

• 骨关节病康复 •

全髋关节置换术后常见症状的康复治疗

郭辉 胡春英

[关键词] 全髋关节置换术; 常见症状; 康复治疗

中图分类号: R687.4, R493 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2002)04-0233-02

全髋关节置换术后的康复训练包括早期训练和术后稳定期训练。本文介绍作者经过对髋置换术后大量病例的康复治疗总结出的一套运动治疗方案和特殊手法, 以及髋置换术后功能障碍发生的原因和康复治疗中应注意的事项, 以供社区医生在处理有关病例时参考。

1 早期康复训练

早期康复训练是指术后前 4—6 周的康复训练。

1.1 术后第 1 周的训练

1.1.1 目的 维持患肢关节活动度, 防止肌肉萎缩。

1.1.2 方法: ①患者半仰卧位, 患侧髋关节轻度外展 (20° — 30°), 髋关节无旋转, 每次保持 5—15 min。②做患侧踝关节主动屈伸或做少部分抗阻力运动。③做患侧股四头肌等长收缩, 每次持续 6—10 秒。④做被动屈髋, 角度应小于 15° 。

1.2 术后第 2 周的训练

1.2.1 目的 加强患肢在不负重情况下的主动运动, 改善关节活动度, 进一步提高肌力。

1.2.2 方法: ①令患者被动屈髋, 角度为 30° — 60° , 每 10 次为 1 组。②做股四头肌练习, 患者仰卧位, 助力下做下肢抬高, 角度小于 30° , 10 次为 1 组。③直立床站立练习, 直立角度以患者不感到疼痛为准, 时间 20—30 min, 每天可重复多次。

1.3 术后第 3 周的训练

1.3.1 目的 增强肌力, 使患侧少量负重。

1.3.2 方法: ①平衡杠内做患侧少量负重站立练习, 时间 15—20 min。②做患侧股四头肌等长收缩和助力下等张收缩, 及小腿肌肉的抗阻力练习。

1.4 术后第 4—6 周的训练

1.4.1 目的 通过加强肌力练习, 提高患侧负重能力。

1.4.2 方法: ①令患者在患侧大部分负重站立下主动屈髋, 角度小于 90° 。②患者取仰卧位, 做蹬自行车练习, 时间 15—20 min。

2 术后稳定期训练

稳定期训练是指术后 6 周至 6 个月的康复训练, 主要包括患侧肌力训练、术后瘢痕和粘连的康复处理、髋关节控制训练以及其他症状的康复处理。

2.1 增强患侧肌力训练 患侧髋关节周围软组织的生理功能降低是全髋关节置换术后遗留的最常见、最普遍的现象, 直接影响髋关节的稳定性和正常的行走功能。因此, 应把恢复肌力放在康复训练的首位。根据被置换髋关节的稳定性、患者的年龄、体质、术后的长短等, 初期的训练应以抗阻力等长收缩训练为主, 减少关节活动度, 尽量避免髋关节的内收、内旋、屈曲也不应超过 90° 。中、后期再逐渐加强关节活动度的训练及抗阻力的主动关节运动。

2.1.1 梨状肌、臀中肌、臀小肌肌力训练 患者取仰卧位, 治疗师用手在患腿膝外侧施加适当阻力, 同时起到固定患腿的作用。然后将患腿分别置于髋关节外展 5° 、 10° 、 15° 、 30° 的位置, 做患侧髋关节外展的等长收缩训练。运动量可根据患者的年龄、身体素质、术后恢复时间的长短酌情加减; 每个动作运动量为: 保持 3—10 秒/次, 10—30 次/组, 2 组/日。

2.1.2 髂腰肌、股四头肌的等长收缩训练 训练时, 患者取仰卧位, 训练方法有以下几种: ①在患者膝关节下放一支撑物(如枕头、篮球等), 嘱患者将患肢伸直后保持 5—10 秒再放下为 1 次, 10—20 次/组, 2 组/日。②令患者做直腿抬高 20° — 45° , 保持 5—10 秒后再放下为 1 次; 由于此动作比第 1 个动作困难, 因此, 运动强度和保持时间应根据患者的病情、耐受能力而酌情加减。

可在小腿处加沙袋(重量根据患者情况加减), 重复以上 2 个动作。

2.1.3 臀大肌、股二头肌的等长收缩训练 此项训练可有以下几种方法: ①患者仰卧位, 患腿伸直向下用力压床, 保持 5—10 秒为 1 次, 20 次/组, 2—3 组/日。②患者俯卧, 使患腿膝关节处于伸展位, 并保持足背、骨盆不离开床面, 用力将腿抬高, 治疗者施加阻力于患腿(大腿和小腿)上, 保持 5—10 秒为 1 次, 10—20 次/组, 2—3 组/日。③患者俯卧位, 膝屈曲保持 90° , 然后向上抬腿, 保持 5—10 秒为 1 次, 20 次/组, 2—3 组/日。

2.1.4 髋关节的抗阻力运动训练 对术后超过 2 个

作者单位: 100077 北京市, 北京博爱医院运动疗法科。作者简介:

郭辉(1978-), 男, 技师, 主要从事偏瘫、截瘫和骨科患者的物理康复。

月的患者,根据患者的患肢肌力减退的程度,在上述等长收缩的基础上,可进行一些有针对性、有阻力的髌关节主动训练,具体训练方法有:

2.1.4.1 髌屈曲抗阻力训练 训练时,患者取仰卧位,屈髌,治疗者施加阻力于患侧膝关节上方;或患者取立位,背靠肋木,双手上举握住肋木,固定身体,做患腿直腿抬高。此项训练可增强髂腰肌、股四头肌等的肌力。

2.1.4.2 髌关节外展抗阻力训练 训练时,患者取仰卧位,双腿伸直,外力施加于膝外侧或踝外侧;或取健侧卧位,患腿保持在水平线之上,令患者向上抬患腿。此项训练可增强臀中肌、臀小肌、阔筋膜张肌、梨状肌等的肌力。

2.1.4.3 髌后伸抗阻力训练 患者俯卧位,膝关节屈曲,阻力施加于膝关节上部;或膝关节伸展,阻力施加于踝关节上部。此项训练可增强臀大肌、股二头肌肌力。

2.1.4.4 髌外旋的抗阻力训练 患者仰卧位,髌外展约 5° ,施加阻力于膝上部前外侧,令患者外旋大腿。此项训练可增强梨状肌、缝匠肌的肌力。

2.1.4.5 神经肌肉本体感觉易化法(proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF)训练 在训练患者髌关节屈曲、外展、外旋肌力的同时,提高患者整体运动能力的协调性和稳定性。

上述训练的阻力和运动量的大小,要根据患者身体状况而定,以所训练的肌肉在第2天无酸痛、无疲劳为度,以保证训练的持久性和连续性。训练时关节活动的范围要由小到大逐渐增加。

2.2 术后瘢痕和粘连的康复处理 由于髌关节置换术的手术刀口较大、遗留的瘢痕较长、损伤的肌肉较多,特别是后切口损伤的臀中肌、臀小肌对髌关节的稳定性影响很大,同时,瘢痕周围还会出现粘连、针眼疼痛、凹陷等,因此,术后瘢痕和粘连的康复处理对功能的恢复非常重要。可通过以下手法进行康复处理。

2.2.1 抖动法 治疗师用手掌直接接触疤痕,将疤痕放在手掌中间,带动皮下组织进行抖动,频率以120次/min为宜,2—5 min为1组,抖动10 min左右。

2.2.2 振法 治疗师用手掌直接按住疤痕反复进行上下方向的轻幅度振动(振动方向与疤痕垂直),频率以180次/min为宜,1—3 min为1组,每组做10 min左右。

2.2.3 按摩法 用拇指轻柔按摩疤痕5—10 min。

上述手法具有软化瘢痕、松解粘连、改善肌肉的新陈代谢及血液循环的作用,可使伤口疤痕缩小、损伤的肌肉逐渐恢复。

2.3 髌关节控制训练 髌关节的稳定对行走至关重要,增强髌关节周围软组织的生理功能可大大提高其稳定性,除上述增加髌关节稳定性的康复方法外,还可利用以下方法来改善髌关节的稳定性及协调能力:

2.3.1 仰卧训练

2.3.1.1 骨盆下降训练 患侧下肢外展约 10° ,保持上身不动,令患者做髌关节下蹬动作,治疗师在足部施加适当阻力,20次/组,2组/日。

2.3.1.2 搭桥训练 令患者以双下肢和双肩为支点,做臀部上抬的动作,20次/组,2组/日。

2.3.2 站立位负重训练

2.3.2.1 让患者患腿站在体重秤上,健腿站在同一平面上,将重心逐渐移到患腿,直至承担全部体重约5秒钟,注意要逐渐增加患肢负重的程度,同时保持身体重心的平衡。

2.3.2.2 患者站立不动,在腿前面放一矮凳,令其做上下楼梯的动作,注意保持躯干直立,身体重心放在患腿上。

2.4 其他症状的康复处理

2.4.1 踝背屈不充分 患者在行走中偶可发生踝关节背屈不充分,这种现象极易造成摔倒,所以要加强胫前肌等肌肉的肌力训练,完善患者的行走功能。

2.4.1.1 患者取仰卧位,令其反复做抗阻力的足背屈、趾屈曲动作,20次/组,2组/日。

2.4.1.2 患者取坐位双足着地,施阻力于足背部,令其做足背屈,20次/组,2组/日。

2.4.2 下肢静脉曲张的处理 治疗者用双手紧握患者足踝部做一紧一松上推动作,促进血液回流,应注意保持动作力量的连续性;或将腿抬高,同时做以上的手法。

随着人们生活质量的提高,患者对髌关节置换术后恢复生活和工作能力的要求也提高了,这就对康复训练提出了更高的要求。因此,康复训练不能只注重肌力、关节活动度,还应与转移、平衡、站立及行走等功能性活动结合起来,才能最终达到手术的目的,尽可能地恢复和改善老年患者的生活质量。

3 训练注意事项

康复训练对全髌关节置换术能否达到手术目的有着非常重要的作用,但训练中应注意:①手术后3个月内防止髌关节屈曲超过 90° ,避免下蹲取物;②手术后6个月内禁做髌内收、内旋,不要把患腿架在另一条腿上;③日常生活中,注意保存体力,防止继发损伤和劳损。患者出院后在家中仍应按康复程序和要求坚持训练,而社区医生应给予患者及时、正确的指导。

(收稿日期:2002-03-25)