

全髋关节置换术后早期康复方案

姜皓鹏

河南省商丘市睢阳区商丘市立医院，河南商丘，476000；

摘要：全髋关节置换术（THA）是治疗终末期髋关节疾病的有效手段，术后早期康复对减少并发症、促进功能恢复至关重要。本文旨在为临床提供规范、可操作的早期康复指导，帮助 THA 患者安全快速恢复基础功能，为后续康复奠定基础。具体方法为：将 THA 术后早期（术后当日至 4 周）划分为急性期（0-7 天）与功能启动期（8-28 天），明确各阶段核心目标与训练内容，同时遵循安全底线、个体化、循序渐进及功能导向原则，方案涵盖疼痛肿胀管理、肌力训练、关节活动度训练、负重与平衡训练、日常姿势指导等，并包含康复监测与并发症处理措施。

关键词：全髋关节置换术；早期康复；康复方案；并发症预防；功能恢复

DOI：10.69979/3029-2808.25.11.042

1 康复阶段划分与核心目标

早期康复以“安全保障、功能递进”为原则，结合术后组织愈合特点与功能需求，分阶段设定目标，确保康复有序推进。

1.1 阶段划分

急性期（术后 0-7 天）处于术后炎症肿胀期，假体稳定性较弱。重点是控制疼痛肿胀、预防并发症（如血栓、感染），通过低强度训练维持基础肌力，为后续功能恢复打基础。功能启动期（术后 8-28 天）炎症逐渐消退，可有效减轻其疼痛感，缓解患者不良情绪，促进髋关节功能恢复^[1]。核心是激活主动肌力，建立平衡与负重能力，逐步实现从卧床到站立行走的过渡，提升日常活动基础能力。

1.2 核心目标

疼痛肿胀急性期 VAS 评分 72 小时内降至≤3 分，7 天内患侧腿围较健侧差值≤2cm；功能启动期疼痛不超过 3 分，肿胀无反复。并发症深静脉血栓发生率≤2%，假体脱位率≤0.5%，伤口 2 周内甲级愈合（无感染迹象）。

1.3 功能目标

1. 急性期（0-7 天）：

关节活动度患侧髋关节被动屈伸范围达 0°（伸直）-60°（屈曲），被动外展达 0° -20°（避免过度外展牵拉伤口）；股四头肌、臀大肌等长收缩肌力达 3 级（能主动收缩并维持体位，但无法对抗阻力），可完成自主翻身（需辅助保持体位）；能耐受 30° -45° 半坐位（持续 5 分钟无不适），掌握踝泵、呼吸训练等基础动作要领。

2. 功能启动期（8-28 天）：

关节活动度主动髋关节屈伸达 0° -80°（满足坐起、站立需求），主动外展达 0° -30°（维持行走时下肢力线）；股四头肌主动收缩肌力达 4 级（可对抗轻度阻力完成直腿抬高），臀中肌肌力达 3+ 级（侧卧位外展可维持体位）；借助助行器可独立完成 5-10 米直线行走（步态基本对称，无明显跛行），能独立完成从床到椅子的转移（需扶手辅助），掌握 3 种以上正确日常姿势（如坐姿、站立、转身）。

2 康复实施的基本原则

早期康复需结合术后组织修复规律与患者个体差异，形成系统化原则，患者按计划进行早期、正确的康复训练，从而加快髋关节功能康复^[2]。确保效果与安全统一。

2.1 安全底线原则

以“假体稳定”为核心，细化“三不”禁忌：髋关节屈曲≤90°，选椅高≥45cm 的座椅，用坐厕拒绝蹲厕；下肢保持外展中立位，卧床时夹 15-30° 软枕，杜绝盘腿、跷二郎腿；髋关节不内旋，行走时脚尖朝前或轻度外旋，穿裤先患侧后健侧。通过细节管控，降低术后 1-2 周脱位高发期的风险。

2.2 个体化原则

按三大维度差异化方案：病人年龄、文化水平等给予病人及家属个性化的康复指导^[3]。65 岁以上老人训练减强度，每组少 2-3 次；50 岁以下可适度提速。骨水泥假体术后 48 小时部分负重，生物型术后 2 周再开始。高血压者单次站立≤3 分钟，糖尿病者控血糖并加强伤口观察。

2.3 循序渐进原则

阶梯式进阶：1-3 天被动+等长收缩，4-7 天辅助微动（≤60°），功能期加主动训练。每次增量不超 20%，允许轻微疼痛（VAS≤2 分），达 3 分即停，次日强度回调，避免过度损伤。

2.4 功能导向原则

围绕生活自理设计训练，如床椅转移、室内行走，

融入长柄工具辅助穿袜等技能，优先恢复实用能力，对于缓解患者疼痛、减轻恐动情绪具有重要^[4]。缩短回归家庭的适应周期。

3 分阶段康复方案的具体实施

3.1 急性期（术后 0-7 天）：基础功能维护

此阶段患者以卧床为主，训练重点为预防并发症、激活肌肉张力，为后续活动做准备。如图所示：

时间段	训练项目	具体操作	频次/时长	目的
术后 1-3 天	疼痛与肿胀管理	间歇性冷敷（冰袋包裹毛巾敷于伤口周围），配合患肢抬高（垫软枕使髋关节高于心脏水平），必要时使用镇痛药物	冷敷每次 15 分钟，间隔 60 分钟；患肢持续抬高；疼痛明显时遵医嘱用药。	控制疼痛肿胀，将 VAS 评分控制在 3 分以内
术后 1-3 天	循环与呼吸训练	踝泵运动（主动勾脚→绷脚）；腹式呼吸（吸气时腹部隆起，呼气时收紧）及有效咳嗽（咳嗽时轻按伤口）	踝泵运动每小时 10 次，每组 15 个循环；腹式呼吸每次 5 分钟，每日 3 次	促进下肢静脉回流，降低深静脉血栓风险；预防肺部感染
术后 1-3 天	肌力维持训练	股四头肌等长收缩（主动绷紧大腿肌肉，保持 5-10 秒后放松）；臀肌等长收缩（收紧臀部肌肉，保持 5 秒后放松）	股四头肌 10 次/组，每日 3 组；臀肌 10 次/组，每日 2 组	防止肌肉萎缩，增强髋关节稳定性
术后 1-3 天	体位管理	平卧时双下肢间放置三角枕或软枕（维持 15-30° 外展）；翻身时仅允许向健侧，且保持患侧髋关节中立位	持续保持	避免髋关节内收及假体受力异常
术后 4-7 天	被动关节活动	在协助下轻柔进行髋关节被动屈伸（角度≤60°）	每次 5 分钟，每日 2 次	逐步改善关节活动度
术后 4-7 天	主动肌力训练	臀桥运动（仰卧，双腿屈曲，缓慢抬高臀部使躯干与大腿成一直线，保持 3 秒后放下）	10 次/组，每日 2 组	强化臀大肌力量，稳定髋关节
术后 4-7 天	体位过渡训练	从摇高床头（30°-45°）适应坐位开始，逐步过渡到床边坐起（健侧先坐，患侧随后，双手撑床辅助）	每次坐立时间不超过 5 分钟	适应坐位，避免髋关节过度屈曲

3.2 功能启动期（术后 8-28 天）：主动功能激活

此阶段患者逐步从卧床过渡到站立行走，重点训练主动肌力、平衡能力与基础步态。

3.2.1 肌力强化训练

主动关节活动：自主进行髋关节屈伸（平卧时缓慢弯曲患侧膝关节，使髋关节屈曲至 60°-80°，再缓慢伸直，10 次/组，每日 3 组）、外展（平卧时患侧腿缓慢向外侧抬起，角度≤30°，再收回，10 次/组，每日 2 组），防止下肢深静脉血栓、发生关节僵硬、肌肉萎缩例数少于对照组（P<0.05）^[5]。逐步扩大活动范围（以不疼痛为限）。

直腿抬高训练：平卧，患侧腿伸直，缓慢抬高至离床面 10-15cm，保持 5 秒后缓慢放下，10 次/组，每日 2 组（避免抬腿过高引发腰部代偿），康复锻炼可提高髋关节置换术患者的生活质量，改善其髋关节功能，降低术后并发症发生率^[6]。增强股四头肌与髂腰肌力量。

侧卧位外展训练：健侧卧位，患侧腿伸直缓慢向外侧抬起（高度约 15°），保持 3 秒后放下，10 次/组，每日 2 组，强化臀中肌（改善行走时身体晃动）。

3.2.2 负重与平衡训练

站立训练：术后 10-14 天（骨水泥固定者可提前），在助行器辅助下床边站立（健侧先站起，患侧跟进），

护理能够降低髋关节置换术患者术后疼痛程度，以提高日常生活活动能力，有利于改善生活质量^[7]。初始每次站立 1-2 分钟，逐步延长至 5 分钟，每日 2-3 次（站立时保持患侧髋关节中立位，避免内收）。

平衡训练：站稳后进行静态平衡训练（双足与肩同宽，双手握助行器，维持身体稳定 30 秒，每日 3 组），逐步过渡到患侧单腿支撑（健侧腿轻轻抬起，每次 10 秒，每日 2 组）。

3.2.3 步态训练

初期（术后 14-21 天）：借助助行器进行部分负重行走，采用“三点步”（助行器先向前移动→患侧腿跟进→健侧腿跟上），步幅控制在 30cm 以内，每日 2 次，每次 5-10 米，重点纠正“跛行”姿势。

进阶（术后 22-28 天）：逐步增加行走距离至 10-15 米/次，调整步态对称性，骨水泥固定者可根据恢复情况过渡到手杖辅助行走（生物型固定者仍以助行器为主，避免过早完全负重）。

3.3 日常活动姿势指导

坐姿：选择高靠背、有扶手的椅子（椅高≥45cm），坐下时先将患侧腿向前伸，健侧臀部先落座，再缓慢移动患侧臀部，保持髋关节屈曲≤90°；起身时双手撑扶手，健侧腿用力站起。

转移：从床到椅转移时，患侧靠近椅子，健侧腿支撑站起后，缓慢转身坐入椅子（全程避免患侧髋关节内收、内旋）。

其他：避免弯腰拾物（可使用长柄工具）、穿脱鞋袜时借助长柄鞋拔或请他人协助，防止髋关节过度屈曲。

4 康复监测与并发症处理

4.1 康复监测

建立系统化监测体系，确保康复进程可控：

日常监测：每日记录训练项目完成度（如动作次数、时长）、疼痛变化（静息及训练中 VAS 评分）、患肢肿胀情况（测量大腿中段腿围，与健侧对比）及关节活动度（被动/主动屈伸、外展角度），形成康复日志。

阶段性评估：每周进行 1 次综合功能评估，包括肌力分级（徒手肌力检查）、平衡能力（单腿站立时间）、行走距离及步态对称性，结合评估结果动态调整训练计划（如延长平衡训练时间、增加行走距离等）。

安全指标监测：定期复查凝血功能（预防血栓）、伤口愈合情况（观察敷料渗液量及颜色），术后 2 周内监测血常规、C 反应蛋白等感染指标，确保无潜在风险。

4.2 并发症预防与处理

4.2.1 深静脉血栓（DVT）

预防措施：除常规踝泵运动外，高风险患者（如高龄、肥胖、既往血栓史）遵医嘱皮下注射低分子肝素（术后 12–24 小时开始），穿戴医用弹力袜（白天活动时使用，夜间脱下），促进静脉回流。

处理流程：若出现患肢突然肿胀（腿围较前 1 天增加 ≥2cm）、局部疼痛、皮肤温度升高，立即停止训练并抬高患肢，2 小时内联系医护人员，完善下肢血管超声检查；确诊 DVT 后需制动并启动抗凝治疗，待血栓稳定（通常 2 周后）再逐步恢复轻度训练。

4.3 假体脱位

预防重点：术后 1–2 周（脱位高发期）强化家属监督，确保患者不做禁忌动作；转移或翻身时由专人协助，保持患侧髋关节稳定。

应急处理：若训练中突发髋关节剧痛、活动受限（无法屈伸或旋转）、肢体短缩或异常响声，高度怀疑假体脱位，立即让患者平卧保持患肢固定（垫软枕维持外展），禁止任何移动，同时联系医院紧急送诊（需救护车转运，避免途中颠簸），由骨科医生通过 X 线确诊后手法复位或手术复位。

4.4 伤口感染

预防措施：术后 14 天内保持伤口敷料清洁干燥，避免沾水；指导患者穿宽松衣物，减少伤口摩擦；观察体温变化（每日测体温 2 次，警惕低热或高热）。

处理原则：若伤口出现红肿范围扩大、渗液（尤其是脓性分泌物）、局部皮温升高，或伴体温 ≥38.5°C，立即停用局部冷敷，及时就医；医生会进行伤口换药（取渗液做细菌培养），复查血常规、C 反应蛋白及降钙素原，确诊感染后启动静脉抗感染治疗，必要时清创处理，同时暂停主动训练，仅保留基础循环训练。

5 结语

全髋关节置换术后早期康复是手术成功的关键环节，通过分阶段、个体化的训练方案，可有效预防并发症、激活肌肉功能、恢复基础活动能力。康复过程中需始终坚持“安全第一、循序渐进”原则，结合患者实际情况动态调整方案，同时强化患者与家属的配合（如姿势监督、训练记录），最终实现“快速康复、安全回归”的目标。临床实践表明，规范的早期康复可使患者术后 4 周内借助助行器独立行走，显著提升生活质量，为中期康复奠定坚实基础。

参考文献

- [1] 曾海燕, 吴小满, 巫水连. 基于行为转变理论的康复护理方案对人工全髋关节置换术后患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志. 2024, 30(14):30-33.
- [2] 杨泽宇. ERAS 早期量化康复训练对老年全髋关节置换术后患者恐动症的影响[D]. 甘肃中医药大学. 2024. 03.
- [3] 黄小芮, 杨鸿波, 宋丽娜等. 全髋关节置换术后老年病人早期运动康复体验的质性研究[J]. 全科护理, 2025, 23(01):189-192.
- [4] 何红艳, 林媛, 梁绮瑄等. 全髋关节置换术后恐动症患者早期康复锻炼研究进展[J]. 中国当代医药. 2024, 31(31):188-194.
- [5] 李晓梦. 髋关节置换术后应用续骨活血汤结合早期康复锻炼临床观察[J]. 实用中医药杂志. 2024, 40(02).
- [6] 闫莉芳. 早期标准化康复锻炼促进髋关节置换术后恢复的效果研究[J]. 中国标准化. 2024(06):325-328.
- [7] 李婷. 疼痛改善性护理对髋关节置换术后患者日常生活活动的影响分析[J]. 婚育与健康. 2024, 30(04):121-123.