



« بسمه تعالی »

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گیلان

مرکز آموزشی - درمانی پورسینا

تعویض مفصل زانو

(آنچه همراهان باید بدانند)



تهیه و تنظیم: نیلوفر ابدی خواه - هانیه احراری

زهرا ثوری - فاطمه فردنیلاش

زیر نظر سوپروایزر آموزشی

بهار ۹۱

تعویض مفصل:

بیمارانی که دچار درد و ناتوانی شدید در ناحیه مفصل هستند، ممکن است به تعویض مفصل نیاز پیدا کنند. بعضی از بیماری ها مثل استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید، تروما و ناهنجاری های مادرزادی باعث تخریب مفاصل میشوند. در بعضی از انواع شکستگی ها (مثل شکستگی گردن و استخوان ران) ممکن است که خون رسانی مفصل مختل شده، نکروز آواسکولار ایجاد گردد. در این موارد تعویض مفصل به ORIF (جانداختن باز به همراه ثابت کردن داخلی) ارجحیت دارد. تعویض مفصل بیشتر در مفاصل ران، زانو و یا انگشتان انجام می گیرد. مفاصل پیچیده تر (مثل شانه، آونج، مچ دست، و پا، به ندرت تعویض می شوند.

اکثر مفاصل مصنوعی از جنس فلز یا پلی اتیلن و متراکم هستند. پروتزهای انگشتان عموماً از جنس سیلاستیک است. برای اتصال مفصل مصنوعی به استخوان آماده شده از نوع ماده سیمانی به نام پلی متیل متاکریلات (PMMA) استفاده میشود که خصوصیتی شبیه به استخوان دارد. یکی از علل شایع عدم موفقیت در تعویض مفصل، تمای نامناسب استخوان و سمند و در نتیجه شل شدن پروتز است. پروتزهای جدید این مکان را فراهم می کنند که استخوان بیمار در داخل آنها رشد کند و باعث استحکام آنها میشود. پروتزهای جدید از پروتزیایی که توسط ماده سیمانی اتصال می یابند بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند. قرار دادن صحیح پروتز و حضور استخوان سالم با خون رسانی کافی، برای امکان استفاده از

پروتزهای بدون سیمان اهمیت زیادی دارد. با پیشرفت های زیادی که در زمینه ی مواد مصنوعی، روش های جراحی و استفاده از پیوندهای استخوانی حاصل شده، اعمال جراحی تعویض مفصل با موفقیت بیشتری همراه شده اند.



با تعویض مفصل، درد بیمار به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. میزان بهبود عملکرد و حرکت مفصل به شرایط بافت نرم قبل از عمل، واکنش بافت نرم و قدرت عضلات بستگی دارد. بیماری زمینه ای مفصل و فعالیت زیاد بیمار بعد از عمل باعث تخریب شدن زودرس مفصل تعویضی می شوند.

تعویض کامل زانو:

جراحی تعویض کامل مفصل زانو برای بیمارانی در نظر گرفته میشود که به علت تخریب سطوح مفصلی ناشی از آرتریت (استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید، آرتریت پس از تروما) یا خونریزی داخل مفصلی (در افراد مبتلا به هموفیلی) درد و ناتوانی کارکردی شدید در این مفصل دارند. پروتزهای آکرلیک و فلزی جدیدی طراحی شده اند که مفصل بدون درد

و دارای عملکرد خوب و با ثباتی را برای این بیماران فراهم می کنند. اگر رباط های زانو ضعیف باشند، برای ثبات مفصل می توان از پروتزهای کاملاً فشاری (لولایی) یا نیمه فشاری استفاده کرد. در صورت استفاده از پروتزهای غیرفشاری ، ثبات مفصل به رباط های زانو وابسته خواهد بود.



اقدامات پرستاری

بعد از عمل جراحی ،زانو را پانسمان فشاری نموده و برای کنترل آدم و خونریزی از کیسه یخ استفاده می نمایند.پرستار وضعیت عصبی عروقی پا را بررسی و او را تشویق می کند که هنگام بیداری هر ساعت مچ پایش را خم کند.اقدامات لازم برای جلوگیری از عوارض (ترومبو-آمبولی ،فلج و عصب پروئنال ،عفونت ، محدودیت عوارض حرکتی) صورت می گیرد.

دستگاه مکنده ی زخم ، مایعات تجمع یافته در مفصل را تخلیه می کند. در ۲۴ ساعت اول پس از عمل ، میزان ترشحات حدود ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی لیتر است که در عرض ۴۸ ساعت به کمتر از ۲۵ میلی لیتر می رسد.پس از آن جراح می تواند درن ها را خارج کند.در صورتی که مقدار

خونریزی بیش از حد انتظار باشد، بلافاصله بعد از عمل می تواند از روش اتو ترانسفوزیون درناژ استفاده کرد.رنگ ، نوع و مقدار درناژ ثبت میشود و بروز هرگونه تغییر در مشخصات درناژ یا تغییردر میزان درناژ به پزشک گزارش داده میشود.

معمولا پای بیمار را در یک دستگاه حرکت غیرفعال مداوم (CMP) قرار می دهند. این دستگاه جریان خون و حرکت مفصل زانو را بهتر می کند.سرعت و مقدار خم و راست شدن زانو توسط پزشک تعیین میشود.در ابتدای امر معمولاً ۱۰ درجه اکستانسیون و ۵۰درجه فلکسیون به مفصل زانو داده میشود. سپس به تدریج دامنه ی حرکت زانو را افزایش می دهند ، به طوری که در هنگام ترخیص بیمار ،مقدار اکستانسیون به حد کامل (یا صفردرجه) و مقدار فلکسیون نیز به ۹۰ درجه می رسد. پرستار بیمار را تشویق می کند که در بیشتر مواقع از این وسیله استفاده کند.فیزیوتراپیست بر برنامه ورزشی بیمار از نظر شدت و دامنه حرکت نظارت دارد.اگر زانو به اندازه کافی خم نشود ، ممکن است دو هفته پس از جراحی دستکاری ملایم آن زیر بیهوشی عمومی ضرورت یابد.



پرستار به بیمار کمک می کند که عصر همان روز جراحی یا یک روز بعد از آن از تخت خارج شود.معمولاً با استفاده از یک بی حرکت کننده از زانو (اسپلنت ، گچ یا بریس) حمایت میشود و هنگامی که بیمار روی صندلی نشسته است ، باید زانو را بالاتر قرار دهد.محدودیت های لازم در تحمیل وزن روی اندام به وسیله پزشک تعیین می گردد.ضمن رعایت این محدودیت ها ،راه رفتن و نیز استفاده از وسایل کمکی از روز بعد از جراحی ،آغاز میشود.

پس از ترخیص از بیمارستان ،بیمار می تواند به استفاده از دستگاه CMP در منزل و انجام فیزیوتراپی در درمانگاه و به طور سرپایی ادامه دهد.عوارض تاخیری عمل تعویض مفصل زانو شامل عفونت ،شل شدن و پارگی اجزای مصنوعی مفصل هستند.در مجموع ،بعد از عمل ،بیمار مفصل بدون درد و با کارکرد خوبی خواهد داشت و قادر خواهد بود در فعالیت های زندگی بصورت فعال تری شرکت کند

منبع :

برونرو سوارث (ارتوپدی)

تالیف فریبا نصیری زیبا(۲۰۱۰)