



髌关节置换术后 如何加速恢复

◎四川省金阳县人民医院 苏玲

髌关节置换术是治疗股骨头坏死、骨关节炎、髌部骨折等疾病的常见手段，但术后恢复效果与护理质量密切相关。科学护理需从伤口管理、康复训练、体位控制、饮食调整、药物干预五大维度入手，以下结合临床案例与康复指南，为患者提供系统化指导。

伤口护理

术后伤口感染是导致假体松动、二次手术的主要原因之一。患者需每日观察伤口情况，若出现红肿、渗液、发热或剧烈疼痛，需立即就医。日常护理需遵循以下原则。

1.保持干燥清洁。术后24小时内避免沾水，洗澡时使用防水敷料覆盖伤口，禁止盆浴或泡澡。例如，某患者术后第3天因盆浴导致伤口感染，需延长抗生素使用时间并重新清创。

2.定期消毒换药。使用碘伏或酒精每日消毒伤口，敷料需按医嘱更换。若使用可吸收缝线，通常术后10~14天可自行脱落，无需拆线。

3.避免外力压迫。穿着宽松衣物，避免伤口处受压。睡觉时可在双腿间放置枕头，防止患肢内收导致伤口牵拉。

康复训练

康复训练是恢复关节功能的核心，需分阶段进行。

1.术后1~3天，预防血栓与肌肉萎缩。踝泵运动，每小时进行5~10次，促进下肢血液循环，降低深静脉血栓风险。股四头肌收缩，仰卧位，用力收缩大腿前侧肌肉，保持5秒后放松，每日3组，每组10次。物理治疗，在医生指导下使用间歇性充气加压装置（IPC）或梯度压力弹力袜（GCS），进一

步预防血栓。

2.术后1~2周，恢复关节活动度。被动关节活动，使用CPM机辅助进行髌关节屈伸训练，角度从30°逐步增加至90°，但需避免内收、内旋动作。直腿抬高训练，仰卧位，患肢伸直缓慢抬高至30°~40°，保持5秒后放下，每日3组，每组10次。助行器辅助行走，术后3~5天可在助行器辅助下短距离行走，每日2~3次，每次5~10分钟。

3.术后2~6周，增强肌肉力量与平衡能力。抗阻训练，使用弹力带进行髌关节外展、后伸训练，每组10~15次，每日2~3组。平衡训练，单脚站立（健侧）练习，从10秒逐步延长至1分钟，增强本体感觉。步态纠正，在康复师指导下练习“健侧先上、患侧先下”的上下楼梯技巧，避免跛行。

体位管理

术后3个月内是假体重脱位的高风险期，需严格遵循体位禁忌。

1.睡眠姿势。仰卧位时在双腿间放置枕头，保持患肢外展15°~30°。侧卧位时健侧在下，两腿间夹枕头，避免患肢过度内收。

2.坐姿要求。选择高度适宜的椅子（座面高于膝关节），保持膝关节低于髌关节，避免跷二郎腿或

交叉腿。

3.日常动作禁忌。禁止弯腰捡物（需使用长柄拾物器）、坐矮板凳、盘腿坐、深蹲等动作。例如，某患者术后因弯腰系鞋带导致髌关节脱位，需手法复位并延长制动时间。

饮食与营养

术后饮食需兼顾伤口愈合、肌肉修复与骨骼健康。

1.蛋白质摄入。每日按每公斤体重1.2~1.5克补充优质蛋白，如鸡蛋（每日1~2个）、鱼肉（每周3~4次）、豆制品（每日50~100克）。

2.钙与维生素D。每日饮用300~500毫升牛奶，适量食用奶酪、虾皮。每日晒太阳15~30分钟，促进维生素D合成。

3.控制体重。BMI建议维持在18.5~24之间，避免肥胖增加假体负担。某患者术后通过饮食控制与低强度运动，3个月内减重5公斤，显著改善关节功能。

药物干预

术后需按医嘱服用利伐沙班、阿哌沙班等药物，预防深静脉血栓。若出现牙龈出血、黑便等出血倾向，需立即停药并就医。术后早期可使用对乙酰氨基酚或非甾体抗炎药（如塞来昔布）缓解疼痛，但需避免长期使用导致胃肠道不适。

若出现伤口感染，需根据细菌培养结果选用敏感抗生素，如头孢呋辛酯或阿莫西林克拉维酸钾。

定期复查

术后需按以下时间节点复查。术后1个月：首次复查X线片，评估假体位置与骨愈合情况。术后3个月：复查关节活动度、肌力与步态，调整康复训练强度。术后6个月及每年：进行髌关节功能评分（如Harris评分）与血液检查，监测假体磨损指标。☺