

# 老年患者全髋关节置换术后早期关节脱位原因分析及对策\*

利敏玲,钟盈,倪杰,陈晓玲,刘巧梨,桂自珍,黄天雯,康焱  
(中山大学附属第一医院关节外科,广东广州,510080)

**[摘要]** **目的** 了解老年患者全髋关节置换术后早期关节脱位的原因并提出对策。**方法** 回顾性总结 168 例行人工全髋关节置换术的老年患者的一般资料,对发生早期关节脱位患者的发生关节脱位类型和原因及发生时间进行归纳和分析。**结果** 168 例患者中有 7 例(4.1%)发生早期关节脱位,均为 I 类脱位,男 2 例,女 5 例,年龄 65~89 岁,发生时间为术后 4~5 周。发生原因为床上排尿时过度屈髋、睡眠中翻身屈髋内收内旋、搬运过程中用力过度致后脱位、下地行走活动弯腰过度屈髋、排便时过度屈髋屈膝。**结论** 老年患者全髋关节置换术后发生关节均为 I 类脱位,发生时间为术后 4~5 周,女性患者比男性患者比例大;主要原因是运动不当或活动范围过大。护理重点是早期采取有效的预防措施及正规的康复训练计划,加强心理支持,重视安全护理。

**[关键词]** 老年患者;全髋关节置换术;髋关节脱位;护理

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2016)07-0027-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.07.008

## Prevention measures and reasons analysis of the elder patients early anti-dislocation after total hip arthroplasty

Li Minling, Zhong Ying, Ni Jie, Chen Xiaoling, Liu Qiaoli, Gui Zizhen, Huang Tianwen, Kang Yan//Modern Clinical Nursing, - 2016, 15(7):27.

**[Abstract]** **Objective** To explore the reasons and preventive measures of early dislocation after total hip arthroplasty in elder patients. **Method** A retrospective study was done to analyze dislocation time, reason and time of 168 elderly patients with early anti-dislocation after total hip arthroplasty in joint surgery. **Results** Only 7 patients (4.1%) had type I joint dislocation, including 2 male and 5 female patients aged 65~89 years. The dislocation happened in 4~5 weeks postoperatively, mainly resulting from hip joint over flexion when urinating in bed, sleep-turning, loaded-moving, walking and stoop and diachoresis. **Conclusions** For the elderly patients after total hip replacement, it is type I dislocation which happened 4~5 weeks after operation, more femal than male, reasons including over-exercise. Effective prevention measures includes regular rehabilitation training, early precautions enhanced mental support and safety nursing.

**[Key words]** elderly patients; dislocation of hip joint; total hip arthroplasty; nursing

全髋关节置换术已经成为当今髋关节疾患常用的治疗手段,不仅能消除关节疼痛,而且能有效地重建髋关节功能,但随着该项技术的日益扩大和普及,发生并发症的患者也逐渐增多。术后髋关节脱位是全髋关节置换术后早期常见的并发症之一,国外文献报道其发生率为 0.3%~0.7%<sup>[1]</sup>,仅次于假体松动<sup>[2]</sup>,国内报道其发生率在 2.6%~5.1%<sup>[3-4]</sup>。研究

表明<sup>[5]</sup>,一般术后 4~5 周内发生的髋关节脱位称之为早期关节脱位。反复脱位可使患者引起疼痛,运动功能障碍及丧失日常生活能力,因此如何减少和避免脱位并发症的发生已越来越受关注。2012 年 1 月~2014 年 12 月本科室共对 168 例老年患者行人工全髋关节置换术,其中有 7 例发生关节脱位,均复位成功,现将其发生原因及预防对策报道如下。

**[基金项目]** \*本课题为广东省科技攻关计划项目,项目编号为 2013B021800282。

**[收稿日期]** 2015-04-15

**[作者简介]** 利敏玲(1983-),女,广东人,护师,本科,主要从事关节外科临床护理工作。

**[通信作者]** 康焱,副教授,博士,E-mail:neoKang@163.com。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2012 年 1 月~2014 年 12 月选择在本科室住院治疗的 168 例行人工全髋关节置换术患者,男 71 例,女 97 例,年龄 65~89 岁,年龄中位数 74.0 岁。股骨颈骨折 45 例,股骨头坏死 26 例,类风湿关节炎

22 例,骨关节炎 55 例,髋臼发育不良并骨关节炎 20 例。排除进行第 2 次翻修手术病例,均经医师诊治需进行全髋关节置换术。

## 1.2 方法

Dorr 等<sup>[6]</sup>将人工全髋关节置换术后脱位分为 4 类:Ⅰ类,体位性脱位,软组织平衡且假体位置良好,主要由于术后肢体活动范围过大造成;Ⅱ类,软组织失衡引起,包括高位髋臼、股骨近端截骨过度等;Ⅲ类,假体位置放置不良,主要由于髋臼和股骨柄位置及方向不正确;Ⅳ类,同时存在软组织失衡和假体位置不良。由专人对行人工全髋关节置换术发生关节脱位患者的资料进行总结归纳,分析其关节脱位的类型和原因及发生时间。

## 1.3 统计分析

数据采用统计描述。

## 2 结果

168 例行人工全髋关节置换术的老年患者,有 7 例(4.1%)发生早期关节脱位均为Ⅰ类脱位,男 2 例,女 5 例,年龄 65~89 岁,中位数 74.0 岁,发生时间为术后 4~5 周。发生原因:床上过度屈髋排尿 2 例,睡眠中翻身屈髋内收内旋 2 例,术后返病房搬运过程中用力过度致后脱位 1 例,下地行走活动弯腰过度屈髋 1 例,厕所排便时过度屈髋屈膝 1 例。处理方法主要以手法复位及手术复位为主,其中 5 例予行手法复位,复位后皮牵引加以巩固,其余 2 例在腰硬麻醉下行手术复位,均成功复位。

## 3 讨论

### 3.1 老年患者全髋关节置换术后早期关节脱位原因分析

随着社会进步、人口结构逐渐老年化,老年患者比例日趋明显,合并内科疾病、关节韧带松弛等均是术后髋关节早期关节脱位的常见原因,脱位率明显高于低龄患者。其发生原因主要与以下因素相关,①年龄。Morrey 等<sup>[7]</sup>指出,80 岁以上老年患者的脱位率是一般患者的 2~3 倍。本组发生早期关节脱位患者年龄 65~89 岁,中位数 74.0 岁。②性别。有学者认为<sup>[8]</sup>,女性患者脱位率高于男性(3:1)。本组发生早期关节脱位患者中,女 5 例,男

2 例。Hailer 等<sup>[9]</sup>提出,老年女性患者属于骨质疏松的易发群体,而骨质疏松症与术后脱位的发生发展可能存在密切关系。③术后时间。本组发生关节脱位为术后 4~5 周,提示在这一时期是关节脱位的多发期。术后早期关节囊及周围软组织尚未修复,所以在这一时期,不适当的搬动及不正确的体位活动会使脱位风险加大。④运动不当或活动范围过大。向成浩等<sup>[10]</sup>研究指出,早期关节脱位原因与术后功能锻炼及运动不当危险因素直接相关;运动不当或活动范围过大也是造成早期关节脱位的原因。本组 7 例发生早期关节脱位的患者中,分别有 2 例因床上排尿过度屈髋、睡眠中翻身屈髋内收内旋引起;分别有 1 例因搬运过程中用力过度致后脱位、下地行走活动弯腰过度屈髋、排便时过度屈髋屈膝引起。老年患者自身的合并基础疾病,关节周围软组织松弛及神经肌肉性疾病;髋部肌肉明显萎缩,肌力减低,肌力不平衡致在下地活动时易摔倒脱位;老年人本体感觉减退,神经敏感性下降,缺乏运动协调性和准确性,更易造成脱位<sup>[11]</sup>;手术创伤所致疼痛导致的肌挛缩,是影响脱位的一个重要因素<sup>[12]</sup>。

### 3.2 对策

3.2.1 正确术后搬运 关节脱位好发于术后早期,与麻醉作用未完全消失、下肢肌肉松弛及搬运不当有关。患者返回病房时护士要正确指导搬运,一人托住患侧髋部和下肢,务必保持患肢外展中立位;另一人托住健侧髋部和健肢,其余人协助,将患者平放于床上。动作一定要协调一致,保持患者身体在同一水平线上,严防因动作不一致导致屈髋大于 90°,造成关节后脱位。

3.2.2 体位护理 麻醉苏醒过程中,注意维持患者外展中立位,两腿间夹梯形枕,过床时最少由 3 人进行平行搬运。卧床时保持患肢外展中立位 15~30°<sup>[13]</sup>并抬高 15°。术后 6 h 内由于患者下肢感觉活动未完全恢复,下肢协调性较差应减少患者翻身次数,如必须对患者进行翻身护理必需最少 3 人进行翻身;下肢感觉活动完全恢复后可适当增加翻身次数<sup>[14]</sup>。翻身角度不超过 15°,两腿间夹软枕,护士一手托患者臀部;另一手托膝,保持患肢与身体同时转为侧卧,患肢伸直,避免内收及两腿交叉。对术

后躁动难配合的患者或术后存在关节不稳的患者需进行皮牵引制动,预防脱位。由于老年患者配合能力较差,术后卧床期间不建议使用便盆,使用护理垫直接大便。若患者使用便盆,需将床头摇高 $15^{\circ}$ ,在腰部垫薄枕(高度同便盆),嘱患者拉住床头吊手环,健侧下肢屈曲与床面垂直后将臀部抬起,从健侧置入便盆,不可牵拉、抬动患肢,以免引起脱位。坐位时屈髋不超过 $90^{\circ}$ ,一般在 $70^{\circ}$ 以内为安全范围,选择较高有扶手椅子,膝部不高过髋关节及骨盆,勿将患肢叠在健肢上。

**3.2.3 术后疼痛护理** 因疼痛可导致的肌挛缩,对患者造成痛苦,容易引起关节脱位,加之疼痛对术后的功能锻炼造成很大的影响。做好疼痛的科学管理,对患者疼痛程度进行正确评估,使患者处于无痛状态,避免因疼痛造成关节脱位,同时做好患者的心理安慰,利于日后开展的功能锻炼。

**3.2.4 术后功能锻炼** 术后早期训练的目的在于保持关节稳定性和肌肉张力,防止关节僵硬和肌肉萎缩。但由于关节囊及周围软组织修复一般需要4~6周,因此髋关节活动不宜过早,并且分阶段进行。

**3.2.4.1 第1阶段(术后1~2 d)** 进行肌肉静力收缩,远端关节运动。①术后麻醉清醒后及第1天开始踝泵运动:先被动后主动,缓慢地、用力伸直和弯曲踝关节,每一动作保持5~10 s,共5~10 min。②踝旋转动作:踝部先向一方向转,再相反外转,每次5下,每日3~4次。③股四头肌等长收缩锻炼:患者仰卧位,收缩股四头肌;护士立于患者患侧,将右手置患肢腘窝处,左手置膝关节上,手心相对,嘱患者伸直膝关节5 s后右手迅速放松5 s,此动作每日3次,每次2组或3组,每组10次。④臀肌锻炼:两侧臀部肌肉收缩,使髋部稍上升。逐渐维持至5 s,再放松。每天3~4次,每次10下。

**3.2.4.2 第2阶段(术后3~4 d)** 加强肌肉等张收缩和关节运动,术后第3天拔除引流管后开始。①直腿抬高活动:先绷紧大腿肌肉,伸直整个下肢,然后缓缓将下肢抬高,离开床面10~20 cm,保持5~10 s,然后缓缓放下,重复动作,直至感觉大腿疲劳。②屈膝位(髋、膝):平躺、轻轻屈膝。③屈髋屈膝运动:仰卧位,手术侧膝部屈曲、足跟滑向臀部,

保持足跟靠床,再滑回来。髋关节置换,屈髋不超过 $45^{\circ}$ ,可主动或被动运动。④抬臀运动:仰卧位,双手支撑身体,抬高臀部10 cm,维持5~10 s。⑤伸髋活动:坐床边,双手后撑,主动伸直髋、膝关节。

**3.2.4.3 第3阶段(术后5 d后)** 顺序渐进、离床训练为主,①坐位锻炼方法:术后第4天可开始坐位练习,练习前需进行X片检查确定假体位置并判断假体稳定性。患者练习时可从床上坐位(摇高床头 $60^{\circ}$ ,床位摇高 $15^{\circ}$ ~ $30^{\circ}$ )开始到床边坐位(双小腿下垂至床边,双髋屈曲不超过 $90^{\circ}$ )。1~2次/d,30 min/次。行后路手术患者,坐位影响使髋关节脱位,故康复训练时不宜久坐,每次坐位时间不超过30 min。由平卧到坐位时易产生屈曲、内收、内旋的联合运动,造成脱位需对患者做好保护,护士立于患者患侧,托住患肢使屈髋不超过 $45^{\circ}$ ,防止脱位。②上下床:上床先上健肢,后上患肢及保持双脚分开,同时用手肘支持上身,慢慢躺下;下床双手肘撑起,患肢外展,屈髋 $<45^{\circ}$ ,利用双手和健脚将患肢移至患侧床边(或协助进行)患肢先下,然后健肢,坐稳。③站立锻炼:站立锻炼时,手握坚固物体(如床栏或扶手),每日锻炼3~4次,每次10下。站立曲膝-患肢向前抬起,屈髋 $<90^{\circ}$ ,维持2~3 s放下。站立下肢外展、双下肢平衡站立、身体伸直,患肢向外侧举起,然后慢慢放回着地。站立下肢后伸-患肢慢慢向后拉(腰部伸直)维持2~3 s,再放回着地。④下地练习步行:上、下床及助行器行走训练时,保证健肢先行,患肢跟上,保持两腿分开,与肩同宽,转弯时髋关节随身体一起转动,避免髋关节突然旋转。老年患者进行步行锻炼前,必须在床边练习坐位后再进行,以免发生体位性低血压,导致摔倒。强调所有的功能锻炼必须一直练习直到出院后能不再使用助行器辅助行走为止。⑤上下楼梯:开始时需有人帮助,每次只能上下一级楼梯,上楼健肢先上,下楼患肢先下,不要上高于14 cm台阶的楼梯,每跨一步,一定要握紧扶手,保持平衡。

**3.2.5 出院指导** 全髋关节置换术后机体康复需要较长时间,为3~6个月,因此做好出院指导对提高疾病康复具有重要的意义。根据患者的年龄、文化水平及学习能力,遵循个体化原则,制订出具体的符合患者需要的教育计划,采用单独指导、具



体操作演示、回答问题、推荐和鼓励学习相关书籍等方法。老年患者自能力差,日常活动方法掌握欠佳,遵医行为差<sup>[15]</sup>,因此重点宣教对象是患者家属和陪护。①出院后3个月内避免侧卧,6~8周内不要弯腰屈髋 $\leq 90^\circ$ 。起立或坐下时,先伸直患肢,用双上肢在座椅扶手上支撑躯体起立或坐下。②术后3周内可用助行器、拐杖行走。3个月后,患肢可逐渐负重,由双拐、单拐再弃拐。③日常生活中避免髋关节过度屈曲,做到不盘腿及交叉双腿,不跷二郎腿,不坐矮凳子,不弯腰拾物,不在床上屈膝,不做仰卧起坐运动,不坐位穿鞋及下蹲运动,不坐过低的马桶或沙发等。④穿裤时用穿衣辅助器勾住裤头,放低至地面,伸直患肢,把裤管套上,然后穿另一边,把裤头拉高至大腿,站起将裤穿好,站立时依照站立的要求。脱裤时把裤头下推低过臀部,慢坐下,将裤头推低过膝部,先将健腿抽出,然后用穿衣辅助器将患侧裤管推出。⑤使用加高坐厕、厕所应安装扶手。遇到需地上拾物,用长柄钳拾物患肢直髋屈膝跪下或患肢后伸直取物—可避免髋关节过分屈曲。⑥乘坐交通工具的注意事项。小车:坐前座坐位,先将座椅推后,靠背后倾,身体慢向后移进,再将患肢伸直放在前面。公共汽车:上车健腿先上,下车患腿先下;选择近走廊或前面空间较宽的座位,患腿伸直。

#### 4 结论

老年患者全髋关节置换术后发生脱位,发生时间为4~5周,女性患者比男性患者比例大,主要的原因运动不当或活动范围过大。护理重点是早期采取有效的预防措施及正规的康复训练计划,加强心理支持,重视安全护理。

#### 参考文献:

[1] 吕厚山.人工关节外科学[M].北京:科学出版社,1998:180-181.

[2] Morry BF. Instability after total hip arthroplasty[J]. Otheop clin Notrh Am,2002,23(4):237.

[3] 柯绍强,张振辉,李基英.全髋关节置换术后脱位原因分析及防治[J].岭南急诊医学杂志,2005,10(3):185-186.

[4] 刘连娟.人工全髋关节置换术后并发症的预防及护理[J].中国实用医药,2012,7(6):211.

[5] 刘锋,王文修,张志峰,等.后外侧小切口微创髋关节置换术后早期关节脱位的原因及防治措施[J].中外医疗,2011,16(6):59-61.

[6] Dorr LD, Wan Z. Causes of and treatment protocol for instability of total hip replacement[J]. Clin Orthop Relat Res,1998,(355):144-151.

[7] Morrey BF. Difficult complications after hip joint replacement: dislocation[J]. Clin Orthop,1997,(344):179-187.

[8] Lübbeke A, Stern R, Garavaglia G, et al. Differences in outcomes of obese women and men undergoing primary total hip arthroplasty[J]. Arthritis Rheum,2007,57(2):327-334.

[9] Hailer NP, Weiss RJ, Stark A, et al. The risk of revision due to dislocation after total hip arthroplasty depends on surgical approach, femoral head size, sex, and primary diagnosis. An analysis of 78098 operations in the Swedish hip arthroplasty register[J]. Acta Orthop,2012,83(5):442-448.

[10] 向成浩,陈文革,蒋从斌,等.人工全髋关节置换术后早期关节脱位八例报告并文献复习[J].中国骨与关节杂志,2016,5(2):114-119.

[11] 沈晓峰,姜宏.全髋关节置换术后脱位原因分析——附240例临床小结[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(1):50-51.

[12] 杨述华,邱贵兴.关节置换外科学[M].北京:清华大学出版社,2005:454-458.

[13] 陈伟惠,全常群,李雄,等.凹槽梯形枕在髋关节置换术后患者中的应用效果[J].现代临床护理,2011,10(9):33-34.

[14] 杨庆礼,原泉,付勤,等.后路全髋关节置换术后早期康复的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):449.

[15] 姜明菊.品质圈在髋关节置换术后防止假体脱位的应用[J].现代临床护理,2012,11(4):77-79.

[本文编辑:郑志惠]