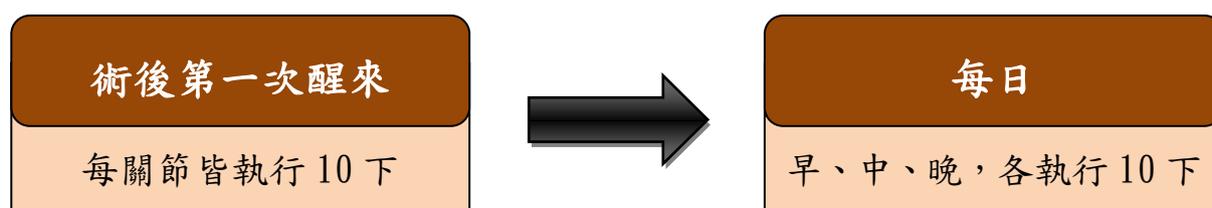


術前衛教

手術前的準備，會施予全身麻醉。從上麻藥後，歷經長時間的手術過程，肢體持續擺位不動的結果，關節易有沾黏與僵硬。肺部則會因肺部擴張不全產生痰積，嚴重者甚至會出現肺炎等併發症。術後麻藥退後，早期的關節活動，有助於化解關節的沾黏與僵硬，以及增加肺部的進氣量，降低肺部擴張不全所致的痰液堆積。

一、主動關節活動

可大略分成上肢(三個關節)與下肢(兩個關節)兩部分。



(一) 上肢

則再細分成肩、肘以及手掌等，三個關節。

① 肩關節

	切除手術	裝置人工血管	好側肩
抬舉角度	0 度~45 度	0 度~45 度	術前最大活動角度
術後初期， 角度過大之 潛在風險	麻藥未完全退卻，對疼痛不敏感，無法自我察覺傷口是否過度拉扯，而影響傷口癒合。	術後初期，皮下組織與人工血管的穩定性尚在建立，活動角度過大時，易造成位移，增加後續藥物注射時出現漏針的風險。	如原有關節相關問題，則於疼痛可接受範圍內活動。

◇ 重建個案之患側手，請依照整形外科醫師的醫囑執行抬舉角度。

◇ 以右側切除或右側裝置人工血管個案為例，其術後第一天之活動



<手術側手：0~45 度抬舉>



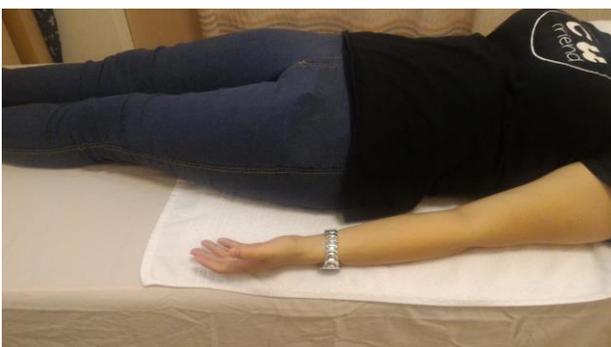
<好側手：術前最大活動角度>

② 肘關節



<手臂平放於床上，執行術前最大彎曲、伸直角度>

③ 手掌關節



<5 秒抓握；5 秒張開>

(二) 下肢

則再細分成髌膝與踝關節等，兩個部分。

① 髌膝關節



<以腳跟與床面接觸，執行術前可達成的最大髌與膝關節彎曲、伸直角度>

② 踝關節



<5 秒的腳板上抬；5 秒的腳板下壓>

二、腹式呼吸

除了肢體活動可增加肺部的進氣量之外，亦可主動增加肺部擴張的量。平躺姿勢下，手擺放於下腹部，搭配呼吸可感受腹部起伏。

呼氣時，想像並感受肚臍往下、往頭向移動。若腹部下沉幅度不如預期，可以徒手的方式，施加一壓力使腹部的氣體得以擠出。

吸氣時，則想像氣體吸至肚臍偏膀胱的腹部，將手向上頂高。於吸氣飽和時，略為憋氣 3 秒，使肺泡間的氣體相互流通，打開擴張塌陷的肺泡。若個案為心血管疾病或氣胸者，僅需達到最大吸氣與呼氣即可，不須且避免憋氣的動作。

此呼吸模式，除了可使下肺葉區的氣體達到有效率的交換，減少痰液的堆積之外，亦可減少術後因疼痛導致不敢深呼吸的窘境。

三、擺位

術後，急性期的傷口，周圍組織會出現紅、腫、熱、脹的現象，相鄰的肢體亦會連帶影響。因此，建議患側手，可以枕頭或棉被大面積下支撐墊高，高度須高於心臟，並小於 45 度抬舉為佳。

若腫脹感較明顯者，可合併前面提過的手掌關節動作，加速組織液的回流，以改善腫脹不適感。



<患側手利用枕頭或棉被墊高>

四、術後下床

術後傷口未癒合前，須採漸進式下床，以免拉扯傷口感到不適。



〈翻身至好側邊〉



〈雙腳移出床外〉



〈好側手肘頂床〉



〈雙側手掌支撐〉



〈完成床邊坐姿〉

◇ 首次起身，須稍坐 5 分鐘，注意是否出現頭暈現象，待暈眩緩減後，再下床行走。



屏東榮民總醫院

PINGTUNG VETERANS GENERAL HOSPITAL

復健科物理治療 關心您

08-7557885 轉 84221