

Zeitschrift: Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

Band: - (1955)

Heft: 145

Artikel: Vor- und Nachbehandlung bei Hüftgelenksoperationen

Autor: Zinn, W.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930834>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vor- und Nachbehandlung bei Hüftgelenksoperationen

Von W. Zinn

Allgemeines

In der *Vorbehandlung*, die hauptsächlich bei der Judetplastik wichtig ist, soll der Patient die nach der Operation auszuführenden Uebungen einschliesslich der Atemübungen lernen, die Muskulatur in einen möglichst guten Zustand gebracht und der Patient über die Operation und den durch sie voraussichtlich zu erwartenden Zustand orientiert werden. Die Operationsresultate hängen in hohem Masse von der konsequent durchgeführten Nachbehandlung ab. Abgehärtete, sportlich und positiv eingestellte Naturen von schlankem Körperbau erreichen die besten Resultate.

Bevor der Physiopraktiker mit der *Nachbehandlung* beginnt, lässt er sich vom Operateur genau über die Art des Eingriffes unterrichten. Er muss wissen, ob evtl. neben dem Haupteingriff zusätzliche Massnahmen (Nerven-, Muskel-, Sehnendurchtrennung u. a.) getroffen wurden. Die speziellen Richtlinien sind ein Schema. Nicht selten werden Schwierigkeiten in der Nachbehandlung auftreten, dann ist der Operateur oder der über die Operation genau informierte behandelnde Arzt zu befragen. Die Muskulatur muss durch aktive Bewegung gekräftigt werden. Massage dient höchstens zur Lockerung eventuell gespannter Muskeln, daher spielt sie hier nur eine untergeordnete Rolle. Ferner übt man mit dem Patienten die im täglichen Leben notwendigen Uebungen ein. Passive Bewegungsübungen werden vermieden, kommen auf jeden Fall nur bis zur Schmerzgrenze in Frage.

Die *Nachsorge* besteht darin, dass wir unsere Patienten auf das ihnen zuträgliche beste Mass an Bewegung und körperlicher Arbeit einstellen. Das ist natürlich individuell verschieden. Gerade hier kann der Physiopraktiker mit guter Beobachtungs- und Einfühlungsgabe dem Patienten viel bedeuten. Gegebenenfalls muss auch eine Umschulung durchgeführt wer-

den. Unbeeinflussbare Beschwerden sollten bagatellisiert werden. Wo es nötig ist, wird der Arzt mit harmlosen Schmerzlinierungsmitteln nachhelfen. Es ist falsch, einem stets jammernden Kranken gegenüber unserem Bedauern und Mitgefühl zu häufig Ausdruck zu geben. Dadurch nützen wir ihm nicht. Wir müssen den rechten Mittelweg finden. Wir sind verpflichtet, dem Patienten zu helfen, dass er sich mit gewissen, unvermeidlichen Beschwerden und Störungen abzufinden lernt. Wir nehmen die Kranken in Gruppenarbeit, soweit das überhaupt möglich ist. Man sucht, schwierigere Patienten durch die Arbeit mit geeigneten Kameraden im positiven Sinne zu beeinflussen.

Nach Abschluss der eigentlichen Behandlung empfehlen wir abhärtende Massnahmen. Wir versuchen auf alle mögliche Weise, unseren Patienten ein gesundes Körpergefühl anzuerziehen, was dem Arthrotiker meist fehlt. Der ganze Mensch soll durchtrainiert werden. Weiterhin sollen die Patienten nach Möglichkeit einmal im Jahr eine Kur in einem Thermalbad nehmen, wo Gelegenheit zu Geh- und Schwimmbädern ist. Gerade bei älteren Menschen ist das Erlebnis der im Bad so stark erleichterten Bewegung ungeheuer stimulierend. Schwimmen dürfte wohl für diese Patienten der beste Sport sein, daneben kommt auch Velofahren in Frage. Als Badeorte sind vor allem Ragaz, Badenweiler, Aix-les-Bains usw. geeignet. Leukerbad ist durch die dortigen klimatischen Faktoren bei dieser Indikation nicht immer günstig, da es dort am ehesten zu stärkeren Badereaktionen kommt. Diese sind unerwünscht, können aber bei ärztlicher Ueberwachung der Kur heute meist schnell abgedämpft werden. Ebenso können Kneippkuren oder auch Kuren mit Unterwasserstrahlmassage neben der Bewegungstherapie günstig wirken.

S p e z i e l l e s

1. Plastik (Judet oder Merle d'Aubigné)

Es ist zweckmässig, wenn der Patient bereits vor der Operation die Uebungen, welche er nach der Operation auszuführen hat, lernt. Es sind dies Bewegungsübungen auf dem Rücken und auf der gesunden Seite mittels kleiner Hängematten, Uebungen der Glutaeal- und Quadricepsmuskulatur gegen Widerstand, auch mit isometrischen Kontraktionen, ferner Uebungen für das Fussgelenk und Atemübungen. Je besser der Zustand der Hüftmuskulatur ist, umso günstiger die Nachbehandlung.

Dem Patient soll auch vor der Operation gesagt werden, was in der Nachbehandlung wichtig ist. Er soll überhaupt beruhigt, ihm soweit wie möglich die Angst vor dem Eingriff genommen werden, auch vor dem Tibiakopf- und Calcaneustrahl, welche mit gewissen Schmerzen verbunden sind. Er soll vorbereitet sein, dass Knarren im Hüftgelenk nach der Operation nichts Ungewöhnliches ist. Es ist wichtig, dass der Patient eine positive Einstellung zu der Operation hat und die Nachbehandlung konsequent durchführt.

Nach der Operation (modifiziert nach Judet):

Der Patient kommt aus dem Operationsaal mit einer Extension. Der Unterschenkel in eine Hängematte gelegt. Oder man legt das Bein auf Braun'sche Schiene mit Fusstütze. Es muss darauf geachtet werden, dass der Fuss in Rechtwinkelstellung steht und dass die Patella immer nach ventral oder medial sieht, d. h. Aussenrotation muss peinlichst vermieden werden.

Der Längszug beträgt 4—7 Pfund, der Vertikalzug 5—9 Pfund. Das Fussende des Bettes wird um 20 cm erhöht.

Die Abduktionsstellung der Extremität wird bei kurzen Hälsen mit geringer Distanz Trochanter major — Illum gering, wenn eine Adduktorenentomie ausgeführt wurde, grösser gewählt.

In der 1. und 2. Woche wird der Patient während 12 von 24 Stunden flach gelagert. Während der übrigen 12 Stunden wird ihm gestattet aufzusitzen. Die Extension

wird während dieser Periode beibehalten. Während der ersten vier postoperativen Tage werden lediglich isometrische Kontraktionen der Glutaealmuskulatur und des Quadriceps sowie Atem- und Fussübungen durchgeführt.

Vom 5. Tag an werden aktive Bewegungsübungen im Sinne von Flexion, Extension, Abduktion ausgeführt. Adduktion und Aussenrotation muss dabei unbedingt vermieden werden. Widerstand wird allmählich eingeführt (ausser für die Abduktion, wenn ein lateraler Zugang gewählt wurde). Die Extension wird während der Uebungen vorübergehend entfernt. —

Bei Lagerung in Hängemättchen soll der Patient viermal täglich während 10 Minuten selbständig üben.

In der 3. Woche wird der Kirschnerdraht entfernt. Die Drähte werden in der 3. Woche durch Heftpflasterextension ersetzt. Wo von Anfang an mit Heftpflaster extendiert wurde, wird diese Extension natürlich einfach weitergeführt.

Die Uebungen mit steigendem Widerstand werden fortgesetzt.

In der 4. Woche darf der Patient das Bett verlassen und in einen Stuhl sitzen. Die Extension wird entfernt, ausser nachts, wenn dem Patienten dadurch Erleichterung gegeben werden kann. Die Uebungen werden fortgesetzt. Dazu Heben des gestreckten Beines. Auch können jetzt Uebungen im Bad und Gehen am Velo ohne Belastung begonnen werden.

Von der 5. bis 8. Woche werden Gehübungen ausgeführt. Die Belastung wird gesteigert, zuerst am Velo, dann an zwei Krücken, dann an zwei Stöcken. Ein Stock ist meist während mehrerer Monate nötig.

Bei einseitiger Operation kann die Spitalentlassung gewöhnlich nach sechs Wochen erfolgen, wenn der postoperative Verlauf komplikationslos war. Bei der Entlassung soll der Patient möglichst eine Exkursionsmöglichkeit im Sinne der Flexion und Extension von 50 bis 90° aktiv und weitere 10—20° passiv haben. Mit der Extension, also der Rückwärtsbewegung

des Oberschenkels muss man vorsichtig sein, da diese am ehesten zur Luxation führen kann.

Im 3. Monat nach der Operation wird die ambulante Behandlung in diesem Sinne dreimal wöchentlich, im 4. Monat zweimal wöchentlich, danach einmal wöchentlich durchgeführt. Nach etwa einem Jahr kann der Patient auch aus der ambulanten Behandlung entlassen werden. Er wird angewiesen, die gelernten Uebungen weiterhin einmal am Tag für sich allein zu machen. —

Musste die Operation doppelseitig ausgeführt werden, so ist der Verlauf erschwert. Das 2. Gelenk wird in der Regel mindestens sechs Wochen nach der ersten Operation operiert.

Das erste und wichtigste Ziel der Operation ist die Schmerzlinderung. In zweiter Linie soll eine ausreichende Beweglichkeit im Hüftgelenk herbeigeführt werden. Es soll aber nicht auf Kosten der Schmerzlinderung mit übermässigen passiven Bewegungsübungen forciert werden.

Wichtig ist bei der Uebungstherapie die Kräftigung der das Hüftgelenk umgebenden Muskulatur, vor allem der Glutaei, um den Kopf bestmöglich in der Pfanne zu fixieren.

2. Exkochleation der Spongiosa bei Coxarthrose (Vogl.)

Auch bei diesem Eingriff ist es wichtig, dass der Patient richtig vorbereitet wird. Besteht eine starke Inaktivitätsatrophie der Glutaeal-, Lenden- und Quadricepsmuskulatur, so wird dieselbe durch ausgiebige aktive Bewegungstherapie, z.T. unter Wasser, z.T. gegen Widerstand, z.T. isometrische Kontraktionen geübt. Zusätzliche Massnahmen sind dabei Solebäder und Solewickel am betreffenden Hüftgelenk und Oberschenkel oder Bindegewebsmassage. Die üblichen postoperativen Atemübungen werden einstudiert.

Der Patient muss auch hier psychisch vorbereitet werden. Es handelt sich um einen ganz leichten Eingriff, der dem Patienten gegenüber bagatellisiert werden darf und muss. Das Ziel besteht in einer Schmerzlinderung, die etwa bei sechs von

zehn Fällen erreicht wird. Die Operation muss als das dargestellt werden, was sie ist: ein praktisch risikoloser kleiner Eingriff, der vor allem versuchsweise ausgeführt wird, um dem Patienten eine grössere Operation zu ersparen. Der Eingriff könnte in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Da heute die Narkose aber harmlos durchzuführen und das Operieren in Narkose angenehmer für den Operateur ist, wird diese Operation doch meist in Narkose vorgenommen. Daraus resultiert meist eine Ueberbewertung durch den Patienten. Die statische Korrektur muss vor der Operation durchgeführt und eingewöhnt werden.

Nach der Operation:

Der Patient bekommt nach der Operation eine Heftpflasterextension, dazu wird ein Gewicht von durchschnittlich 4—5 kg angehängt. Das Bein wird in leichter Abduktion gelagert, Patella sieht nach ventral oder innen, Aussenrotation wird peinlichst vermieden. Es wird darauf geachtet, dass der Fuss in Rechtwinkelstellung steht. Das Fussende des Bettes wird um etwa 20 cm erhöht. Jeden 2. Tag geben wir dem Patienten eine Ampulle Butazolidin intramuskulär, sofern keine Gegenindikation besteht (während 10—20 Tagen).

Während der ersten vier Tage werden bereits isometrische Kontraktionen der Glutaealmuskeln und des Quadriceps durchgeführt, ferner leichte aktive Bewegungen in Flexion, Extension, Abduktion, Innenrotation bis an die Schmerzgrenze. Stark gespannte Muskeln (bes. Adduktoren!) werden mit einigen Lockerungsgriffen massiert. Aussenrotation wird vermieden. Ferner werden Atem- und Fussübungen durchgeführt.

Vom 5. bis 10. Tag werden aktive Uebungen im gleichen Sinne durchgeführt, zunehmend wird Widerstand angewandt. Bei den Uebungen wird auf den Zustand der Wunde Rücksicht genommen.

Während der ersten zehn Tage wird der Patient während 12 von 24 Stunden flach gelagert. Während der übrigen 12 Stunden darf er aufsitzen. Die Extension wird nur während der Uebungen entfernt. Diese

sollen möglichst zwei- bis dreimal am Tag durchgeführt werden.

Am 10. Tag wird die Extension entfernt, und der Patient darf das Bett verlassen, aufstehen und zwei- bis dreimal am Tage einige Schritte machen. Die ersten Belastungsproben sollen unter Ueberwachung durch die Gymnastin oder den Arzt erfolgen. Im übrigen wird die Bewegungstherapie fortgesetzt und intensiviert. Sie kann sofort nach Wundheilung zusätzlich auch unter Wasser erfolgen. Falls dem Patienten nachts eine Erleichterung damit verschafft werden kann, kann man nachts noch in Extension mit dem Heftpflasterverband lagern. —

Am 14. Tag wird der Patient nach Hause entlassen.

Während weiteren vier Wochen erfolgt zweimal wöchentlich eine ambulante Behandlung mit aktiver Bewegungstherapie, besonders für die Glutaeal- und Quadricepsmuskulatur, zum Teil an der Luft, z.T. unter Wasser. Aussenrotation und Adduktion werden peinlichst vermieden. Der Patient wird angewiesen, täglich ein-, besser zweimal auszugehen. Falls noch Muskelspannungen bestehen, werden weiterhin Lockerungsgriffe angewandt. Falls notwendig werden zur Entspannung der Muskulatur oder zur Beschleunigung der Resorption eines postoperativen Infiltrats physikalische Massnahmen angewandt.

Sechs Wochen nach der Operation kann gewöhnlich jede Behandlung eingestellt werden. Insbesondere sind Badekuren oder andere Massnahmen, welche mit Schmerzreaktionen einhergehen können, streng kontraindiziert. Der Patient wird angewiesen, täglich auszugehen und sich nach etwa einem halben bis nach einem ganzen Jahr zur Kontrolluntersuchung wieder vorzustellen. Hat der Eingriff nicht zu einer genügenden Schmerzlinderung geführt, sind dem Patienten harmlose Analgetica zu verschreiben. Die Schmerzlinderung tritt manchmal erst nach einem halben Jahr und noch später ein. —

3. Adduktorentenotomie

Diese wird bei starker Spannung (Hypertonus oder Kontraktur) im Bereich der

Adduktoren, meist als zusätzlicher Eingriff bei der Operation nach Judet oder Vogl ausgeführt, kommt aber auch als isolierte Massnahme in der Frühbehandlung der Coxarthrose in Frage.

Die Nachbehandlung besteht in der während acht Tagen durchzuführenden Lagerung des Beines in leichter Abduktion.

Nach acht Tagen kann der Patient aufstehen und in der Regel auch das Spital verlassen. Die gymnastische Betreuung besteht darin, dass man dem Patienten dabei hilft, sich auf die vermehrte Abduktion des Oberschenkels einzustellen. Die Patienten klagen manchmal, sie würden zu breitbeinig gehen.

4. Obturatoriusresektion

Hierbei besteht die Nachbehandlung auch darin, dass man dem Patienten in der Gangschulung beibringt, wie er die Schwächung der vom Obturatorius versorgten Muskulatur am besten kompensiert. Die Patienten geben oft an, sie könnten wegen eines Schwächegefühls nicht mehr so weit gehen wie vor der Operation. Da die Innervierung des Hüftgelenkes zahlreiche Variationen aufweist, ist die Schmerzlinderung nach dem Eingriff nicht immer genügend. Der Nerv versorgt die Adduktoren und den M. obturatorius ext. (dieser rotiert auch nach aussen).

5. Arthrodes

Hier besteht die Nachbehandlung vor allem in der Fixation in richtiger Lage. Die gymnastische Nachbehandlung besteht anfangs in Atemgymnastik, isometrischen Quadricepsübungen, Fussübungen, Bewegungsübungen des anderen Beines, eventuell Massagen (am anderen Bein usw.) Erst später setzt dann die übrige Behandlung ein. Sie besteht vor allem darin, dass man die Patienten lehrt, wie sie auf dem Closett sitzen, Treppen steigen, aus dem Sitzen aufstehen können usw. Ferner muss die Beugung des Knies geübt werden, und zwar nach Möglichkeit so weit, dass der Patient durch Anheben des Fusses nach hinten den Schuh selbständig an- und abziehen kann.