

一位全髖關節置換術個案之 手術全期護理經驗

楊程驛、謝春金*

中文摘要

本文主描述一位因退化性關節炎行全髖關節置換術個案之手術全期護理經驗。於2014年11月3日至11月11日，利用術前病房訪視、手術期間直接照護，及術後病房探視，並運用觀察、會談、身體評估及病歷查閱等收集資料，以手術全期照護模式為指引進行整體性評估，歸納出個案有焦慮、潛在危險性傷害、疼痛及身體活動功能障礙等健康問題。運用術前訪視的陪伴及擬訂個別性護理計畫，以手術相關資訊增進信心並減低其焦慮；手術全程密切監控，避免手術傷害之發生；藉由藥物、調整呼吸及轉移注意力以緩解疼痛。術後則教導下肢全關節運動，並在其出院時，提供住家附近可運用的社會資源，協助返家後居家照護，使個案早日恢復原有的生活。期望藉此個案的護理經驗，提供護理人員日後臨床照護之參考。(志為護理，2017; 16:5, 104-113)

關鍵詞：退化性關節炎、全髖關節置換術、手術全期護理

前言

退化性關節炎是一種因軟骨耗損而造成的關節退化性疾病(張、張、簡，2012)。根據衛生福利部(2011)統計資料顯示，接受髖關節置換術的病人，由2005年30,557人增加至2009年38,837人，可知執行髖關節置換術的病人越來越多。相關研究指出，當病人決定接受手

術治療時，約11-80%的病人有術前焦慮情形，骨科病人的術前焦慮屬中等焦慮程度，且於等待期間焦慮會達到最高點(朱、曾，2011)。術後為了預防關節脫臼，肢體活動須被限制，更需面臨一段適應期(袁、林，2013)。因此，透過手術全期護理，針對病人在手術前、中、後期之健康問題和需求，提供專業及整體之持續性護理是迫切需要的。

長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院手術室護理師、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院手術室護理長*

接受刊載：2016年12月9日

通訊作者地址：謝春金 基隆市安樂區麥金路222號

電話：886-2-2431-3131 轉2739 電子信箱：chunchin@adm.cgmh.org.tw

本個案是一位65歲女士擬進行髖關節置換手術，於手術前訪視時，對於陌生環境感到極度焦慮不安，害怕手術的成功與否影響日常生活，恐造成家人負擔，故引發筆者探討之動機。期望提供完整的手術全期護理，協助早日恢復日常生活功能。

文獻查證

一、退化性關節炎之相關概述

退化性關節炎是關節內軟骨的病變，危險因子有老化、基因、女性、外傷及肥胖等。好發在負重關節，膝、髖、脊椎及手皆為好發位置(張等，2012)。全髖關節置換術是將有病變或損傷的髖臼及股骨頭取出，並利用人工彌補物加以置換及取代的一種骨科手術，手術的目的在解除疼痛、增加關節的活動範圍，使其恢復正常功能(袁、林，2013)。

二、全髖關節置換術之手術全期護理

手術全期護理是以病人為中心，經由護理過程提供個案手術前、中及後期處理，護理活動從手術中擴展至術前及術後衛教、協談、評估、計畫及評值。筆者根據文獻整理出全髖關節置換術之手術全期護理重點如下：

(一)全髖關節置換術之術前護理

指病人決定接受手術到送入手術室這段期間(任，2012)。此期著重於手術病人及家屬身、心及社會的需求，以降低手術的危險(伍、吳、張、劉，2008)。研究指出骨科手術病人的術前焦慮程度越高對麻醉藥品的需求量也會增加，進而會影響手術後身體功能恢復，甚至延長住院天數(朱、曾，2011)。焦慮是種

抽象而難以具體形容的感覺，可透過實證性焦慮量表評估個人內心的焦慮感受(徐、陳，2008)；情境-特質焦慮量表之分數越高表示焦慮程度越高，20-39分為輕度焦慮，40-59分為中度焦慮，60-80分為重度焦慮(鍾、龍，1984)。

戈、洪、林(2009)研究老年病人關節置換術前之護理指導需求，其需求包括：麻醉方式、傷口疼痛處置方法、手術過程及手術後身上會插哪些管子。由於接受人工關節置換的病人主要為老年人，其護理措施應包括提供手術前後訊息，適時給予必要的關懷與支持，以模型輔助說明，介紹成功的案例，另外多媒體影音學習光碟及衛教手冊，可增進手術意願及信心，能增進學習效果，相對緩解術前焦慮，另外執行護理指導時應考慮老年人的生理特性，護理指導單張可用較大字體配合圖示，採取強烈對比顏色，說話速度減慢、音調降低、予足夠的時間，注意環境安全、光線充足，教導完畢可要求回覆示教以評估其了解程度(張、康，2011；Soever et al., 2010)。故手術室人員應於此期增強術前訪視，提供合適的照護，方能改善焦慮及減少手術合併症之發生。

(二)全髖關節置換術之術中護理

泛指病人在手術臺接受麻醉開始到完成手術送至麻醉恢復室或病房期間(任，2012)。此期護理重點包含：1.提供麻醉前情緒照護；2.嚴格執行無菌技術以預防潛在性傷口感染及皮膚完整性的維持；3.手術安全維護、體溫的控制、預防潛在性傷害的發生等，如：臥位擺放、使用手術電刀、敷料、器械而出現

病人皮膚、神經血管、肌肉功能受損、異物存留等，將潛在的危險降至最低，並監測病人生命徵象(伍等，2008)。如果手術時間超過2.5到3小時，病人壓瘡情形便會增加(施、羅，2011)。全髖關節置換手術多採全身麻醉進行，導致知覺受限及固定之手術臥位，故需要定期評估皮膚完整性，進而預防壓瘡形成與降低傷害(任，2012)。

(三)全髖關節置換術之術後護理

泛指病人手術後進入恢復室、病房或其他單位至完全恢復期間的醫療照護需求(任，2012)。病人送至恢復室後，手術室護理人員應告知患者其術後傷口及管路情形，並評估病人意識狀態與維持正常生命徵象(伍等，2008)。髖關節置換術需三個月的復健及半年的活動限制，若手術後在肌肉及組織尚未恢復前，使髖關節屈曲大於90度或內收、外旋都會造成髖關節脫位(張等，2012)。

人工髖關節術後復健的目的是訓練肌力及關節活動度，病人術後1-2日可以下床走路及上下樓梯，不須刻意復健治療(林，2014)。此期護理重點包括：1.需及早於術前、術後開始教導患者全關節運動，鼓勵術後3-4天即早下床能避免直立性低血壓；2.提醒術後姿勢禁忌等事宜，如：髖關節屈曲超過90度(避免彎腰從地上撿東西)、髖關節外旋(避免盤坐)、髖關節內收、內旋(不可翹腳及雙腿交叉)；3.病人屬壓瘡之高危險群則要避免腳跟受壓；4.每日固定時間訓練下肢肌肉等長收縮，以漸進式方式持續進行復健運動；5.合適的姿勢包括(1)撿取地面物品，先彎健肢膝蓋再將患肢伸

直於後面；(2)睡前將被子鋪好再上床睡覺；(3)坐高椅子且坐下時保持患肢往前伸、上身靠向椅背；(4)洗澡時採用淋浴；6.提供居家照護資源，且要觀察及處理病人因擺位與移動困難，所引起的心理、社會、靈性的問題(袁、林，2013；陳等，2008)。

關節手術後患者會經歷輕度到中度疼痛，疼痛感覺以「陣陣的抽痛」最為常見，故疼痛問題亦需每日監測，評估方式以數字等級量表最常被使用，除依醫囑提供止痛藥物注射，並傾聽及鼓勵個案說出疼痛的感覺、協助調整舒適臥位、教導放鬆技巧，並搭配每4小時冷敷20分鐘，亦能有效降低病人術後之疼痛問題(陳，2012)。

護理過程

一、個案簡介

徐女士，65歲，小學畢業，以臺語溝通，篤信道教，3年前喪偶，育有一男兩女，與小女兒同住。家中主要決策者與住院期間照顧者為小女兒。經濟來源為子女及本身積蓄，住院期間個案子女會前來探視，家人互動關係密切。

二、過去病史及求醫過程

個案無遺傳及其他病史，於2013年開始感到右髖部行走疼痛，醫師診斷為退化性髖關節炎，建議開刀治療。個案因害怕手術後的照顧問題，擔心會造成子女的負擔，此期間皆服用止痛藥來緩解疼痛。2014年10月因行走時右髖部疼痛越來越嚴重，且走路有跛行的情形，影響日常生活而再度求診，經門診安排於11月3日入院，11月4日接受全髖關節置

換手術治療，11月7日移除其傷口引流管，11月8日下床練習使用助行器於病室內行走，11月11日病情穩定出院，門診續追蹤治療。

三、護理評估

筆者為手術室護理師，自2014年11月3日至11月11日執行照護，期間藉由術前訪視、術中照護、術後探訪、運用觀察、會談及查閱病歷等方式收集資料，另於個案出院後持續電訪追蹤復健狀況，依手術前中後三階段進行整體性評估，資料整理如下：

(一)手術前期護理評估

個案意識清楚，身高152公分，體重61公斤，BMI為26.4 kg/m²，屬於體重過重。全身皮膚完整、溫暖、無乾燥及脫水、水腫情形，無活動假牙，咀嚼、吞嚥功能正常，排便及排尿功能皆正常，無抽煙、喝酒習慣，飲食無特殊禁忌，無藥物及食物過敏史。手術前一般血液、生化檢查、心電圖、胸部X光及生理狀況評估皆正常範圍。

11月3日術前訪視過程中，個案提及右髖關節疼痛情況將近兩年，特別在上廁所蹲坐及爬樓梯時感覺特別疼痛，予10分數字等級量表(NRS)評估為8分。在為個案介紹手術過程時，個案表情嚴肅、眉頭深鎖、雙手緊握、眼神飄移不定，並望著案女語氣低弱的說：「第一次手術真的很煩惱手術結果，也不知道手術後腳還能不能動，而且很怕痛！」、「跟我一樣的病人多嗎？」、「多久才可以跟以前一樣走路？」、「會不會有什麼後遺症？」。情境-特質焦慮量表評估為55分(中度焦慮)。不時詢問鄰床

病友手術經驗，重複詢問手術過程的問題。經上述評估，顯示個案因初次接受手術，面對高危險性手術及未知結果，導致有「焦慮」的健康問題。

(二)手術中期護理評估

個案於11月4日入手術室行右側全髖關節置換手術。手術中採氣管內插管行全身麻醉，手術時間2小時30分，術中生命徵象嚴密監控，其體溫36.5-37°C、血壓120-150/75-90 mmHg，脈搏69-78次/分、呼吸12-16次/分，SpaO₂ 100%。術中器械90件、阻力線12×8紗布20片、縫針6針，術式採左側臥，術中使用電燒器止血，電流導電貼片黏貼於左小腿，左手靜脈導管給予生理食鹽水1,000 ml注射，術中失血量300cc，右髖部傷口約10-12公分，傷口縫合平整以紗布覆蓋及真空引流管留置。此期需密切注意因使用電燒器止血及長時間臥位，導致個案潛在性傷害(神經壓迫損傷及燒燙傷)。手術結束，於麻醉甦醒時移除氣管內管，雙腿間夾著A型枕避免關節內收，皮膚除手術傷口無其他因手術造成之損傷，身上留置傷口引流管、靜脈注射導管及尿管。經上述評估，個案有「潛在危險性傷害」的健康問題。

(三)手術後期護理評估

術後個案送往恢復室觀察一小時，意識清醒(表情痛苦、呻吟)，疼痛10分量表監測為7分，體溫35.6°C；心跳90次/分；血壓160/95mmHg；SpaO₂ 98%-100%，肌肉力量評估為雙上肢皆5分、右下肢3分、左下肢5分，皆對冷熱有感，皮膚顏色正常，個案身體顫抖的說：「好口渴，好想喝水、右腳好痛、

好冷喔！」。11月5日至病室訪視個案時，其臉部表情眉頭深鎖(疼痛指數7分)，並表示：「傷口好痛，不太敢隨意亂動，而且好難使力！」。血壓130/80 mmHg；心跳94次/分；呼吸17次/分。雙腿間仍夾著A型枕固定，肌肉力量評估右下肢3分，皮膚顏色正常，無發麻、乏力情形。11月8日第一次使用助行器行走，惟患肢活動明顯僵硬緩慢，經上述

評估，個案因行全髖關節置換手術，導致有「疼痛及身體活動功能障礙」的健康問題。

問題確立與護理計畫

綜合以上護理評估，統整並歸納出個案主要健康問題有：焦慮、潛在危險性傷害、疼痛及身體活動功能障礙。

(一)焦慮 / 面對高危險性手術及未知結果相關(2014年11月3日至11月4日)

主客觀資料	S1：11/3「第一次手術真的很煩惱手術結果，也不知道手術後腳還能不能動，而且很怕痛！」、「跟我一樣的病人多嗎？」、「多久才可以跟以前一樣走路？」、「會不會有什麼後遺症？」。 S2：11/3「入院前叫女兒陪我去媽祖廟祈求手術結果順利！」。 O1：11/3術前訪視，個案表情嚴肅、眉頭深鎖、雙手緊握、眼神飄移不定；語氣低弱，不時詢問鄰床病友手術經驗，重複詢問手術過程的問題；情境-特質焦慮量表評估為55分(中度焦慮)。 O2：11/4預行右髖關節置換手術。
護理目標	1.11/3個案可說出對手術擔憂之2項問題。 2.11/3個案可口頭表示害怕情緒及焦慮指數已降至40分以下。
護理措施	1.11/3向個案自我介紹，與其一家人建立良好的護病關係。 2.11/3傾聽並以非語言行為(輕拍其手背)讓個案知道，術中護理人員將一直陪在旁邊。 3.鼓勵其說出對手術的感受，並使用視覺焦慮量表評估焦慮程度。 4.解說手術前注意事項及準備過程，包括：(1)除藥物外需禁食8小時；(2)提供手術室環境相關圖片，並以DVD影片播放，介紹手術前的準備、環境、消毒與麻醉方式；(3)術後身上可能放置的引流管及如何預防手術後合併症。過程中讓其有發言機會並適時澄清疑慮。 5.11/3教導轉移注意力方法：(1)安排小女兒來院陪伴、鼓勵至交誼廳看電視。(2)教導深而慢的腹式呼吸法與肌肉放鬆練習：安排坐於病床上，先由鼻子吸氣並默念1至3秒鐘後暫停1秒鐘，再嘔嘴慢慢地吐氣；(3)數次後，搭配全身逐一部位肌肉收縮再放鬆的動作，每次肌肉收縮10-15秒，放鬆30-60秒，由額頭開始再漸進至臉部、嘴角、手與腳部肌肉，並從中感受肌肉放鬆的感覺。 6.與病房護師交班，採集中護理、降低室內音量，以獲得充分休息。 7.11/4親自迎接個案到手術室，並主動表達關切及評估其焦慮感受。 8.11/4個案執行任何處置均予說明，並告知手術時筆者均會全程陪伴，生命徵象也會持續監測，手術過程均會注意其安全。
評價	1.11/3個案能說出術前準備，包括：手術部位標示、午夜禁食、飾品的移除、手術同意書的完整等事項。 2.11/3術前訪視結束後提及：「謝謝你跟我說了那麼多手術的事，不然我什麼都不知道！」，自訴焦慮程度減輕至40分。 3.11/5手術後之病室探訪，主訴：「終於熬過去了！」、「掛個平安符，心裡安心多了！」。焦慮程度減輕至20分。

(二)潛在危險性傷害 / 手術過程須維持側臥姿勢與電燒器使用相關(2014年11月4日至11月4日)

主客觀資料	S：個案為全身麻醉，故無主觀資料。 O1：11/3術前皮膚完整，及各項血液報告正常。 O2：11/4行右側全髖關節置換手術，擺位為左側臥，手術時間約2小時30分；手術全程使用電燒器止血，縫線、紗布、器械計數。 O3：11/4術後身上留置傷口引流管、靜脈注射導管及尿管；手術傷口10-12公分無滲液。 O4：體溫36.5-37℃、血壓120-150/75-90 mmHg，脈搏69-78次/分、呼吸12-16次/分，SpaO2 100%。
護理目標	1.手術過程除傷口外，無出現其餘受損情形，包括皮膚完整及長時間臥位而造成之神經肌肉損傷。 2.手術過程沒有異物留存在傷口內，及手術過程未因使用電燒器而導致電燒傷。
護理措施	1.11/4保持床單之平整、乾燥無皺褶，並評估皮膚完整性，預防臥床過久產生壓瘡、傷口 2.維持手術室室溫20-24℃，濕度50-60%，以及預先檢查手術器械、用物、耗材、尖銳物無菌狀態及維持，正確計數無誤。 3.術前檢視電燒器系統及功率使其維持正常範圍內；術中確認電燒機運作正常，並與醫師設定適當功率，且需注意電燒線安全擺放位置。 4.協助手術臥位擺放，於左側身體壓力點(頭部、肘關節、膝部及足踝等骨突處)，給予保護軟墊，並每小時評估末梢血循。 5.將導電貼片緊密貼於個案的左小腿，防止因周邊縫隙和空氣造成電燒傷，術後輕柔移除導電貼片，防止表皮損傷。 6.手術中嚴格管制人員進出，全程依照無菌原則執行技術。 7.手術全程監測個案生命徵象及體溫變化加強保暖。 8.麻醉、手術準備及劃刀前，巡迴、刷手護理師、麻醉技術師與手術醫師需再三確認個案資料、手術部位及手術方式正確。 9.手術中使用之無菌物品，皆需檢視其包裝、封口、有效期限及滅菌是否完整。全程嚴格執行無菌技術及敷料、器械和尖銳物品之計數。 10.於下刀前與巡迴護理師雙重確認器械、阻力紗布、縫針、刀片數量，並於縫合肌肉前後及關閉皮膚傷口前再次核對總數。 11.手術過程避免器械壓迫於個案身體的任何部位。 12.身上留置的各種管路，固定於適當位置，以避免受壓。 13.術後輕柔的移除電刀迴路板，防止表皮破損，並再次檢視個案皮膚完整性，確實記錄結果。麻醉甦醒時，手術室護理人員必陪伴在側，並給予烤燈保暖。接觸個案前後確實洗手，並協同病房護理師以無菌原則執行導管及傷口包紮之護理，並監測皮膚狀況，觀察有無紅腫熱痛之情形。 14.術後搬運個案時採用滑板，動作宜和緩，並確認推床固定不動，以防範跌落。運送個案至恢復室途中，予在旁陪伴防止其因躁動跌落，並監測生命徵象。 15.電燒迴路板黏貼方向要與肢體垂直，避開骨突處及毛髮多的區域，將迴路板黏貼於右大腿前側中段，並再次確認個案身體周遭的金屬物品皆以包布隔開。
評值	1.11/4術中個案體溫維持在36.5-37℃，脈搏69-78次/分，呼吸12-16次/分，血壓120-150/75-90mmHg。 2.11/4於麻醉甦醒時移除氣管內管，觀察個案全身無組織壓瘡及神經功能損傷，術後正確計數紗布、棉球、縫線、器械及刀片，右髖部傷口無異物留存，於恢復室時四肢末梢血循佳，可自行活動指頭，無發紺、發麻之情形。 3.11/5至病房探視個案時，觀察傷口及引流管周圍皮膚清潔無分泌物，無紅腫熱痛情形。

(三)疼痛 / 與全髖關節置換術傷口相關(2014年11月3日至11月8日)

主客觀資料	S1：11/3術前訪視，個案提及右髖關節疼痛情況將近兩年，特別在上廁所蹲坐及爬樓梯時感覺特別疼痛。 S2：11/4術後恢復室，個案身體顫抖的說：「好口渴，好想喝水、右腳好痛、好冷喔！」。 S3：11/4「開完刀後傷口好痛喔！」、「右邊屁股一直到大腿抽痛到快死掉了！」。 S4：11/5「昨天晚上一直痛到睡不著，打一針後有睡一下！」。 O1：11/3術前訪視，予10分數字等級量表(NRS)評估為8分。 O2：11/4於恢復室，個案表情痛苦、呻吟，疼痛10分量表監測為7分。心跳90次/分、血壓160/95mmHg，肌肉力量評估為雙上肢皆5分、右下肢3分、左下肢5分，雙腿間夾著A型枕固定。 O3：11/4夜裡睡眠時間約3-4小時，23:00疼痛難入眠，注射demerol一支。 O4：11/5個案眉頭深鎖(疼痛指數7分)，閉眼休息，血壓130/80mmHg；心跳94次/分；呼吸17次/分。
護理目標	1.個案離開恢復室前，能主訴其疼痛程度可以忍受或緩解。 2.11/8個案能正確運用至少2種方法緩解疼痛，並主訴身體移動時，疼痛指數能降至3分以下。
護理措施	1.11/3傾聽個案對疼痛之感受，予支持並教導採漸進式活動。 2.11/3術前教導個案由鼻子深吸氣後再由嘴巴慢慢吐出(3次/分鐘)，藉此放鬆肌肉，緩解疼痛感。 3.恢復室時每五分鐘監測生命徵象，並評估疼痛指數、部位、時間、性質、頻率。 4.集中護理、降低恢復室內音量，協助獲得充分休息。 5.11/4提醒個案翻身應注意傷口及身上管路之拉扯。 6.於恢復室，依臨時醫囑給予demerol 25mg iv，並於30分鐘後再次評估其生命徵象及疼痛緩解之情形。 7.11/4於恢復室，教導個案執 鼻子吸氣默 4秒鐘(吸氣時需搭配 關節處肌肉收縮)，之後噘嘴緩慢吐氣4秒鐘(吐氣時需搭配 關節處肌肉放鬆)，一天3次，每次15分鐘。 8.11/4教導個案當傷口感覺疼痛時，可每4小時以冰枕局部冰敷，一天三次，每次15-20分鐘。 9.將個案手術過程相關資料交班，並與病房護理人員持續追蹤。 10.11/5協助個案採取舒適臥位，側躺時雙腿中間夾枕頭支托患肢，半坐臥時腰後放置小枕頭，避免直接壓迫患處以減輕疼痛。
評值	1.個案於恢復室1小時後生命徵象穩定，膚色紅潤、四肢末端血循佳，可自行活動指頭，主訴疼痛已緩解，疼痛指數為4-5分。 2.11/5教導並協助採舒適臥位後，個案表示疼痛指數可降至4分。 3.11/8個案以助行器下床活動「患處仍感覺疼痛，平常休息時搭配冰敷及緩慢呼吸來放鬆肌肉，疼痛指數可降至2分」。 4.11/18電訪時，個案表示疼痛指數為1分。

(四)身體活動功能障礙 / 手術後導致姿勢限制相關(2014年11月4日至11月8日)

主客觀資料	S1：11/5「我的傷口好痛，不太敢隨意亂動，而且好難使力」。 S2：11/6「現在移動腳，都好怕牽扯管子」、「開刀後現在連下床洗澡、上廁所都有困難了」。 O1：11/4術後依醫囑，患肢維持外展，避免曲屈大於90度。 O2：11/5患肢仍腫脹、末梢溫暖，表情痛苦，不敢移動及彎曲患肢，右患肢肌力3分、左下肢肌力5分，需他人協助翻身。
護理目標	1.11/7前，可說出兩項髖關節術後及居家照顧注意事項並正確執行。 2.11/8能維持全髖關節置換術後正確姿勢，並定時執行復健運動。 3.11/8能在家屬協助下，自行使用助行器下床步行100公尺。
護理措施	1.每日評估個案患肢活動度及肌肉強度。 2.11/4術後逐步向個案及照顧者衛教術後及居家照護事項，內容包括：(1)協助翻身時以1-2個枕頭夾於兩腿間，向健側翻，並保持外展。(2)髖關節屈曲不可以小於90度，避免坐於低矮之椅子及馬桶上。(3)教導助行器正確使用方式。(4)請家屬予個案使用防滑鞋，避免跌倒。(5)提醒3個月內避免雙腳交叉、翹腳、盤腿、久坐。(6)馬桶坐墊需加高兩側加扶手等，方便起身及坐下。(7)活動時由健側先，如下床或上車。(8)患側若有出現腫脹、長短腿、活動困難、關節有異常聲響或局部劇烈疼痛時，應立即回診。 3.11/4術後立即教導個案雙腿保持外展姿勢使用A型枕為輔助；教導足踝運動：平躺腿部伸直，將足部往上翹後將足部往下壓，持續5秒，再恢復原位，一天三回，每回20下；(11/5-11/6)進行患肢足踝關節、健肢行全關節主動運動，一日3次，每回20下；(11/7-11/8)股四頭肌等長收縮、髖關節外展／內收、直抬腿及髖、膝關節屈曲／伸展運動一天3次，每回20下；(11/9-11/10)，教導坐於床緣行膝、髖關節彎曲伸展、髖關節外展運動及使用助行器下床走路及轉位。 4.觀察個案術後復健運動情形，於正確執行時立即予以口頭鼓勵。
評估	1.11/16可進行足踝關節運動、股四頭肌及臀肌之等長運動，每次持續10分鐘，每日三次。 2.11/8個案及小女兒可說出下床時需使用防滑鞋避免跌倒，及避免坐低矮的椅子，且不能彎腰撿東西及翹腳，能於協助下夾枕翻身，並注意保持髖部外展姿勢，並可躺於床上進行抬腿運動，每次持續10分鐘，每日三次。 3.11/8平躺時可維持患肢外展，且能在小女兒協助下使用助行器，步行約100公尺。 4.11/18電訪，可獨自使用助行器步行約200公尺，至附近公園散步。

討論與結論

本個案因接受全髖關節置換手術，其內心對於手術內容及結果的未知顯得相當焦慮。筆者以手術全期護理概念為基礎，讓個案對手術流程及術後健康恢復有所計畫及安全感，藉此減輕其焦慮情形、維護術中安全、並緩解術後疼痛與促進關節肢體活動功能。經此次護理經驗發現，若能於手術前期予術前訪視，傾聽感受及提供圖文並茂之手術相關訊

息衛教，並予以正向的支持及鼓勵，能有效顯著改善個案手術焦慮情形，且搭配放鬆技巧及冰敷使用，亦能緩解手術後傷口造成之疼痛，此與陳、薄、黃、王、簡(2014)之研究結果相符合。個案出院一個月後，於12月8日電訪中表示，現已能獨自使用助行器散步至住家附近之土地公廟拜拜，並能自理日常生活，包括：如廁、洗澡、買菜等。

照護過程中，發現接受此項手術多為老年人，礙於平均住院天數已顯著降

低，要在既定的時間提供完整的手術醫療訊息及護理計畫實施，實為一大挑戰，故建議未來於門診提供字體放大之衛教單張及影音、圖片等相關衛教指導，並可提供時下常使用之QR Code條碼，以方便家屬查詢手術相關衛教訊息。並建議個案出院後，可安排轉介至住家鄰近之復健照護中心，讓個案復健得以持續進行，以達到連續性照護。

參考資料

- 戈依莉、洪麗玲、林碧珠(2009)．老年人工關節置換術前護理指導需求之調查．*新臺北護理期刊*，11(1)，29-38。doi: 10.6540/NTJN.2009.1.004
- 任秀如(2012)．手術全期護理．*醫療品質雜誌*，6(3)，27-30。
- 伍雁玲、吳秋燕、張玉珠、劉榮(2008)．*手術室護理*．臺北市：華杏。
- 朱正一、曾稼志(2011)．骨科手術病人之健康知能、知覺同理心、術前資訊理解程度與術前焦慮之探討．*醫務管理期刊*，12(3)，177-190。doi: 10.6174/JHM2011.12(3).177
- 林晉(2014)．人工髖關節置換手術(Q & A)．*台北市醫師公會會刊*，58(12)，31-34。
- 施佳玟、羅惠敏(2011)．手術中擺位傷害之護理．*護理雜誌*，58(5)，101-106。doi: 10.6224/JN.58.5.101
- 徐莞雲、陳筱瑀(2008)．焦慮的概念分析．*志為護理-慈濟護理雜誌*，7(3)，65-70。
- 袁光霞、林碧珠(2013)．骨骼、肌肉、關節疾病病人的護理．於蔡秀鑾總校訂，*最新實用內外科護理學*(五版，100-116頁)．台北市：永大。
- 張秀卿、康瑞蘭(2011)．照護一位接受人工膝關節置換術個案之護理經驗．*新臺北護理期刊*，13(2)，105-114。doi: 10.6540/NTJN.2011.2.011
- 張富勝、張倩淇、簡郁芬(2012)．退化性關節炎．*家庭醫學與基層醫療*，27(9)，324-329。
- 陳玉枝、陳清惠、蔡仁偵、陳真瑗、康銘文、王珩生…陳筱瑀(2008)．*復健護理*．臺北市：華杏。
- 陳美菊(2012)．*應用建構式系統性護理措施於接受全膝關節置換術後病人之成效*(未發表碩士論文)．高雄市：輔英科技大學。
- 陳淑華、薄喬萍、黃瑞珍、王美文、簡麗瑜(2014)．比較不同術前衛教對初次全膝關節置換術病人焦慮及生理指標之成效．*護理暨健康照護研究*，10(1)，42-50。doi: 10.6225/JNHR.10.1.42
- 衛生福利部統計處(2011)．*2009年度全民健康保險醫療統計/門、住診手術*．取自<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx>
- 鍾思嘉、龍長風(1984)．修訂情境與特質焦慮量表之研究．*測驗年刊*，31，27-36。
- Soever, L. J., MacKay, C., Saryedine, T., Davis, A. M., Flannery, J. F., Jaglal, S. B., ... Mahomed, N. (2010). Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 206-214. doi: 10.3138/physio.62.3.206

A Perioperative Nursing Experience of a Patient Underwent Total Hip Replacement

Cheng-Yi Yang, Chun-Chin Hsieh*

ABSTRACT

This report described an a perioperative nursing experience of a degenerative arthritis patient who received total hip replacement. This patient was hospitalized between 3rd and 11th November, 2014. The author collected data via preoperative ward visit, direct operative care, and postoperative visit, using observation, interviews, physical assessment, and chart review, and conducted a comprehensive assessment with perioperative nursing model as guideline. It was concluded that this patient had operation-related health problems such as anxiety, potential risk of injury, postoperative pain, and impaired physical mobility. We engaged in preoperative visit, individualized nursing plan, and the provision of surgical information to alleviate the patient's anxiety; close monitoring during operative care to avoid surgical injury; and medication, breathing regulation, and attention shift to relief the patient's pain. During the postoperative period, the patient was trained in lower limb joint rehabilitation to regain motility. Available social resources near the patient's residency were provided at the time of discharge to assist the patient in home care and the recovery of the patient to the original lifestyle. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:5, 104-113)

Keywords: degenerative arthritis, perioperative nursing care, total hip replacement

RN, Chang Gung Medical Foundation Chang Gung Memorial Hospital, Keelung; Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation Chang Gung Memorial Hospital, Keelung*

Accepted: December 9, 2016

Address correspondence to: Hsin-Chieh Wang No.201, Taikang, Liuying Dist., Tainan City 736, Taiwan

Tel: 886-6-622-6999 #73701-3; E-mail: baby640119@gmail.com