# Genoptrænings foreskrift til Fysioterapeuten THA

## Diagnose

Primær hofte alloplastik (total hofte alloplastik, THA)

## Baggrund

Primær/Sekundær slidgigt i hofteled, eller pga. tumorer i hofteregionen.

## Ortopædkirurgen har givet følgende råd til patienten.

”Din hofte er nu opereret med et kunstigt hofteled.
Efter 10 – 14 dage og når du er kommet dig nogenlunde efter operationen anbefaler vi dig at få instruktion ved Fysioterapeut for at komme godt i gang med din genoptrænning. Det vigtigste er helt enkelt aktivitet. Læs Fysioterapeutens forslag nedenfor. Se hvad der passer for dig. Sid blot ikke stille for længe ad gangen:-)
Indtil du træffer Fysioterapeuten som skal forestå din fortsatte træning må du udføre de øvelser du er blevet instrueret i på sygehuset”

## Fysioterapi

Læs altid operationsbeskrivelse eller konferér med operatør, for at afdække mulige afvigelser fra standardplan **<u>før</u>** behandlingens opstart. Hvis det under operationen af kirurgen er angivet at bevægeligheden er nedsat, kan det ikke forventes at patienten vil opnå øget bevægelighed ved fysioterapi.

## Formål

Formålet med fysioterapi til THA-patienter er at genskabe muskelstyrke, ledbevægelighed og stabilitet omkring den nye hofte. I behandlingen vil indgå instruktion i selvtræningsprogram. Al træning foregår indenfor det angivne regime. Patienten mobiliseres dagligt, dels for at undgå komplikationer der har relation til immobilitet og dels for at genoptræne patienten til et så selvstændigt funktionsniveau som muligt.

## Daglig behandling

Den daglige behandling vil bestå af mobilisering, gangtræning og øvelsesterapi (ØT). Pjecen ’Patientvejledning’ udleveres og gennemgås med henblik på selvtræning under såvel som efter

indlæggelse. Fysioterapeuten hjælper patienten med at udføre de øvelser vedkommende ikke selv kan udføre.

Vær opmærksom på hovedgærdets indstilling under træning i sengen, da patienter med kontrakturer vil finde det ubehageligt at ligge strakt. Sammenhængen mellem at have gået i lang tid med en dårlig hofte og kontrakturer forklares for patienten, og instrueres i udspænding, skulle det være relevant.

## Smertebehandling

Formålet med smertestillende behandling i forhold til mobilisering og bevægelse forklares for patienten. De fleste patienter vil have et lokalt smertekateter, men nogle kan have epikateter. Smertebehandlingen er kun sufficient hvis patienten kan gennemføre den daglige behandling uden væsentlige smerter.

*OBS. Epikateter kan medføre motorisk og sensoriske forstyrrelser i underekstremiteterne.*

Ved eventuelle problemstillinger, konferér med det øvrige personale.

## Træning af hoftens ROM

I overgangsperioden mellem passiv og aktiv selvtræning kan patienten ved træning af hoftefleksion anvende et håndklæde e.l. om låret til støtte af benet, og et glidestykke under foden ved abduktionstræning. Abduktion er typisk den bevægelse patienten har sværest ved at udføre selvstændigt.

## Vendinger i seng

Når drænet er fjernet kan patienten begynde at ligge på siden. Ofte vil det gøre ondt at ligge på opererede side, men patienten kan for det meste ligge på den raske side uden smerter. Her instrueres patienten i at rykke ud til det opererede bens side af sengen, placere en pude mellem benene og dreje om på den raske side.

Patienten skal *altid* have en pude mellem benene ved sideliggende stilling, for at undgå adduktion i hoften. Videre i samme manøvre, når patienten ønsker at komme til fremliggende. Ikke alle patienter bør opfordres til fremliggende øvelser. Begrænsninger kan være, men begrænser sig ikke til, kontrakturer, respiratoriske problemstilliger, kropsbygning, m.m.

## Gangtræning

Typisk påbegyndes gangtræning samme dag som operationen (i tilfælde hvor operationen finder sted senere på dagen udskydes gangtræningen til dagen efter). Patienten kan evt. mobiliseres til siddende i en høj stol. Progression i gangtræningen sker ved øget gangdistance, mindre personstøtte og andet gangredskab.

## Forflytning fra liggende til stående

Det opererede ben støttes når patienten rykker ud til sengekanten til den opererede side. Ved sengeliggende forskydning til siderne skal patienten være opmærksom på ikke at adducere benet.

Patienten kommer til siddende ved at at føre benet ud over sengekanten, og eventuelt vha. Personstøtte. Det vurderes om patienten oplever svimmelhed. Fra siddende kan patienten vha. Gangredskab mobiliseres til stående.

## Skyggestøtte

Skyggestøtte er vægtbæring af max. 10-15 kg, svarende til benets egen vægt. Det vurderes om patienten er i stand til at skyggestøtte, afhængigt af bl.a. armkræfter og forståelse for regime. Hvis ikke patienten kan skyggestøtte konfereres med læge, om patienten må aflaste eller helt undlade støtte.

## Siddende i stol

Fysioterapeuten vurderer behovet hos den enkelte patient. Det er vigtigt at stolen ikke strider imod regimet (90° fleksion). En stol kan gøres mere sikkert anvendelig ved at anvende en almindelig pude, skråpude eller begge for at hæve sædet. Patienten udstyres med en vippeskammel efter ønske.

## Gangtræning med albuestokke

Gangtræningen med albuestokke kan påbegyndes når det af fysioterapeuten findes sikkert. Foden skal altid pege så lige fremad so muligt ved gang.

Herefter kan trappegang påbegyndes. Instruktion er i dette er udleveret til patienten.

Op ad trappen: Det ikke-opererede ben først, dernæst stok og det opererede ben. Gå kun ét trin af gangen. *Huskeregel: Det gode ben op i himlen.*

Ned ad trappen: Det opererede ben og stok først, dernæst det ikke-opererede ben. Gå kun ét trin af gangen. *Huskeregel: Det dårlige ben ned i helvede.*

## Kontraindikationer og restriktioner

Der må ikke:

- *Flekteres mere end 90 grader i hoften.*
- *Adduceres forbi lodlinjen.*
- *Indadroteres*

Se altid journal / konferér med operatør.

## Forfatter og version

Udarbejdet september 2014 / Fysioterapeut Søren Larsen. Revideret af Ortopædkirurg Ole S Jørgensen

## Litteratur

Referenceprogram for primær knæ alloplastik (Dansk Ortopædisk Selskab's hjemmeside)