

論 文

両側人工股関節置換術を同時に行った患者の 術後援助についての検討

松田 幸代・坂井美智子・中村 洋子
(金沢大学医学部附属病院)

Evaluation of post operative nursing for the patients
who had bilateral total hip arthroplasty

Yukiyo Matsuda, Michiko Sakai and Yoko Nakamura
Kanazawa University Hospital

要 旨

両側人工股関節置換術を同時に行った患者の援助を明確にすることを目的として11事例を検討し、以下の結論を得た。

1. 同一体位(床上安静)による苦痛には、腰痛と両下肢伸展位によるつっぱり感が大部分を占める。腰痛緩和に対しては、ストレッチが有効であるが、術前からその方法を習得できるような指導が必要である。
2. 排泄時の苦痛・不安の緩和にとってヒップアップできることが大切である。そのため術前より術後の肢位でのヒップアップの指導と訓練が効果的である。
3. 術前に車椅子への移乗要領の説明と十分な練習を実施し、さらに上肢筋力強化の訓練を術前と臥床中にも行うことが、術後安静拡大にとって効果的である。
4. 術後のリハビリテーション・ADLの拡大のため、入院前からの栄養指導とリハビリ指導が必要である。

I. 目 的

股関節は体を支持し、動作を行う際に重要な関節であり、この機能を失った場合、日常生活への影響は大きい。

股関節の高度な変形や機能障害、痛みのある変形性関節症(Osteoarthritis。以下、OAと略す)に悩む患者にとって、人工股関節全置換術(Total Hip Arthroplasty 以下、THAと略す)は、それらを緩和し、安全性・可動性のある関節が獲得できる手術である。しか

し、THA術後の患者は、約3週間患側股関節の伸展・外転・回旋中間位を保持した状態での床上安静を余儀なくされている。そのため、患者は日常生活をすべて床上で行わなければならず、精神的・身体的苦痛は大きいものがある。

従来、進行期以上のOA患者や、大腿骨骨頭壊死患者に対し、片側ずつの手術が行われてきた。しかし、金沢大学医学部附属病院では近年両側同時THAや人工骨頭置換術が行わ

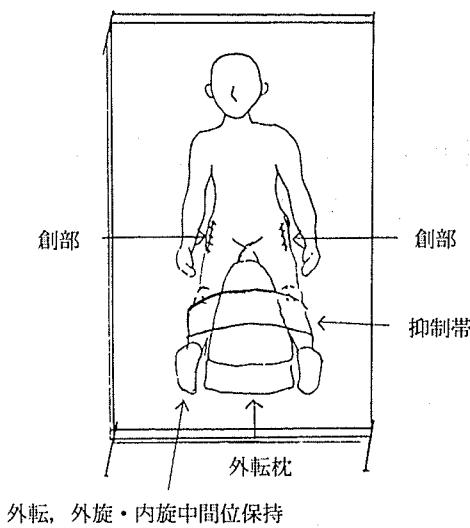


図1 床上安静時の体位

れるようになってきている。そのため、手術後は両股関節の安静保持を強いられることになり(図1),患者の苦痛は前者よりさらに大きくなるものと考えた。

そこで、今回は術後床上安静による身体的苦痛と床上安静下でADL介助を必要としなければならないことに対する苦痛の内容を調査し、それに対しての看護援助について検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 対象

平成3年4月から平成5年6月までに両側末期OA(8名),両側大腿骨骨頭壊死(3名)の診断で、金沢大学医学部附属病院において、両側同時にTHA・人工骨頭置換術を受けた11名(女8名、男3名)。年齢は平均48.2歳(標準偏差±8.2)であった。(表2)

2. 方法

1) 看護記録・診療記録を資料とし入院から転院までの身体的・精神的苦痛について転院時に把握し、床上安静・ガーゼ交換による苦痛や、排泄、車椅子移乗に対する思い、貧血の推移、手術に対する思いについて分析した。

2) また、転院時には対象者に同一看護婦が再度面接調査を行った。

なお、面接調査内容は以下の5項目である。
 ①両側THAをうけることについて(術前、術後の思い),②安静度拡大に応じての身体的苦痛(術後2~3日目まで、術後3日目~1週間まで、術後1週間~車椅子移動許可の時点まで),③床上安静下でのADL(食事・排泄・保清・更衣)の自立状況と、自立できず苦痛を感じた面について、④ガーゼ交換時の側臥位での苦痛、⑤車椅子移乗に対する苦痛

III. 結 果

1. 両側THA患者の一般的経過と術前指導

図2に示すとおりである。両側人工骨頭置換術患者の経過も両側THAに準ずる。

術前指導については、①車椅子移乗・移動の指導、②松葉杖歩行練習、③上肢・下肢筋力強化指導、④床上排泄練習を入院直後から行った。また、術後床上安静下でのADL(食事、排泄等)について、THA術後患者から情報が得られるように意図的にはたらきかけた。

2. 同一体位(床上安静)・ガーゼ交換による苦痛(表1、表2)

1) 同一体位による苦痛として腰背部痛が全事例に、両下肢つっぱり感が5事例に、両踵部痛が2事例に、仙骨部痛が1事例にみられた。腰痛は術後安静拡大(ベッドアップ45°)となるまでが特に強い。

腰痛緩和の方法としては、①苦痛部位にタオル・ズボンジ・円坐・コールドパック等を挿入する、②腰部のマッサージ、③許可範囲内でのベッドアップの調整(ベッドの上げ下げ)、④湿布の使用、⑤ストレッチを適宜行い、個人差はあるが一時的効果がみられた。しかし、前述の方法①~③をすべて試みたがほとんど効果がみられず、「もっと何か別の援助をしてほしかった」と訴えた事例もあった。

また、患者からの希望で術後1週間程睡前に鎮痛剤(坐薬)を使用していたものが3事

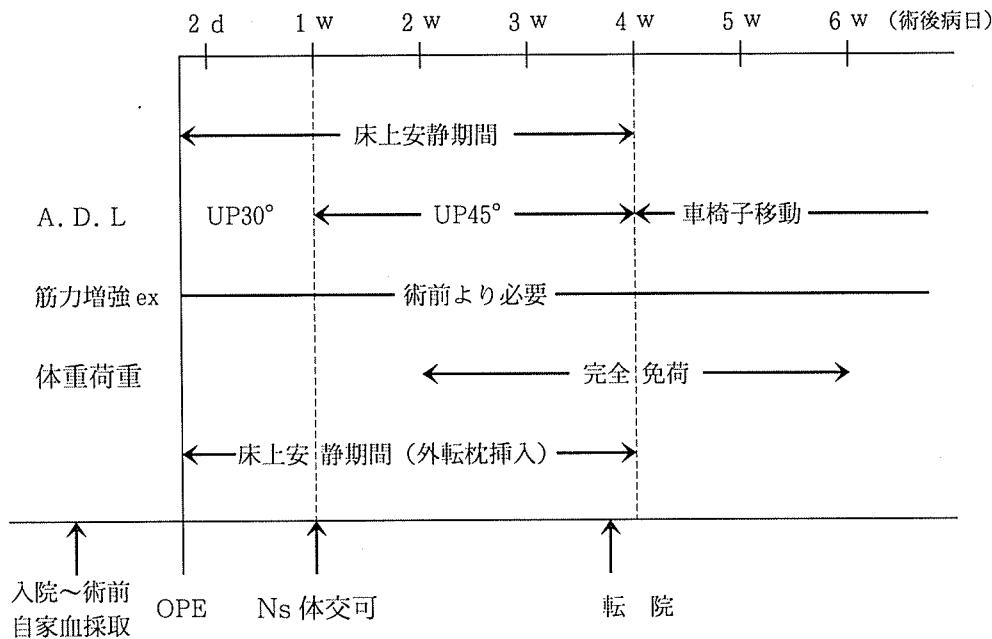


図2 両側 THA の一般的経過

表1 術後同一体位・ガーゼ交換による苦痛 (n=11)

同一体位による苦痛	
1. 腰背部痛	11 (100)
2. 両下肢つっぱり感	5 (45)
3. 両踵部痛	2 (18)
4. 仙骨部痛	1 (9)

ガーゼ交換による苦痛	
1. 創 痛	2 (18)
2. 不 安	1 (9)

() は%

例 (C・F・G) あり、F は入院前から腰痛のため坐薬を使用していた。

両下肢つっぱり感の緩和は安静期間中では下肢のマッサージ・足底の指圧・運動許可の時点では他動運動が効果的であった。

両踵部痛、仙骨部痛に関しては除圧を行った。

2) ガーゼ交換時の苦痛

ガーゼ交換時の側臥位(図3)による苦痛・不安をあげた者は 2 事例であった。その対策

としては、対側創部にクッションを使用した。

3. 排泄時の苦痛・不安 (表3)

排尿に関しては、術後バルンカテーテル留置期間は 2 ~ 12 日で平均値は 8.5 日(標準偏差士 2.9) であり、女性 9.8 日 (士 1.6)、男性 5.0 日 (士 2.4) である。バルンカテーテル抜去後は 6 事例が安楽尿器を使用 (女 6 名) し、5 事例が尿器使用 (女 2 名) であった。女性は全事例排尿時紙オムツも使用している。

表2 事例の性・年齢、同一体位による苦痛・看護援助とその評価

◎：効果あり ○：一時的効果あり ×：効果なし

	性別	年齢(歳)	同一体位による苦痛	看護援助の実際と患者の評価
A	男	55	1. 腰痛（術後1～2日のみ） ・動ける範囲で動いていた	①タオルの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○）
B	男	44	1. 腰痛（ベッドアップ可能となり軽減するが、車椅子移乗時まで持続）	①タオルの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○）
			2. 両下肢伸展位によるつっぱり感	・両下肢マッサージ（○）
C	女	58	1. 腰痛（術後2～7日間坐薬希望し使用）	①タオル・スポンジの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） ④湿布貼用（◎）
			2. 両下肢伸展位によるつっぱり感	・両下肢マッサージ（○）
D	女	45	1. 腰背部痛（車椅子移乗時まで持続）	①タオル・スポンジの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） 「何かしてほしかった」と訴えあり
			2. 両下肢伸展位によるつっぱり感	・両下肢マッサージ（○）
E	女	36	1. 腰背部痛（術後7日間特に強い、車椅子移乗時まで持続）	①タオル・スポンジの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○）
			2. 両下肢伸展位によるつっぱり感（足趾足関節運動だけいれんおこした）	・両下肢マッサージ（○） ・足底の指圧（◎）
F	女	45	1. 腰痛（入院前から腰痛のため坐薬使用しており、術後7日間坐薬希望し使用）	①タオルの挿入（○）②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） ④湿布貼用（×） ⑤術後2日目よりストレッチの指導・実施（×）
			2. 両下肢つっぱり感	・両下肢マッサージ（○） ・足底の指圧（◎）
G	女	65	1. 腰痛（ギャッジアップ 30° 間が特に強く、坐薬希望し使用）	①タオル・コールドパックの挿入（×） ②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○）
H	女	46	1. 腰痛（術後7日間特に強い） ・動ける範囲で動いていた	①タオル・コールドパックの挿入（○） ②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） ⑤術前からストレッチの指導・実施（○）
I	女	49	1. 腰痛（術後2、3日目まで）	①タオル・コールドパックの挿入（○） ②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） ④夜間湿布貼用（◎）
J	女	37	1. 腰痛	①タオル・コールドパックの挿入（×） ②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○） ⑤術前からストレッチの指導・実施（○）
			3. 両踵部痛、4. 仙骨部痛	・HCD使用（◎）
K	男	50	1. 腰痛（手術日のみ） ・動ける範囲で動いていた	①タオル・コールドパックの挿入（○） ②マッサージ（○） ③許可範囲内でのベッドアップの調節（○）
			3. 両踵部痛	・アキレス腱部タオル挿入（◎）

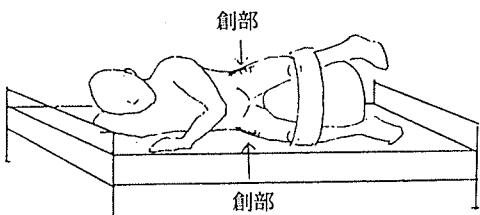


図3 ガーゼ交換時の体位

排便に関しては、全事例が紙オムツを使用しており、加えてヒップアップ、怒責のしめらさをあげていた。

4. 車椅子移乗による苦痛（表3）

片側の手術の場合は、車椅子は健側に全体重を負荷し、片足で車椅子↔ベッドの移動を行う。しかし、軸足のない両側の手術の場合

表3 排泄・車椅子移乗に対する思い

	排 泄	車 椅 子 移 乗
A	1) 8日 2) 尿器使用 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない	・腕力しか頼れず怖い（術前と乗り方がちがう） ・トイレへ行けるのでうれしい
B	1) 5日 2) 尿器使用 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない	・術前と乗り方がちがいつらい ・トイレへ行けるのでうれしい
C	1) 10日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい	・車椅子に乗りトイレへ行けるのでうれしい
D	1) 7日 2) 尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい ・膝が曲がらず安楽尿器使えない	・上肢運動していたが筋肉痛になった ・移乗の仕方が不安 ・トイレへ行けるのでうれしい
E	1) 9日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい ・大部屋で排泄しにくい	・車椅子に乗りトイレへ行けるのでうれしい ・思っていたより上手に移乗できた
F	1) 8日 2) 尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい ・up60°まで排尿自立できない	・車椅子に乗れてうれしかったが腕力が足りず、介助してもらっていた
G	1) 10日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい	・移乗時倒れるのではと不安だった ・トイレへ行けるのでうれしい
H	1) 8日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい ・尿のとりこぼしが心配でやりにくい	・スムーズに移乗できてよかった ・トイレへ行けるのでうれしい
I	1) 12日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい	・腕が筋肉痛になった ・車椅子に乗りトイレへ行けるのでうれしい
J	1) 10日 2) 安楽尿器使用◎ 3) 紙オムツ使用 ・ヒップアップできない・怒責しくい ・紙オムツ敷いており、尿をとりこぼしても心配なかった	・運動の成果かスムーズに移乗できてよかった ・股関節の曲がり悪く、最初は長時間座っていられなかった
K	1) 2日 2) 尿器使用 3) 紙オムツ使用 ・怒責しくい ・後始末ができず、介助してもらうのはいやだった	・車椅子に乗り、トイレ・タバコを吸いに行けるのでうれしい

1) 術後バルンカテーテル抜去日 2) バルンカテーテル抜去後の排尿方法、◎は排尿時紙オムツも使用

3) 排便時の方法

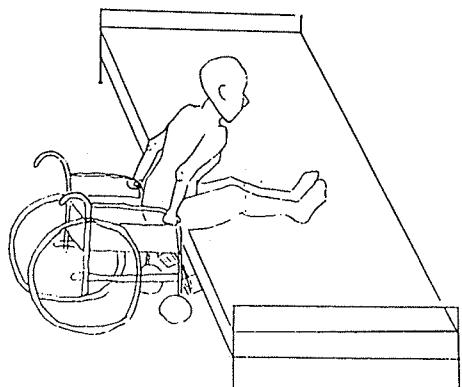


図4 車椅子移乗方法

は、下肢に体重を負荷できないため上肢の筋力のみで行うことになる。(図4)そのため「腕力しか頼れず怖い」「移乗時倒れるのではと不安だった」「腕が筋肉痛になった」「移乗の仕方が心配」という訴えや、術前より車椅子で生活していた事例A・Bからは、「乗り方が違っていてつらかった」という訴えがあった。1事例からは「股関節が曲がらずつらかった」という訴えもあった。反面、車椅子移乗可能

となり、「うれしい」という言葉が全事例に聞かれた。

5. ヘモグロビン値 (Hb値) の推移

図5より、入院時のHb値(g/dl)は10.7~14.7(平均値12.8±1.4),術前は9.7~12.2(11.5±1.0)であるが、術後は6.9~10.3(8.8±1.0),転院時は8.6~11.3(10.3±0.9)であり、入院時に比べ転院時は、全事例 Hb 値が0.8~4.4(2.4±1.3)減少している。

6. 手術に関しての思い

1) 術前は両側同時股関節手術を自ら希望した者が8例で、「痛いことは一度ですませたかった」「入院を短期間にしたかった」「リハビリで痛い足に負担かけたくない」という思いからであった。医師より勧められて行った者は3例であった。転院時には全事例とも「両側同時にやってよかった」との評価を出している。

2) 1事例から「入院までの期間どう生活していればよいかわからなかった」という訴えがあった。

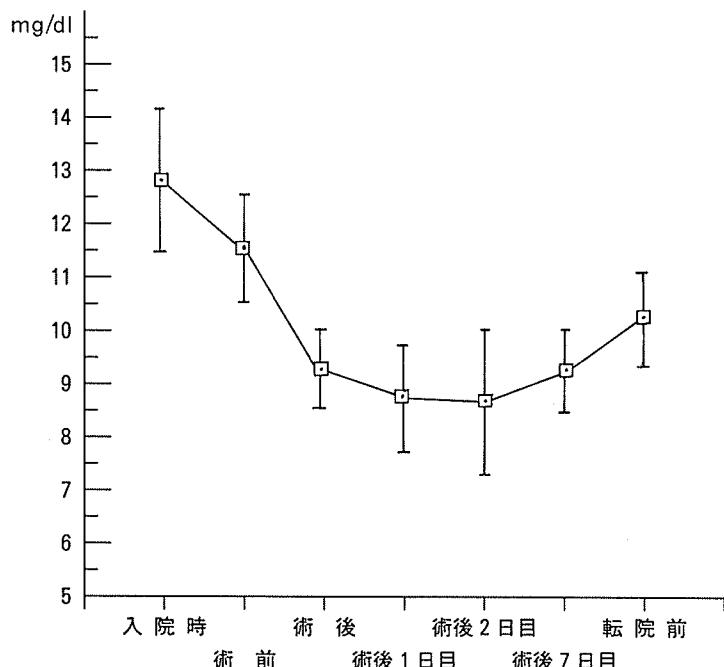


図5 入院時から転院までのHb値の推移

表4 手術に対する思い

	手術前の思い	手術後の思い
A	<ul style="list-style-type: none"> ・2回も痛い思いするのは嫌なので両方一度にしてもらうように頼んだ ・とても痛いのでとにかく早く痛みをとって欲しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・満足している ・早く仕事がしたい
B	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度に手術してもらったほうが早く治ると思い頼んだ 	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度にしてもらえてよかった
C	<ul style="list-style-type: none"> ・できれば手術したくなかったが、仕方ない ・一度に両方とも手術すると聞いてびっくりした 	<ul style="list-style-type: none"> ・終わってみれば一度にすませてよかった
D	<ul style="list-style-type: none"> ・片方ずつの手術ではメリットがないので両方一度に手術することをもちかけられた ・2回も手術を繰り返すのは嫌なので、両方一度に手術することを決意した。しかし両方一度にするのは心配 	<ul style="list-style-type: none"> ・終わってみれば一度にすませてよかった
E	<ul style="list-style-type: none"> ・手術経験者からもいろいろ話を聞き、(子供が小さいので)入院を短期間にしたいと思い、両方一度に手術してもらうことにした 	<ul style="list-style-type: none"> ・短期間の入院ですんだのでよかった
F	<ul style="list-style-type: none"> ・両股関節とも手術経験があり、片方ずつの手術ではリハビリで痛い足に負担がかかるので、両方一度に手術してもらうように頼んだ 	<ul style="list-style-type: none"> ・両股関節とも一度に痛みがとれてよかった
G	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事があり、入院を短期間にしたいと思い両方一度の手術をお願いした 	<ul style="list-style-type: none"> ・両股関節とも一度に痛みがとれてよかった
H	<ul style="list-style-type: none"> ・手術するなら両方一度にしたいと思っていたところ、こここの病院の話を聞き、来院した 	<ul style="list-style-type: none"> ・一度に手術してもらえてよかった
I	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度にした方が入院が短期間になると思い頼んだ 	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度にしてもらえてよかった
J	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度に手術することを医師よりもちかけられたが抵抗なかった(手術経験者から話を聞き、2回も痛い思いをくり返すよりはよいと考えていた) ・入院までどのように生活していればよいかわからなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・最終的には歩いてみないとわからないが、一度ですませることができてよかった
K	<ul style="list-style-type: none"> ・両方一度の手術の方が安静期間も短くなると思い頼んだ 	<ul style="list-style-type: none"> ・両股関節とも一度に痛みがとれてよかった

IV. 考 察

1. 同一体位(床上安静)・ガーゼ交換による苦痛

両側 THA 術後は、早期にベッドアップ可能となるが、脊椎手術後同様仰臥位での同一体位を強いられる。貝塚²⁾は、「手術後の腰背部痛は、筋肉の同程度収縮持続が原因」と述べているように、両側 THA の術後腰背部痛も筋

肉の同程度収縮持続が原因と考えられる。加えて両側 OA 患者は、術前より股関節痛のため仰臥位をとれないでいたことも考えられる。

また、貝塚²⁾は「疼痛部位の除圧をはかる方法や、スponジ製小枕を苦痛箇所やその周辺に挿入する方法では除圧による毛細血管の血流改善は図れても筋肉の血流改善までは期待できない」と述べており、実際に、今回腰痛

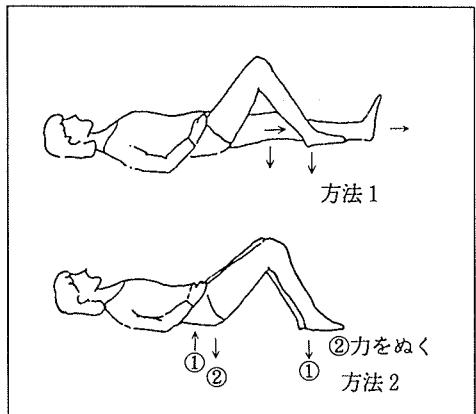


図 6 腰背部軽減方法

緩和の援助として腰椎の生理的前弯を保持するような既存の方法では、一時的な効果しか得られなかつた。貝塚は「腰背部痛が初期(腰背部違和感)の段階から筋の血流改善を試みることが必要である。」と述べており、筋の血流改善の一方法として腰背部痛軽減法を挙げている。(図 6)

しかし、腰背部筋肉の収縮・弛緩を目的としてストレッチを3事例に指導したが、1事例が「効果なし」、との2事例が「一時的效果あり」と答えている。これは、両側股関節伸展保持の状態でのストレッチであり、貝塚の腰背部痛軽減法に比べ腰背部の筋肉の収縮・弛緩が十分にできないためと考えられる。効果のなかつた1事例についてはストレッチが継続的に行えるような指導が不十分であったことが考えられる。両側股関節手術後の腰痛出現は確実であり、ストレッチがより効果的に行えるような指導を考える必要がある。

両下肢のつっぱり感は下肢伸展位によるものである。この苦痛に対しては、下肢マッサージ、足底の指圧、他動運動で軽減がみられた。

両踵部痛、仙骨部痛は圧迫と摩擦によるものと考えられる。

ガーゼ交換時の側臥位による苦痛に対しては、股関節手術の場合、創部が大転子部後方に弓状切開されており、大転子部は、褥創の好発部位であることからも明らかに、側臥位

ではこの部位に強い圧がかかるため、両側股関節手術では圧迫による苦痛があるのでないかと考えた。しかし、今回の研究では我々が考えていたより苦痛は少なく、苦痛のある者に対しては対側創部の除圧のため、クッションの使用が効果的であることがわかつた。

2. 排泄時の苦痛・不安

⁴⁾排泄は人間の基本的欲求である生理現象であり、その自立は生活能力の基本として乳幼児期よりしつけられる。また、その行為や排泄物・排泄器を人にみられることは恥ずかしいことであり、日常生活動作の中で最も自立したい部分である。

床上排尿は、男性と女性を比較すると、男性の方が成功しやすい。これは、男性の尿器での排尿キャッチしやすさに比べ、女性は排尿時尿の取りこぼしに対する不安があることも大きな要因と考えられる。その不安解消のために、排尿時には紙オムツを敷いて漏尿に対処している。

便便時も全事例とも紙オムツを使用しており、自立のためには紙オムツを自力で敷くことが必要となってくる。片側 THA の場合は、健側の膝を立て腰を浮かし、自力で紙オムツを敷くことも可能だが、両側 THA の場合、ヒップアップ困難であり、オムツ使用に際しては援助を必要とする。術前よりヒップアップの必要性を説明し訓練をすることは、術後排泄自立にむけて大切なことだと思われる。

留置バルンカテーテルは早期抜去が望ましいが、両側 THA の場合、内転筋切離をほとんどの事例が行っており、排泄物による感染防止のため、留置期間は長くなっている。安楽尿器は、排尿ごとに看護者の手をかりることなく好きなときに排尿できるため排尿の自立に有効であり、術前より安楽尿器の使用を勧めている。しかし、尿器使用がやむを得ない者もあり、それに対しては安静拡大まで排尿介助を必要とし、その者にとって排尿時の苦痛は大きい。

3. 車椅子移乗による苦痛

車椅子への移乗は上肢の筋力のみの移動であり、そのためアンバランスによる体幹傾斜や転倒や腕力不足による崩落現象の危険性があり、容易ではないことが結果より明らかとなった。しかし、車椅子移乗可能は同時に ADL 拡大につながる。術後車椅子移乗の日を待ち望んでいることより、移乗が安全に、また苦痛が少なく可能となるように援助が必要である。術前から上肢の筋力増強の指導・車椅子移乗に対しての練習が効果的であると思われる。また、股関節 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ の屈曲が車椅子移動時は必要であり、床上の安静度に注意し、隨時指導を行わなければならない。それにはフレーム運動が効果的と考えられる。

4. ヘモグロビン値 (Hb 値) の推移

当科では車椅子移動可能となると同時に転院となることが多く(図 2), その時点で両側 THA 患者は貧血傾向にあることが明らかとなつた。貧血は、術後のリハビリテーション・ADL 拡大に支障をきたすことより、その改善が必要となってくる。Hb 値の低下する原因として、まず術前には自家血採取を行っておりそのためと考えられ、術後は術中・術後の出血が原因である。Hb 値の減少は避けられないものであり、加えて入院時より貧血傾向の者もいることより、術後ばかりではなく、入院前からの栄養指導を行い、貧血改善を図ることが重要であると考えられる。

5. 手術に関しての思い

股関節疾患は、生命の危機に直接関与しないため、手術をするか否か、あるいは片側ずつ別々に行うか、または両側同時に実施するかは、患者が自ら選択できる。今回11事例の患者は今後の自己の QOL を考え最終的に両側股関節置換術を同時に行うことを選択して、転院時にはよい評価をだしている。術後のリハビリテーション・ADL 拡大をスムーズに行うためには、術前より筋力の保持・増強が必要である。しかし、入院から手術までの期間

は約1週間であり(図 2), 入院してからトレーニングするのでは十分な効果が得られない。だが現在当科では股関節手術目的での入院予約から入院までの待機期間は2~3ヶ月であり、この間指導を受け筋力の保持・増強に努めることは術後の ADL 拡大に役立つものと考えられる。

泉らは,⁵⁾片側の THA や人工骨頭置換術後、6カ月の ADL 回復過程については「自立度得点の高いものは50歳代の片側の OA 患者であり、自立度得点の低い6例のうち4例は両側の大腿骨頭壊死や OA 患者と90歳以上の高齢者であった」また、⁶⁾術後1年後でも「ADL 項目の半数以上は部分介助に留まっていた」と述べている。これらは片側のみの手術のため、対側の股関節の障害(痛み・可動域制限)があるためと考えられる。したがって両側同時に手術した場合は体重負荷までの ADL 拡大は困難であるが、全体重負荷(術後10週間)以後の ADL 自立の成果は片側手術例に比べ、比較的良好な結果を期待できると思われる。

6. 研究方法について

今回は、すべて転院時の調査であり、患者が質問内容の時点にふりかえって考えることにより、患者の精神的・身体的苦痛に対する思いに変化が生じ、その時点での苦痛を調査できなかつたことが考えられる。また、これにより、患者の苦痛に対する適切な看護援助が行われていたかどうかと反省させられた。今後、これらの点をふまえ、十分な調査ができるように研究方法を考慮していきたい。

V. まとめ

両側の同時人工股関節置換術を行った患者の援助を明確にすることを目的として11事例を検討し、以下のことが明らかになった。

1. 同一体位(床上安静)による苦痛には、腰痛と両下肢伸展位によるつっぱり感が大部分を占める。腰痛緩和に対しては、ストレッチが有効であるが、術前からその方法を習得

できるような指導が必要である。

2. 排泄時の苦痛・不安の緩和にとってヒップアップできることが大切である。そのため術前より術後の肢位でのヒップアップの指導と訓練が効果的である。

3. 術前に車椅子の移乗要領の説明と十分な練習を実施し、さらに上肢筋力強化の訓練を術前と臥床中にも行うことが、術後安静拡大にとって効果的である。

4. 術後のリハビリテーション・ADL の拡大のため、入院前からの栄養指導とリハビリ指導が必要である。

引用・参考文献

1) 川本利恵子 他：人工股関節全置換術後患者の基準作成。看護技術 VOL. 34. No.13. 1621～1627, 1988.

- 2) 貝塚みどり：安静臥床を要する術後患者の腰背部痛軽減の工夫。看護技術 VOL. 36. No.15. 1628～1630, 1990.
- 3) 井上幸子 他：看護学体系⑧ 看護の方法 3%日常生活行動の援助技術 2%108, 135～136, 1990.
- 4) 井上幸子 他：看護学体系⑦ 看護の方法 2%日常生活行動の援助技術 1%56, 1991.
- 5) 泉キヨ子 他：人工股関節全置換術患者における日常生活の回復過程に関する研究－術後 6 カ月の ADL 回復の推移について－。金沢大学医療技術短期大学部紀要 VOL. 13. 21～24, 1989.
- 6) 泉キヨ子 他：人工股関節全置換術患者における日常生活の回復過程に関する研究－%術後 12 カ月の ADL と ROM の回復の推移について－。金沢大学医療技術短期大学部紀要 VOL. 15. 67～71, 1991.