

## 中西结合

## 人工股骨头置换术合并症分析

河南洛阳市第一人民医院 李林涛

## 内容摘要

人工股骨头置换术在治疗股骨头、颈疾患中缩短疗程和保留肢体功能方面起了重要作用。但人工股骨头置换术总归是非生理性破坏手术，人工股骨头又是一个较大异物，且在人体内维持多长的时间仍然是一个未知数。由此带来的严重合并症仍危害着生命，处理上则更是一个复杂棘手的问题。我们25例次手术6例发生合并症，主要是髋关节深部感染、股骨劈裂、假体下沉、髋臼磨损、人工头向髋臼内移位及脱位，人工头的柄部断裂，髋关节疼痛等，均能使伤肢轻则功能丧失，重则永久性残废。手术前要考虑合并症带来的严重后果及解救措施是非常必要的。在分析合并症发生的原因时，作者认为骨科操作技术细节，病例选择，假体的材料及类型设计，术后的处理及功能锻炼上的提高至关重要，对预防或减少合并症的出现起着主导作用。我们对6例合并症的出现，作了些应急性弥补措施，但疗效极差，1例曾因髋部深处感染危及生命，不得不取出假体，教训很深刻。作者认为如一旦合并症出现，应尽力考虑进一步处理，无能力处理的合并症应尽量留滞假体，即使髋关节明显功能障碍，仍比头颈部切除效果好。本文就各类合并症的原因进行了详细分析，对预防及处理合并症的一些问题作了讨论。

人工股骨头置换术在治疗股骨头无菌性坏死，高龄患者股骨颈骨折，陈旧折伴骨不连结，类风湿性关节炎等疾患中，能使患者早期生活自理及恢复日常工作，是理想手术方案。此项手术的普及开展，相继出现合并症，有的合并症相当严重，甚者危害着生命。合并症一旦出现处理则更是一个复杂而棘手的问题。现将我院9年内施行人工股骨头置换术25例次6例合并症。总结报告于下：

## 临床资料

例1、男、42岁、因股骨颈骨折多钉内固定后股骨头坏死，而行人工股骨头置换。术后髋关节一直疼痛，走路跛行，活动度极差，术后四年，患者要求取出假体，而行全髋关节置换术。

例2、女、74岁、因股骨头下骨折而行人工股骨头置换术。术中过程良好。术后四天体温增高至39.5℃，伤口红肿，有少量分泌物，用大量的抗菌素及激素无效，进行穿刺发现有脓液，切开引流出脓液200ml，伤口持续排脓一个月不愈，而取出假体。术

后伤口用抗菌素灌洗，一个半月而愈，要求自动出院。

例3、女、66岁、陈旧股骨颈骨折并骨不连结，而行人工股骨头置换术。术中嵌入假体时使股骨上段碎性劈裂，用不锈钢钢丝绕股骨上段。术后用髌人字石膏固定三个月而出院。

例4、男、58岁、因股骨颈骨折三翼钉固定后股骨头无菌性坏死，而行人工股骨头置换术。术中及术后过程良好。三个月后患肢仍不能负重，失去功能，经拍片显示人工股骨头与外侧股骨干出现一透亮区，股骨头向后上脱位。随即切开复位，术中见假体松动，旋转。术后用髌人字石膏固定。

例5、男、32岁、因类风湿性关节炎而行人工股骨头置换术。术后四年出现关节疼痛，不能活动，经拍片显示髋臼磨穿，发生中心性脱位，即行使合力牵引四月而出院。

例6、男、62岁、因股骨颈骨折，骨圆针固定后股骨头坏死，而行人工股骨头置换术。术中及术后过程良好。术后四年，在一次上山割草中摔倒。拍片显示假体柄部断裂。取出假体后更换人工股骨头而治愈。

## 讨论

人工股骨头置换术是一种非生理性破坏手术，手术适应症的选择至关重要。对实施手术者首先要想到合并症带来的严重后果及解救措施。本文报告的六例，均系和人工股骨头置换术有关的合并症，作了些应急性的弥补措施。但术前效果极差，教训很深刻。现分析如下。

1. 感染问题：本组一例发生严重感染，经努力治疗无效，无奈而取出假体，造成患肢的永久性残废。人工股骨头置换术感染原因是多方面的，某些环节尚不明了。但不少学者认为，术中污染及身体某部位感染灶入血而停留在假体，失血量增多，手术时间延长及术后血肿的形成有着密切关系。所以，手术前的详细检查，严格无菌操作，缩短手术时间，减少失血及组织损伤外，在术前、中、后要运用足量的抗菌素。一旦深部感染则宜早取出假体，否则贻误病情。切口的选择以后路为宜，从髂中，小肌止点切断一部分髓性组织，入路简单不但出血少而有利于大粗隆的旋转，易于股骨颈截骨、股骨颈前倾角的定位也容易，是一种良好的手术途径。

2、人工股骨头置换术后致髋关节疼痛，几乎所有行该手术的病例均存在，仅是轻重之分。本组

一 例术后一直疼痛，伤肢丧失功能而行使全髋关节置换术。术中无异常发现，其疼痛原因不明。可能假体与髌臼摩擦产生高热刺激髋部神经，关节内压力增高，机体对金属的反应有关。Hincheg 等认为：〔1〕肌肉无力也是疼痛的一个因素。也有人认为早期的负重活动，假体的松动及下沉有关。作者认为在假体的材料及类型设计，病例的选择，操作技术，正确的功能锻炼、适中的负重活动等方面的提高，将有助于预防和减轻疼痛。如一旦出现持续性难忍疼痛，失去肢体功能，则针对原因，采取相应的措施。

3、股骨劈裂及假体下沉：本组一例股骨上段粉碎性劈裂，系手术操作不当；未能充分扩大髓腔；没能按照股骨本身髓腔自然通道，嵌入假体时动作粗暴，力量过猛所造成。术中钢丝缠绕，术后用髌人字石膏固定未能引起严重后果。股骨劈裂及假体下沉有不少学者认为：术前牵引不充分；假体插入强力手法复位；股骨距切除过多，假体颈领缺乏支持；骨质疏松等因素有关。故手中了解股骨上段骨性结构上的特点，准确的疏通股骨距及骨槽通道（如同人体的咽喉部要道），能有效的防止股骨上端嵌入时的劈裂；将假体的颈领中心，对准股骨颈距上的承力点，适当保留一定长度的股骨距，可防止假体的下沉；测其股骨干于假体植入的颈干角，则能发现假体柄尾从股骨内，外侧骨皮质穿出的可能。二是术中动作柔和，边观察边修整及恰当适中的运用骨水泥。〔2〕

4、磨损及人工头向髌臼内移位：本组一例人工头置换术后四年，经拍片显示髌臼磨穿而致中心

（上接48页）

步患肢力量增强。天气变化肘部稍有疼痛反应。

### 病案讨论

#### 一、对受伤机理的认识

由于成人的鹰嘴大而硬和肱骨髁相接触之关节面呈楔形。在肘关节处于屈曲位置时，楔形面之切迹关节面，嵌插在肱骨内外髁之间。

本例是患者跌倒时屈肘着地，使鹰嘴部受到地面冲击力，这时楔形面中间将两髁劈裂分开，据文献报告肱骨髁间骨折可造成“T”型、“Y”型和粉碎本例所见为粉碎型。

#### 二、关于治疗问题

本病例为粉碎型肱骨髁间骨折，中间分离较大，有数个小骨片，且有重迭，若采用单纯的手法复位和小夹板外固定，不但固定不稳，而且会严重影响功能恢复。

本例首先复位进行骨牵引使重迭完全拉开，然后再抱髁，使分离的两髁接近，最后再矫正前后移位和侧方移位。复位后用髌上夹板，纸压垫超关节固定，这样使固定稳妥，保持骨折对位良好，而且又使关节面比较平整。

型脱位，经合力牵引四月而自动出院。发生原因众说不一，多数学者认为术后过早活动及活动量过大；老年性骨质疏松及疾病的性质；人工股骨头的大小过小等因素有关。这类患者髋部均有持续而明显的疼痛，随时间加长而加剧。故髋部出现疼痛即应拍片复查，正确指导功能锻炼及减少活动量是预防的关键。必要时进行合力牵引。一旦发生中心型脱位，其手术较为困难，作为弥补措施全髋关节置换术不妨一试。

5、人工股骨头置换术发生脱位及柄部断裂：据有关资料报道为1—5%。本组有2例发生脱位均系骨质疏松，长期研磨，假体松动而造成，分别用复位，合力牵引而出院。一例柄部断裂，其原因柄部体积细小，金属质量差，折断的部位在粗隆部。更换人工头而治愈。作者认为限制活动及负重是必要的，同时增加髋部外展肌力的功能锻炼；术中测其股骨干与假体植入的颈干角，前倾角；假体与实体股骨头比例及大小；适当在假体与股骨干接触处加用骨水泥，借以稳定及固定假体；严格把好假体质质量关；是可以避免或减少此类合并症的出现。如果发生脱位及柄部断裂，即行整复及更换人工股骨头。

本组病例严重合并症的出现，说明骨科操作技术细节，严格掌握好手术的适应症及手术所具备的条件至关重要。人工股骨头总归是一个较大的异物，且在人体内维持相当长的时间，对机体的损害仍然是一个未知数，应引起同道者的注意。掌握和认识此点，对某些合并症的发生是完全可以避免的，有助于人工股骨头置换术在治疗股骨头，颈疾患中的疗效。

复位后的治疗重点是尽快消除水肿和恢复功能所以术后我们给患者内服活血散瘀。行气止痛类的药物和手指活动，一周后肿痛基本消除，由于临床症状消除快，于二周后开始肘关节的功能锻炼，中药熏洗和按摩等。使患者在伤后60余天损伤痊愈，功能基本恢复。

### 小结

本文报告一例粉碎型肱骨髁间骨折，并对其受伤机理和治疗方法一简要的分析和认识，由于肱骨髁间骨折是一个有代表性的关节内骨折，治疗比较困难，它要求正确整复，稳妥固定，早期功能活动并辅以中药治疗和按摩等，方能取得比较满意的效果。

### 主要参考文献

1. 天津骨科医院主编，《临床骨科创伤学》196页，人民卫生出版社，1973年11月版。
2. 陈中伟，《创伤骨科与断肢再植》，92页上海人民出版社，1974年版。
3. 郑怀贤，《运动创伤学》，115页~119页，四川人民出版社，1982年版。