

• 临床研究 •

人工股骨头置换术 300 例治疗结果分析

Analysis on therapeutic results for replacement of artificial femoral head: A report of 300 cases

魏春生, 乔景尊, 余恒, 廖宏伟

WEI Chunsheng, QIAO Jingzun, YU Heng, LIAO Hongwei

关键词 股骨头假体; 关节成形术, 置换, 髋 **Key words** Femoral head prosthesis; Arthroplasty, replacement, hip

自 1988 年以来, 我院共开展人工股骨头置换手术 489 例, 其中 300 例 301 髋获得 6 个月~ 10.5 年的随访, 报告如下。

1 临床资料

300 例中男 168 例, 女 132 例; 手术时年龄 62~88 岁, 平均 75.4 岁。其中新鲜股骨颈骨折 242 例, 陈旧性股骨颈骨折 34 例, 经骨牵引或闭合复位鳞状钉内固定骨不愈合 23 例, 特发性股骨头缺血坏死 1 例。Moor 型人工股骨头 61 例(包括各型光面单极股骨头), 双极光面股骨头 28 例, 珍珠面单级股骨头 136 例, 珍珠面双极股骨头 75 例(76 髋)。均未用骨水泥, 采取后外侧切口。

2 治疗方法

采用后外侧切口^[1]。健侧卧位, 固定耻骨联合与臀部。在髋后上棘至大粗隆连线的中外 1/3 交界点与大粗隆间切开皮肤, 然后向股骨外侧纵轴延伸 10 cm。切开髂胫束, 分离臀大肌, 切断旋后诸肌, “T”形切关节囊, 屈膝、内旋患肢使患髋脱位, 取出股骨头并测量其外径。修整股骨颈残端, 保留股骨距 1.5~2 cm, 边扩髓腔边放入选好的人工股骨头, 以确定前倾角和髓腔扩大的程度。前倾角的确定: 用一直钳测量, 使小粗隆的前沿与人工股骨头后面的连线与股骨干平行。但对特殊体型如膝内外翻畸形患者, 前倾角的确定应灵活掌握。股骨的髓腔准备略小于将植入的股骨假体, 有助于促进非骨水泥假体与骨组织的紧密接触^[2]。

3 治疗结果

疗效评定按北京地区人工髋关节座谈会的统一标准^[3]分为优良、很好、好、尚好、差和很差 6 级。本

组优良 98 例, 很好 117 例, 好 36 例, 尚好 30 例, 差 18 例, 很差 1 例。优良级 98 例均为珍珠面人工股骨头, 其中单极 36 例, 双极 62 例(63 髋); 差 18 例中 15 例为单极 Moor 型人工股骨头, 2 例双极光面人工股骨头, 1 例为单极珍珠面人工股骨头, 其中 16 例为陈旧性股骨颈骨折。很差级 1 例为特发性股骨头缺血坏死患者。无初期感染病例; 假体松动下沉时间 6 个月以内 2 例, 2~5 年 39 例; 无坐骨神经损伤病例。

4 讨论

4.1 手术切口的选择 髋关节后外侧入路具有解剖简单、视野开阔、手术操作方便、不易损伤坐骨神经等优点。并且侧卧位还可以减少腹腔内容物对下肢静脉的压迫, 有利于静脉回流, 减少出血。

4.2 人工股骨头的选择 本组优良级 98 例均为珍珠面人工股骨头, 且双极明显优于单极, 说明钴铬钼合金钢带珍珠面柄人工股骨头具有硬度高、耐磨耐腐蚀性强、固定牢固可靠、生物相容性好、使用寿命长等优点。柄部的珍珠面能使骨组织自然长满球粒间隙, 形成生物学嵌锁, 减少了假体在髓腔的扭转和摆动, 有效地防止了假体的松动下沉, 又避免了使用骨胶固定, 防止了骨水泥本身对人工关节带来的弊病, 提高了假体的生物相容性^[4]。18 例差级中 17 例为 Moor 型和双极光面人工股骨头, 均在珍珠面柄人工股骨头普及以前使用。因假体表面光滑且柄较细, 植入骨窗的骨很难起到稳定作用, 并且又未使用骨水泥固定假体, 所以在负重时易引起应力集中, 导致骨质吸收, 假体松动。术前应根据 X 线片, 选择合适的人工股骨头 2~3 个备用, 术中用游标卡尺测量取出股骨头的外径, 选择合适的人工股骨头, 头的直径相差应小于 2 mm。

4.3 适应证的选择 人工股骨头置换适用于 60 岁

以上的股骨颈头下型骨折,或经其他方法治疗未愈的股骨颈骨折患者^[1]。我们认为,随着内固定器材和全髋置换手术的日益完善,对 70 岁以下体质较好的股骨颈骨折患者,应首选内固定或全髋置换手术;对 75 岁以上的股骨颈骨折患者,人工股骨头置换是首选的治疗方法^[5]。何爱珊等^[6]通过分组比较认为:对 75 岁以上股骨颈骨折患者,双动人工股骨头置换较全髋关节置换术中出血明显减少,手术时间明显缩短,术后早期并发症明显降低,且两组 Harris 功能评分无明显差异。因此得出结论:高龄股骨颈骨折采用双动人工股骨头置换的手术安全性高,术后并发症少,关节功能好,疗效满意,应优先选用。需要指出的是:由于手术技术及监护设备条件的不断提高,有些较严重慢性内科疾病的高龄股骨颈骨折患者,不再是手术禁忌症,但手术操作必须熟练,力求达到手术时间短、创伤小、安装质量好的目的。

4.4 术后并发症的预防与康复 近期并发症有术后患者意识模糊、烦躁等,一般 1 周内自动消失。合理运用抗生素,预防感染;女性病人术后应留置尿管 1 周,以免小便污染切口;因后侧切口有自压止血作用,用橡皮片引流 24 h 即可,以减少感染机会;经常

擦洗和按摩骶尾部预防褥疮;多饮水以防泌尿系感染。远期并发症主要有疼痛和假体松动,与人工股骨头的种类、人工股骨头的大小、安装质量、陈旧性骨折、骨质疏松、形体肥胖、年龄、活动量的大小和适应证的选择等有关。

人工股骨头置换手术的目的,是尽快恢复股骨颈骨折患者的行走功能,有部分老年患者术后卧床时间稍长,就会出现全身生理机能逐渐衰竭而不能康复。因此,对年龄偏大,体质较差的患者,应打破常规,在医生的指导下术后 1 周让病人下床活动,以提高全身体质,延长患者生命。

参考文献

- 1 陆裕补,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学,第 2 版.北京:人民军医出版社,2002.1850-1852.
- 2 吴立东,HJ Hahne,J Hassenpflug.全髋关节置换非骨水泥型股骨柄假体髓腔准备的精确性研究.中华骨科杂志,2002,22(5):265.
- 3 吴之康.关于髋关节置换术后疗效评定.中华外科杂志,1982,20(4):250.
- 4 孙即晓,周仁恕.珍珠面钴铬钼全髋置换术.中华骨科杂志,1991,11(5):344.
- 5 张广铎,王守君.老年股骨颈骨折采用股骨头置换术的临床分析.中国骨伤,1994,7(1):23.
- 6 何爱珊,李佛保,廖威明,等.双动人工股骨头与全髋关节置换治疗高龄股骨颈骨折的疗效比较.中国骨伤,2003,16(6):332-334.

(收稿日期:2003-08-14 本文编辑:王宏)

中西医结合骨科、髋关节外科临床进修生

招 生 简 章

广州中医药大学第一附属医院骨科是国家教育部重点学科,也是最早获得中医骨伤科学博士、硕士学位授予权的高等院校之一,我国南方重要的中医、中西医结合骨伤科人才培养基地。拥有高级职称医生 20 人,博士生、硕士生导师 12 人。现有四个病区 160 张病床,年收治病人近 2 500 人次,其中全国唯一的中医髋关节病重点专科拥有病床 75 张(包括以髋关节病康复为主的 30 张病床),该科在中西医结合诊断、治疗成人股骨头坏死、中青年股骨颈骨折、髋关节骨性关节炎、髋关节发育不良、小儿股骨头坏死、小儿先天性髋关节脱位、强直性脊柱炎与类风湿性关节炎累及髋关节、髋部肿瘤等疾病方面积累了近 4 000 例手术治疗经验。尤其是对非创伤性股骨头坏死,从诊断分型、到中医药治疗、不切开关节的微创手术、切开关节的修复手术、人工关节置换术以及康复治疗等,从理论到临床自成体系,疗效优良,该科历经 20 年的科研成果“中西医结合治疗股骨头坏死的临床研究”曾获得 2000 年度国家科技进步二等奖。另外,创伤骨科、脊柱病专科亦具有特色。为提高广大基层医院骨科医生的中西医结合骨科及髋关节病的诊疗水平,在以往已举办的三期临床进修班的基础上,继续面向全国招收“中西医结合骨科、髋关节外科临床进修生”,具体计划如下:1. 时间安排:每年 3、6、9、12 月招生,进修时间分半年期和 1 年期两种,进修重点分为创伤骨科、脊柱外科、髋关节外科,学员可根据自己的实际情况选择。2. 招收人数与学员要求:每期 20~25 人;II 级甲等医院以上的骨科主治医师以上专业人员。3. 进修形式:突出临床,兼顾理论,根据专门制定的进修计划,编写讲义,在参加临床工作的同时,每周安排教学查房,病例讨论、专题讲座等形式,全面提高学员的骨科理论水平。进修结束时,经考核合格,发给结业证书。4. 收费标准 ①学费:2 260 元/半年/期,4 000 元/1 年/期。②住宿统一安排在我院进修楼,费用自理。5. 报名形式:欲参加请来信或来电索取进修申请表,按报名先后顺序录取,每期名额满后则顺延下期。联系人:舒雯 电话:020 36591211 邮政编码:510405 通信地址:广州市机场路 16 号 广州中医药大学第一附属医院 三骨科