

环,减少神经源性介质的产生,消除或减轻神经根的水肿与局部的无菌性炎症,改善或预防肌肉萎缩,增强肌力,恢复或改善颈椎活动功能及颈椎生理弯曲,充分体现了中医“治未病,既病防变”思想。

本研究数据表明采用旋提手法加颈痛颗粒加颈椎康复操疗法在改善颈椎前屈、后伸、左侧屈活动受限情况起效较快;治疗后随访 1 个月期间活动度均优于颈椎牵引加双氯芬酸钠缓释片加佩戴颈围疗法,说明此疗法作用较为持久,不易反复。

虽然采用旋提手法加颈痛颗粒加颈椎康复操疗法在改善颈椎前屈、左右侧屈及左右旋转活动受限方面较采用颈椎牵引加双氯芬酸钠缓释片加佩戴颈围疗法疗效明显,但短期内颈椎后伸方向数值变化两种方法差异无统计学意义( $P>0.05$ ),可能与颈椎局部生理解剖、病理变化有关外,亦可能由于条件限制与单个中心样本的差异性、样本量小有关,值得进一步收集病例,随访观察、研究、探讨。

#### 参考文献

- [1] 黄宇康,牛朝阳.神经根型颈椎病非手术治疗进展[J].四川中医,2003,21(12):16-18.
- [2] 施祀.要重视对颈椎病的研究[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(1):1-3.
- [3] 孙宇,陈琪福.第 2 届颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,31(8):472-476.
- [4] 朱立国,张清,高景华,等.旋转手法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J].中国骨伤,2005,18(8):489-490.
- [5] 朱立国,于杰,高景华,等.神经根型颈椎病的颈椎活动度的观测及临床意义[J].中国中医骨伤科杂志,2008,16(1):1-5.
- [6] 朱立国,于杰,高景华.旋转手法治疗神经根型颈椎病研究概述[J].中医正骨,2005,17(8):69-70.
- [7] 马勇,周建中,周临东,等.颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病 60 例临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2008,16(4):27-28.
- [8] 刘希良,张建华,秦黎红.不同年龄阶段颈椎病临床研究进展[J].针灸临床杂志,2008,24(10):53-54.
- [9] 李世刚,吴山.功能锻炼对颈椎病患者愈后影响的观察[J].新中医,2006,38(11):60-61.

(收稿日期:2010-03-22 本文编辑:王宏)

#### · 经验交流 ·

## 人工全髋关节置换术治疗脑血管意外偏瘫侧股骨颈骨折 16 例

张鹏,李钟,陈经勇,陈如见,成俊,鲁丽莎,唐承杰  
(四川省骨科医院一病区,四川 成都 610041)

**关键词** 关节成形术,置换,髋; 脑血管意外; 偏瘫; 股骨颈骨折

**DOI:** 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.10.010

**Treatment of femoral neck fracture of hemiplegic side caused by cerebral vascular accident with total hip replacement in 16 cases** ZHANG Peng, LI Zhong, CHEN Jing-yong, CHEN Ru-jian, CHENG Jun, LU Li-sha, TANG Cheng-jie. Department of the First Endemic Area, the Hospital of Orthopaedics of Sichuan Province, Chengdu 610041, Sichuan, China

**KEYWORDS** Arthroplasty, replacement, hip; Cerebrovascular accident; Hemiplegia; Femoral neck fractures

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(10): 753-754 www.zggszz.com

随着我国进入老年社会,脑血管意外后肢体偏瘫临床较为多见。偏瘫侧下肢的肌张力、肌力、感觉、运动改变,身体平衡能力下降,动作不协调,易摔倒跌伤;髋部肌肉力量薄弱,摔倒时保护性动作不灵敏;偏瘫下肢活动量少以及神经营养障碍等因素导致骨质疏松。这些原因使得偏瘫侧股骨颈骨折在临床上并不少见。这类患者并发症多,治疗上选择较难。自 2003 年 3 月至 2006 年 3 月采用人工全髋关节治疗脑血管意外偏瘫侧股骨颈骨折(Garden III、IV 型)16 例,取得较满意的效果,现将治疗结果进行总结分析。

### 1 临床资料

本组 16 例,男 7 例,女 9 例;年龄 62~83 岁,平均 74 岁。股骨颈骨折 Garden III 型 4 例,IV 型 12 例。偏瘫时间 1~8 年。

所有患者既往有高血压病史,其中伴有糖尿病 15 例,冠心病 8 例。患者骨折前均有一定行走能力,独立行走 11 例,扶拐行走 5 例。术前髋外展肌力 IV 级 3 例,III 级 13 例。伤后 4~14 d 内行手术治疗。

### 2 治疗方法

入院后全面术前检查,以确定有无基础疾病,并请相关科室协助治疗并发症并评价手术耐受性。对有内科疾患者积极做相应处理。术前将血压控制在 130~150/70~90 mmHg,空腹血糖控制在 10 mmol/L 以下,如有肺部感染给予全身有效抗生素控制感染。

手术操作:麻醉,6 例采取全麻方式,10 例采取持续硬膜外麻醉。所有患者行人工全髋关节置换,均采用非骨水泥生物型假体。患者侧卧位,伤侧在上,手术均采用髋后外侧切口,术中注意尽可能保留梨状肌。髋臼杯的放置为外展 35°~40°,前

倾 10°~20°。手术操作时间 37~96 min, 平均 47.4 min。术中出血量 120~250 ml, 平均 170 ml。所有患者术中输 200 ml 全血。术后 3 例再次输血 200 ml, 平均每例患者输血 237 ml。

术后处理: 对有高血压及陈旧性心肌梗死病史者, 术后应给予充分镇痛, 以防血压波动加重心脏负担; 糖尿病患者术后监测血糖, 应用胰岛素控制血糖; 加强基础护理, 预防肺部、泌尿系感染及褥疮等并发症。针对骨科专家建议, 积极预防下肢深静脉血栓形成, 应用药物, 配合使用双下肢梯级加压空气动力泵<sup>[1-2]</sup>。下肢保持外展位。术后鼓励患者加强肌肉收缩功能锻炼, 并加强髋外展肌力康复训练。

术后 10 例在伤口愈合拆线后常规出院(术后 14 d), 6 例因并发症在内科联合治疗后出院。住院时间 17~32 d, 平均 21 d。

### 3 结果

按 Harris 髋关节评分标准<sup>[3]</sup>对疗效进行评定, 满分 100 分, 90~100 分为优, 80~89 分为良, 70~79 分为可, 小于 70 分为差。在关节置换术 3 个月后依此标准对患者功能状态进行评分, 疼痛平均(37.33±0.98)分, 功能平均(20.67±1.05)分, 畸形平均(3.02±0.37)分, 活动范围平均(3.03±0.39)分, 总平均(62.25±4.76)分, 关节置换术后 3 个月患者基本恢复到伤前的生活能力。

所有患者安全渡过围手术期, 全部病例获随访(方式主要为门诊复查随访, 部分电话随访), 时间 4 年 1 个月~6 年 1 个月, 平均 5 年 7 个月。3 例分别于术后 3 年 7 个月、4 年 2 个月、5 年 2 个月死亡, 死亡原因分别为间质性肺炎引起肺功能衰竭、肺心病和心肌梗死。16 例均未见脱位, 术后恢复独立行走 9 例, 扶拐行走 7 例。根据上述评定标准: 良 14 例, 可 2 例, 差 0 例。6 例发生并发症, 其中 2 例发生肺部感染, 4 例发生泌尿系感染, 均经治疗后痊愈。

### 4 讨论

**4.1 偏瘫侧股骨颈骨折治疗原则** 老年人发生骨折后长期卧床会因全身生理功能低下而出现严重的全身并发症, 因此, 对偏瘫侧股骨颈骨折的治疗原则应为骨折后积极治疗内科疾病, 改善全身状况, 提高手术的耐受性, 尽可能手术治疗, 使患者早日下床活动, 减少并发症的发生。人工关节置换是一个较好的治疗方案, 手术时间短, 术后可以早期活动, 伤前肢体行动能力较好的患者经过术后功能康复训练后可以尽早下床行走, 减少因卧床引起的并发症<sup>[4]</sup>。笔者治疗 16 例偏瘫侧股骨颈骨折, 经人工全髋关节置换术后, 治疗效果满意。

**4.2 人工关节假体的选择** 偏瘫侧股骨颈骨折人工关节假体的选择: 人工股骨头置换术, 假体头与人体髋臼不能完全匹配, 易出现髋臼疼痛和髋臼磨损<sup>[5]</sup>。本组未使用人工股骨头置换。为避免骨水泥全髋的人体反应, 造成对本已代偿能力较差的偏瘫及股骨颈骨折患者的干扰, 本组也未行骨水泥全髋术。对于骨质疏松较为严重的患者, 采用取下的股骨头, 重新植入股骨上端髓腔, 打压植骨的方式给予补充。

**4.3 关节置换围手术期处理及并发症** 人工关节置换手术创伤大、风险高, 认真的术前准备是取得成功的关键。本组所

有患者安全渡过围手术期。3 例死亡患者死亡时间均是在术后 3 年以后, 均为自身所患基础疾病加重所致, 与关节置换术无直接关系。

**4.3.1 关节脱位的预防** 人工关节稳定性由假体安装是否合理、关节周围软组织的紧张度以及关节周围肌力的协调性决定。偏瘫患者由于伤肢的肌力, 特别是髋部肌力下降, 软组织松弛, 脱位的发生率相对高<sup>[5]</sup>。我们在手术中采用创伤小的切口入路, 注意保护梨状肌, 缝合外旋肌, 放置假体时, 髋臼杯外倾 35°~40°。正常解剖髋臼外展角为 40°~47°, 保持 40°左右外展角对髋关节的活动度和稳定性来说是最合适的, 在此范围内应力分布均匀, 关节稳定<sup>[6-7]</sup>。术后保持伤肢外展位, 加强髋部肌力训练。观察本组患者髋关节活动范围无明显减小, 无一例出现脱位。

**4.3.2 静脉血栓形成的预防** 偏瘫患者常并发多系统、多器官的生理机能障碍, 以及髋关节手术中全身性凝血机制特别容易被激活, 引起血液高凝; 偏瘫下肢活动量小, 肌肉收缩能力降低, “静脉泵”作用减弱, 以及偏瘫后下肢交感神经功能下降, 血管壁紧张度下降, 这些使得下肢血流缓慢。因此偏瘫患者更易发生下肢深静脉血栓。我们在术后早期即开始指导患肢进行主动和被动活动, 结合中医预防手段, 内服我院自制“预防下肢深静脉血栓一号方”<sup>[8]</sup>, 并配合下肢针灸及手法按摩, 收到较好的效果, 术后无下肢深静脉血栓发生的病例。

经过本组 16 例的治疗观察以及术后长期随访, 我们认为脑血管意外偏瘫侧股骨颈 Garden III、IV 型骨折, 患者髋外展肌力 III 级以上, 术中髋臼杯置于外倾 35°~40°, 保护外展肌群, 并在术后加强髋部肌力训练, 人工髋关节置换是积极可靠的治疗措施。

### 参考文献

- [1] 邱贵兴, 戴尅戎, 杨庆铭, 等. 预防骨科大手术后深静脉血栓形成的专家建议[J]. 中国临床医生, 2006, 34(2): 31-33.
- [2] 阮洪江, 张世华. 活血复元汤配合低分子肝素钠预防人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中国骨伤, 2005, 18(12): 719-721.
- [3] 张世民, 李海丰, 黄铁刚. 骨折分类与功能评定[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 321.
- [4] 李军, 王春生, 周晓庆, 等. 治疗方式和行走能力对高龄髋部骨折患者死亡率的影响[J]. 中国骨伤, 2007, 20(1): 6-7.
- [5] 廖敏捷, 柳申鹏. 人工股骨头置换术治疗高龄老人股骨颈骨折体会[J]. 中国骨伤, 2006, 19(1): 63.
- [6] 朱天岳. 髋臼外展和前倾角的动态测量及其临床意义[J]. 中华骨科杂志, 1995, 15: 497-499.
- [7] D'Lima DD, Urquhart AG, Buehler KO, et al. The effect of the orientation of the acetabular and femoral components on the range of motion of the hip at different head-neck ratios[J]. J Bone Joint Surg Am, 2000, 82(3): 315-321.
- [8] 陈如见, 陈经勇, 张鹏, 等. 加味补阳还五汤配合手法按摩肢体预防老龄人工髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(1): 45-48.

(收稿日期: 2010-06-30 本文编辑: 连智华)