

本書の内容を補完するため、著者による解説を追記いたします。

p.226 Plus α 「前方アプローチの術後看護」

運動の強度や頻度、期間についての明確な指針はないが、重症度にかかわらず推奨できる運動は、水中歩行やウォーキングなどの強度の低い有酸素運動である。また、筋力増強訓練として、股関節外転筋や大腿四頭筋の訓練、膝の屈伸運動などがある。

▶ 家事

長時間の立位や過重歩行は症状悪化の要因になるため、炊事は椅子を使う、買い物は車や自転車で行くなど、重い荷物を持った活動は避ける。床掃除の際に前屈する場合やコンセントの抜き差しなどは、膝について安全な姿勢で行うように説明する。

2 手術後（術直後）の看護

50歳未満の患者に対しては、病期の進行予防や症状緩和目的で、寛骨臼回転骨切り術や大腿骨骨切り術などの関節溜存術が広く行われている。進行期や末期の患者では、人工股関節全置換術（THA）が適応となる。この手術では痛みと身体機能の改善を長く維持し、術後10年目の満足度も高い¹³⁾。

■ 術後合併症の予防

術後出血、感染、脱臼、深部静脈血栓症（DVT）、^{ひこつ}腓骨神経麻痺などの合併症が起こりやすい。なお、骨盤骨切り術は骨盤を切って寛骨臼の形を矯正する手術で、術後数日は強い疼痛が生じる。

■ 術後体位

術直後の長時間の仰臥位は、腰痛や褥瘡を引き起こすため、体位変換が必要となるが、THA後は股関節が内旋・内転すると人工関節が脱臼する危険性がある。手術当日は介助し、一人での体位変換は術後1日目以降とする。患者が側臥位になるときは、大きめの枕やクッションを両足の間に挟み、体幹と両下肢を一緒に倒しながら、股関節が内旋・内転しないように体位変換する（図10-19）。

また、術直後は硬膜外麻酔などの影響により下肢の運動麻痺や痛覚鈍麻が生じ、下肢が外旋位になると、腓骨頭部（^{しつがいそく}膝外側）が圧迫され、腓骨神経麻痺のリスクが高まる。THA後の腓骨神経麻痺の発生率は0.2～0.3%と低いが、一度発生すると回復までに時間を要し、下垂足や感覚異常によって機能回復が遅延する¹⁴⁾ため、術側下肢は内・外旋中間位を保ち、腓骨頭が圧迫されないように観察する。また、麻酔覚醒後は足趾・足関節の動きを観察し、底屈ができ

➡術後合併症については、4章7節2項 p.96参照。

plus α

前方アプローチの術後看護
THAは、視野の広い後方アプローチがこれまでの主流だったが、近年では皮膚切開や筋層の切断が少ない前方アプローチが増えている。前方アプローチは低侵襲手術で行われるため、疼痛や出血が少なく、術後の荷重歩行訓練の開始も早まるため、ADLの拡大が早いという特徴がある。また、後方アプローチと異なり、過屈曲・内旋での後方脱臼が起こりにくいため、術後の動作制限が少ないという利点がある。ただし、内旋・外旋の動作は前方脱臼の危険性があるため注意する。



図10-19 ■人工股関節全置換術後の体位変換