

全髋关节置换术 50 例临床分析

上海市金山县中心医院 (201500) 王 正

我院至 1994 年施行人工全髋关节置换 50 例, 52 髋。发生手术并发症 4 例, 分析报告如下。

临床资料

本组 50 例中男 27 例, 女 23 例; 年龄 32~70 岁; 共施行全髋关节置换 52 髋 (2 例为双髋手术), 其中左髋 24 例, 右髋 28 例。

术前髋关节疾病为陈旧性股骨颈骨折伴股骨头坏死 15 例, 股骨颈新鲜骨折 19 例, 扁平髋 13 例 (2 例双髋均为扁平髋), 类风湿性髋关节强直 3 例。

本组老年患者多, 常同时伴有其他疾病, 伴高血压心脏病 12 例, 慢性支气管炎等肺部疾患 10 例, 给手术增加了一定难度。

本组随访时间 6 月~4 年, 按第一届全国人工关节学术会议拟定的疗效评定标准, 本组优良 21 例, 很好 20 例, 好 6 例, 尚可 2 例, 差 1 例, 很差无。

本组无手术死亡, 无术后感染。发生并发症 4 例, 并发症情况列表 1。

表 1 手术并发症情况

例序	性别年龄	并发症	原因	处理
1	女 60	术后髋脱位	髋臼帽安装角度不合适	再次手术更换髋臼假体
2	男 58	假体柄断裂 断裂时间术后 20 个月	假体材料晶粒度粗	再次手术更换股骨头假体
3	男 61	假体柄尖穿透股骨上段骨皮质	手术扩大髓腔时伤及对侧骨皮质	再次手术更换股骨头假体
4	女 65	下肢不等长引起严重疼痛	所用假体颈太长, 未选用合适短颈假体	患者对再次手术有顾虑, 对症治疗观察中

讨 论

1. 脱位的预防: 本组早期脱位一例, 该例脱位的原因是髋臼安装角度不合适, 侧倾角大于 50° , 再次手术中纠正了髋臼帽角度取得置换术成功。体会假体的髋臼应放在侧倾角 40° 、前倾角 10° 为宜。术中并要先试行安装复位后调整髋臼角度。我们使用国产的髋臼定位器有助于髋臼假体的正确置入。同时注意搬运时平托臀部, 术后置患肢於外展位, 以防止因搬运不当而造成的脱位。

2. 假体柄断裂: 大多发生在手术后几年或承受了

相当时期负荷后发生。姚志修等^[1]报告 8 例髋假体断裂均系钛合金材料, 断裂部位大多发生在柄的上 1/3 至中部区域。断裂的原因有: ①原材料成份比例失当; ②假体设计欠妥; ③假体模锻件热处理不当; ④机加工制作粗糙, 高应力区表面存在宽深的加工痕迹; ⑤临床安装被置于明显内翻位, 使假体柄所承受的力矩因之增加。本组一例为 Ti-6Al-4V 钛合金材料, 经上海材料研究所测检原因主要是材料晶粒度粗。我们后期使用钴铬钼合金材料假体, 未发生有断裂。

3. 假体柄穿出股骨干: 主要为髓腔扩大器和假体插入时方向偏离股骨纵轴所致。在股骨较细或股骨上段骨质疏松时更易发生, 故手术中扩大髓腔遇到阻力时忌用暴力锤击。我们体会此时可用髓腔锉耐心地锉出骨槽, 锉时需经常注意与股骨长轴方向一致。虽较为费力, 但可有效防止股骨干劈裂或击穿对侧骨皮质, 我们以后用此法均获得成功。

4. 肢体长度不等的避免: 本组一例其疼痛与假体颈太长, 肢体长度不等有关。理想的情况术后二下肢应等长, 但事实上手术时很难正确估计肢体的长度。有推荐用试样假体插入和关节复位后比较二下肢长度, 但因术中患肢是被消毒巾包裹的, 且受体位限制, 很难比较。我们体会主要可从 X 线片上作出估计, 在 X 片上以病变股骨头减去髋臼帽的厚度与假体颈长来估计股骨颈的截骨平面。对患肢股骨颈较短的病员, 应选择合适的短颈假体, 而不要用长颈假体勉强去做。

5. 再次手术的体会: 本组再次手术三例 (一例更换髋臼假体, 二例更换股骨头假体)。再次手术的难度在于如何将原有假体松动凿下。在凿除髋臼帽时要巧用边缘的骨突, 利用杠杆作用撬动髋臼假体。在去除断裂假体柄时, 我们在股骨干远端外侧面开窗, 用弯曲凿子将断柄顶出。开窗部位孔隙要够大, 要尽可能凿碎去除假体柄周围骨水泥, 否则操作难以成功。再次手术中更要尽量减小组织损伤, 假体型号挑选合适, 以取得较好疗效。

参考文献

- 姚志修, 等. 关节假体临床断裂的原因分析与对策. 中华外科杂志 1995; 33: 48.

(收稿: 1995-08-15)