復健運動。 (2) 在運動後只有輕微的疼痛。
3. (1) 評估神經血管狀態 (2) 評估呼吸狀態 (1) 檢視各部位有無發紅、腫脹或其他感染的徵象	潛在性損傷： 因軟組織腫脹致使神經血管功能缺損 潛在性損傷：感染 手術切口和皮膚完整性受損致使感染	短程和長程目標：沒有任何神經血管功能缺損 短程和長程目標：沒有任何感染徵象出現。	預防合併症循環： (1) 報告異常的神經血管狀態。 (2) 教導復健運動。 (3) 給予抗凝劑。 (1) 保持敷料清潔和乾燥 (2) 避免骨突處受壓 (3) 教導病人認識感染的徵象和症狀。	病人沒有任何手術或制動後的合併症發生。
4. (1) 評估病人對復健過程、自我照顧和預後的知識程度。	潛在性對復健過程、自我照顧和預後的知識不足	短程和長程目標：經由增加知識來降低焦慮。	病人衛教 (1) 討論復健過程的步驟 (2) 解釋每一個運動，並告知復健運動練習必須持續做一年以上的理由。 (3) 記錄運動的進展。 (4) 討論可伴隨音樂做運動的方式。 (5) 讓家屬一起與病人做運動。 (6) 討論執行日常生活活動和更衣的方法。	病人須用言語表達了解復健過程、自我照顧活動和預後。