

人工股骨头置换术并发症的预防

山西医学院附属一院 (030001)

田存平 丁海明 郑仰林

采用人工股骨头置换术治疗股骨颈骨折, 由于手术较为复杂, 股骨头假体与患者股骨头的差异, 手术因素的影响, 造成部分并发症, 甚导致手术失败。故预防和减少并发症是手术成功的关键。

临床资料

本组 100 例中男 68 例, 女 32 例; 左侧 65 例, 右侧 35 例; 年龄 50~82 岁; 新鲜股骨颈骨折 72 例, 均为头下型或经颈型, 陈旧股骨颈骨折 26 例, 其中不愈合 16 例, 合并股骨头坏死 10 例, 病理性骨折 2 例; 假体选用 MooreII 型股骨头和珍珠面微孔柄股骨头, 多采用单动头。

并发症原因分析

术后疼痛: 随访中有 35 例有不同程度的患髋疼痛。造成疼痛的主要原因: (1) 头的颈部过长, 造成股骨头与髋臼间隙相对变窄, 引起疼痛。(2) 人工股骨头直径过大, 使之和髋臼间造成不正常摩擦面而引起疼痛。(3) 假体松动, 此类患者在 X 片上可见假体周围骨质吸收。(4) 髋关节周围肌挛缩, 陈旧性骨折常有髋关节周围肌群挛缩, 如术前牵引不足, 手术时虽可把人工股骨头纳入髋臼, 但易造成术后疼痛。

2. 术后感染: 本组术后深部感染 2 例, 浅部感染 1 例, 发生率为 3%, 与国外报道相等。1 例深部及 1 例浅部感染经局部制动, 换药等伤口处理后愈合。1 例深部感染经抗感染及长期换药治疗伤口不愈合, 后取出假体, 伤口清创后愈合。

3. 髋关节脱位: 术后发生髋关节脱位 3 例。1 例为假体选择不当, 股骨头较大而导致脱位后选择合适假体予以再次手术, 疗效满意。另 2 例为术中假体前倾角过大, 术后翻身时引起脱位, 经持续牵引 2 周后复位。

4. 假体柄穿出骨皮质: 本组有 3 例假体柄穿出骨皮质。1 例术中及时发现, 给予纠正。2 例术后拍片发现, 遂再次手术予以纠正。其原因为假体柄过大, 过粗, 且骨质明显疏松, 打入时用力不当而穿出皮质。

5. 大小粗隆劈裂: 本组 1 例为大小粗隆劈裂。其发生原因是髓腔开口位置不合适; 假体柄过粗, 过长; 插入假体时用力捶打, 髓腔扩大不足所致。如发生须用钢丝绑扎。

讨 论

预防和减轻人工股骨头置换术后患髋疼痛应严格

掌握手术适应证, 选择合适的假体。目前常用的假体有珍珠面微孔柄的股骨头和 MooreII 型股骨头。前者表面有颗粒状及微孔, 能与周围组织形成生物性相嵌, 达到柄的环周压力均匀。但对术后过早负重的病人不能形成柄周生物性固定。如髓腔宽大, 肥胖病人难以形成柄周生物性固定, 导致假体松动下沉, 故此类病人最好术后 6 周下地负重。MooreII 型股骨头无生物性固定作用。但颈部与股骨矩有宽大的接触面, 柄基本上充满髓腔, 使柄整体受力均匀, 柄上加用骨栓防止柄头下沉。因此适于髓腔宽大, 骨质疏松, 股骨外侧皮质凸孤大的病例。

另外选用大小合适的股骨头至关重要, 我们的经验是不能以患侧股骨头大小作依据, 须抓摄健侧股骨头 X 片作依据而测量。如有条件尽可能用 CT 测量健侧股骨头直径, 这样较为准确。术前拍摄健侧 X 片有利于指导术中的股骨矩长度的保留, 维护髋周肌张力, 并对预后有重要的参考价值。

2. 控制术后感染是手术成功的关键之一。因而术前要彻底治愈患者身上的一切感染灶, 作好充分的术前准备。手术中严格无菌操作, 缩短手术时间, 尽可能减少组织的剥离破坏, 彻底止血。术前 3 日用抗菌素, 术后应用足量的抗菌素。另外, 为缩短手术时间, 术前应常规充分肢体牵引。

3. 预防髋关节脱位: 预防脱位的关键在于注意假体的前倾角, 股骨矩和髓腔。如前倾角过大、过小均易造成脱位; 股骨矩太短则不能维持髋臼与假体之间正常的张力; 髓腔过分扩大致假体柄部插入后极易发生松动旋转, 不能保持正常的前倾角, 容易脱位。因此换头中要注意股骨矩、前倾角。股骨矩是股骨上段偏心受力的着力点, 是压应力最大部位, 是防止人工股骨头下沉的主要结构。经术中大量病例发现股骨矩最坚强部位是小粗隆前 1.5cm 左右, 上方 1.3cm 左右, 此处板层致密结构最厚, 适于假体放置。另外将股骨颈残端修整成前低后高倾斜 10°, 可恢复前倾角约 15°左右。

4. 避免假体柄穿出骨皮质及大粗隆劈裂: 首先解决髋周挛缩, 术前充分牵引, 术中应打通髓腔内柄周硬化骨质外, 以减少阻挡。扩髓腔应与骨干平行, 切忌在与骨干有夹角情况下猛力突破。有疑问者最好术中拍

片, 以免穿出骨皮质。

5. 近年来有报道髌部骨折者合并脂肪栓塞高达 7%, 人工股骨头置换术后深静脉血栓形成的发病率也较高。而深静脉血栓又极易造成脂肪栓塞, 上述情况已引起国内外学者的重视。但因肺栓塞没有或很少有特异性症状和体征, 一般实验室只能提供维持异性结果, 肺扫描和选择性动脉造影费用高, 有一定危险性, 需一定技术设备, 且不能迅速采用, 而影响本病的诊断。鉴

于髌部骨折及股骨头置换术后易发生脂肪栓塞, 虽诊断不易, 但我们应着眼于预防即避免下肢血液瘀滞, 尽可能让患者作肌肉主动收缩和被动按压活动; 弹力袜也可大大减轻下肢静脉瘀血; 每日输入 500—1000ml 低分子右旋糖酐, 具有一定的防止静脉血栓形成的作用。总之预防静脉血栓是防止脂肪栓塞的重要措施。

(收稿: 1995—07—21)

中药离子导入治疗骨折迟缓愈合

山东省潍坊市中医院 (261041) 赵凤龙 张风华

我院骨科自 1991 年起, 用中药离子导入, 内服复方接骨片, 配合功能锻炼, 治疗骨折迟缓愈合取得较好的效果, 功能也很满意, 现总结报告如下。

临床资料 本组 34 例, 男 20 例, 女 14 例; 年龄 8~56 岁; 骨折迟缓愈合时间 3~12 个月, 平均 6 个月; 治疗最短疗程 30 天, 最长 150 天; 肱骨干骨折 3 例, 尺桡骨干骨折 4 例, 腕舟状骨折 2 例, 股骨干骨折 6 例, 胫腓骨折 14 例, 足踝部骨折 3 例; 其中闭合复位外固定 6 例, 清创及切开复位内固定后 16 例, 骨牵引 10 例, 其他 2 例。

治疗方法 1. 中药离子导入法: 采用 GZ-III A 型导入治疗仪, 在骨折部位取穴。辨证组方: 骨碎补 30g 川断 30g 乳香 30g 没药 30g 自然铜 30g 地鳖虫 30g 当归 30g 丹参 30g 苏木 30g 血竭 15g 大黄 30g 冰片 6g, 研制细末为中药散, 装瓶备用。用时将厚 8 层, 长 10cm、宽 7cm 的垫布用温水浸透, 轻轻挤出多余水分, 然后将中药散均匀地涂于垫布上, 分别将正、负极 6×8cm 铅板各一块插入垫布中, 置其骨折部位及邻近取穴, 如上肢取臂臑、曲池、手三里、内外关、列缺、阳溪、期门。下肢取足三里、阳陵泉、下巨墟、解溪、中封、委中、承筋、承山等穴上, 再盖纱袋压实或用固定带固定。然后插入正、负极插孔, 打开

电源, 根据病人的感觉情况, 调节电流强度, 可选 10~30MA 之间, 以最大耐受量为好, 治疗时间每次为 20~30min, 每天 1 次, 10 次为一疗程, 可治疗 3~5 个疗程。

2. 复方接骨片(本院经验方): 虎骨(或煨狗骨)10g 豹骨 10g 鹿茸 10g 血竭 10g 降香 60g 乳香 10g 没药 10g 鹿角霜 30g 山甲 12g 毛姜 15g 自然铜 15g 当归 30g 土元 10g 鸡血藤 30g, 加蜂蜜适量, 研制药片。每次 3~5g, 每日 3 次。口服。

治疗结果 本组病例经治疗后均得到 1 年以上随访, 根据 X 片示, 骨折愈合, 并恢复关节功能。

讨论 治疗仪除正、负极恒定直流电对穴位、骨折部位的持续刺激作用外, 用我们研制的骨折中药散外敷于局部, 与电热板固定协调作用, 通过电力振动温热刺激, 药物的有效成分形成较高的浓度, 经皮肤直接吸收促使局部血管扩张, 肌肉恢复正常的舒展和收缩, 充分发挥肌肉对血液循环的水泵作用, 使充血水肿加快吸收, 无菌炎症消退。骨是一个活性器官, 有赖于血液的供应, 局部的血液循环畅通, 肌肉和骨的新陈代谢活跃, 为骨痂生长, 加速骨折愈合, 创造了有利条件, 缩短了治疗时间, 促进骨折早日愈合。

(收稿 1994—11—28)