

老年髋关节置换术后康复训练对关节功能恢复的观察

魏卫, 李光第, 宋丽君

(昆明医学院第一附属医院干疗外科, 云南 昆明 650031)

[关键词] 老年; 髋关节置换术; 康复训练; 关节功能

[中图分类号] R687.3⁴ [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 02 - 0132 - 02

随着人工髋关节置换术的广泛应用, 更多的髋关节疾病的患者的痛苦得以缓解, 生活质量得到进一步改善, 然而, 精湛的手术技术只有结合术前、术后的系统康复治疗, 才能获得最理想的效果^[1], 因此术后康复也日益受到重视. 自 2005 年 1 月至 2010 年 6 月昆明医学院第一附属医院干疗外科对髋关节置换术后的患者进行了系统的康复训练指导, 取得了较好的临床效果, 现报告如下.

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005 年 1 月至 2010 年 6 月昆明医学院第一附属医院干疗外科采用髋关节置换术治疗患者 46 例, 男 21 例, 女 25 例, 年龄 65.3~93.1 岁, 平均 76.5 岁. 其中股骨颈骨折 38 例, 股骨头坏死 8 例, 行人工股骨头置换术 41 例, 全髋关节置换术 5 例.

愿意接受术后系统康复训练的纳入系统康复训练组, 不愿意接受的纳入对照组. 其中系统康复训练组 23 例, 人工股骨头置换术 20 例, 全髋关节置换术 3 例; 对照组 23 例, 人工股骨头置换术 21 例, 全髋关节置换术 2 例.

1.2 方法

系统康复训练组: 分为 3 个阶段: 第一阶段(术后 1 周): 进行踝泵训练, 每分钟 15 组, 20 min/次, 3 次/d, 股四头肌和臀肌的等长收缩, 一次收缩 10~15 s, 放松 5 s, 15 次为 1 组, 3 组/d, 仰卧位髋关节屈曲 15°~45°, 每天 2~3 次; 坐位伸膝训练, 每天 2~3 次. 根据引流情况拔出引流管, 拍片复查. 同时进行呼吸功能锻炼, 抗血栓泵治疗. 第二阶段(术后 2~8 周): 在控制好疼痛与水肿的情况下进行仰卧位和坐位的主动辅

助屈髋练习、伸髋练习, 次数和范围可较第一阶段增加, 主动伸膝练习, 髋关节外展、内收练习, 屈髋位旋转练习, 即屈膝位两膝关节靠拢和分开练习, 范围不能过大. 双拐下地立位髋关节伸展练习、屈髋练习及平衡练习, 患肢不负重. 如为初次骨水泥型假体, 术中无植骨等特殊操作情况下, 可在体力、肌力恢复, 平衡控制好后进行逐步的步行练习, 患肢负重 20 kg, 如为生物型假体至少 6 周, 如术中有特殊操作则要相应延长步行练习时间. 平衡练习, 可进行双侧重力转移练习逐渐过渡到单侧重力转移练习. 第三阶段(术后 8~14 周): 进一步强化肌力和功能. 进一步髋关节伸展练习、抗阻力屈髋和伸髋练习, 髋关节外展练习, 前上台阶练习, 辅助下拄双拐健侧负重, 患肢向前上 10~20 cm 逐步增高的台阶, 进一步平衡练习, 逐步过渡到单腿平衡练习.

对照组患者除常规治疗及护理外, 进行康复训练, 教育并告知患者及家属康复训练方法和目的后, 由患者及家属自行康复训练.

2 组患者均告诫患者及家属髋关节置换术后的禁忌动作: 髋关节屈曲大于 90°, 髋关节内收超过中线, 髋关节内旋超过中立位.

1.3 评定方法

分别评定术后 3 个月和术后 6 个月的髋关节 Harris 评分. 全部功能评定项目均由专人评定.

1.4 统计学处理

所有数据以均值 ± 标准差 $\bar{x} \pm s$ 表示. 所得数据采用 SPSS 软件进行 *t* 检验.

2 结果

2 组患者术后第 3 个月和第 6 个月的髋关节 Harris 评分分别进行样本 *t* 检验, 其差异有统计学

[作者简介] 魏卫 (1976~), 男, 四川成都市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事骨科临床研究工作.

意义 ($P < 0.05$), 见表 1.

表 1 Harris 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 3 个月	术后 6 个月
康复训练组	23	81.37 ± 12.05**	92.84 ± 12.76**
对照组	23	70.51 ± 10.24	76.62 ± 15.13

与对照组比较, ** $P < 0.01$.

3 讨论

髋关节置换术是重建髋关节和恢复髋关节功能疗效较为肯定的手术, 然而, 髋关节置换术后容易发生肌肉萎缩和关节痉挛、下肢深静脉血栓形成、骨质疏松等并发症. 因此, 髋关节置换术后的治疗不单纯是卧床休息, 稍加活动等待组织的愈合, 而是要在常规治疗的同时, 在术后早期实施康复训练, 以帮助患者改善肌力及患肢负重能力, 并预防各种并发症的发生, 减少周围组织的粘连, 恢复关节功能, 提高生存质量^[2,3]. 本研究表明, 康复训练组在肌力恢复和关节活动范围上明显优于对照组, 治疗后 Harris 评分也有明显提高. 由此可见, 髋关节置换术后的康复训练对于提高手术疗效有较好的作用.

髋关节置换术后的关节功能恢复程度不但与疾病病损程度有关, 也与手术操作、患者的信心、精神状态以及对康复训练的配合程度密切相关. 因此, 训练过程中, 心理康复应贯穿整个训练过程的始终, 健康教育有利于髋关节置换术后患者功能的康复, 减少患者的痛苦^[4], 可促进患者出院后继续康复训练的自觉性. 髋关节置换术多为老年患者, 体力与身体机能已不同程度减退, 康复训练原则应由易到难, 由被动到主动, 训练强度适宜, 要掌握不同时期的心理状态, 根据年龄、体质及耐受程度而异. 因此, 康复计划的制定必须遵循个体化、渐进性、全面性 3 大原则^[5].

髋关节置换术后康复训练是以肌力训练和关节活动度训练为核心, 以恢复日常生活动作的协调性为目的. 髋关节置换术后髋周肌力训练可增加关节周围肌群的力量, 对于维持关节的稳定

性, 恢复关节功能, 减轻关节负载, 减少假体松动, 恢复髋关节的软组织平衡都具有重要意义^[6]. 关节活动度训练是恢复关节功能所必须的. 术后在无痛状态下进行小范围被动关节活动训练, 逐步过渡到大范围主动关节活动训练, 避免易使人工关节脱位的动作及体位. 关节的本体感觉及平衡训练也是必须的, 这对于减少患者跌倒的危险性, 改善步态有重要意义. 而术后早期的踝泵训练及冰敷治疗则可促进患肢静脉回流, 减轻肿胀, 更有利于进一步的康复训练.

总之, 髋关节置换术后的系统康复训练是保证和巩固手术疗效、促进患者功能康复的重要部分^[7], 对于降低各类并发症的发生, 提高肢体功能状态及生活质量, 缩短康复时间有着重要的作用.

[参考文献]

- [1] 吕厚山. 人工关节科学[M]. 北京:科学出版社,1998:225-226.
- [2] HUO M H, GILNERT N F. Complications of minimal incision total hip arthroplasty [J]. Current Opinion in orthopedics, 2005, 16(1):18-20.
- [3] DELLOSE S M, KIM A H, SINHA R K, et al. Minimally incision hip surgery for total hip replacement: A retrospective, look[J]. Pittsburgh Orthop J, 2002, 13(2):99-102.
- [4] FORTINA M, CARTA S, GAMNERA D, et al. Recovery of physical function and patient's satisfaction after total hip replacement (THR) surgery supported by a tailored guide-book[J]. Acta Biomed, 2005, 76(3):152-156.
- [5] 李庆涛, 徐东潭, 徐光辉, 等. 临床骨科康复治疗学[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2009:478.
- [6] 史振才, 李子荣, 介国斌. 全髋关节置换术的软组织平衡[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(1):38-39.
- [7] MALLORY T H, HEAD W C, LOMBARDI AV J R. Tape-red design for the cementless total hip arthroplasty femoral component[J]. Clin Orthop, 1997, (344):172-178.

(2011-12-13 收稿)