

人工肱骨头置换 3 例临床报告

巩四海 党馥珍 王效东

(西安市红十字会医院, 陕西 西安 710054)

1993 年 5 月 ~ 1995 年 9 月我们收治 3 例肱骨头粉碎性骨折并脱位患者, 均采用人工肱骨头置换术, 术后肩关节功能恢复满意, 现总结报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 3 例中男 2 例, 女 1 例; 年龄为 44 岁、46 岁、60 岁; 受伤原因为骑车不慎跌伤手掌着地所致; 均为右侧肱骨头粉碎性骨折并脱位。发生骨折脱位至手术时间分别为 17 天、35 天、69 天。有 1 例患者术前肌电图检查, 结果提示: 右臂丛神经不全受累(根性)。3 例患者在术前均经数次手法复位, 对位欠佳。

2. 主要症状及体征: 3 例均有外伤史。患肩肿胀明显, 方肩畸形, 触之三角肌下空虚, 局部压痛阳性, 纵轴叩击痛阳性, 可扪及骨擦感。肩关节主动活动功能丧失, 被动活动功能受限。X 线片示右肱骨头骨连续性中断, 呈粉碎性, 肱骨头向关节孟前下脱位。

手术方法

采用颈丛加臂丛神经阻滞麻醉。患者仰卧位, 头偏向健侧, 于患侧肩部垫以薄枕。常规消毒, 铺无菌巾。取右肩前外侧“7”字形切口, 起于肩峰下, 沿三角肌前方至上臂上段, 切口长约 20cm, 切开皮肤、皮下组织及深筋膜, 电凝止血。游离皮瓣, 显露三角肌, 胸大肌及位于两肌之间的头静脉并予以保护。沿三角肌内侧缘切断并分离至深层, 自关节孟上切断肱二头肌长头腱并游离出来, 用湿盐水纱布保护, 切开关节囊, 显露肱骨干上段骨折端, 剥离其周围机化的软组织及骨痂、血凝块等, 以纱布条缠绕骨干并提出, 暴露肱骨头及其碎骨块, 可见肱骨头脱位于关节孟前下方, 清理出肱骨头及碎骨片。以髓腔扩大器将肱骨上端髓腔扩大并与选择好的人工肱骨头假体柄粗细相适应, 然后插入人工假体, 插入人工肱骨头至半途时, 术者应摸清肱骨下端的内外髁, 测定插入人工肱骨头的后倾角(正常后倾 20° 度, 如角度适合, 则完全打入人工肱骨头, 用庆大霉素生理盐水冲洗伤口, 彻底止血, 将人工肱骨头复位。然后在肱骨干上端外侧以细克氏钻钻一小孔,

用 10 号粗线将肩的旋转诸肌缝于此孔上, 再缝合肱二头肌腱、关节囊、三角肌, 最后缝合皮肤切口, 无菌敷料包扎后, 绕肩石膏托外固定。

术后 2 周拆线, 伤口一期愈合。3 周后开始作肩关节的功能锻炼。

治疗结果

本组 3 例采用人工肱骨头置换术, 无手术并发症发生, 术后也未出现肱骨头脱位或半脱位现象。3 例经 6 个月 ~ 24 个月随访, 患肩功能恢复良好, 已能参加正常工作。

讨论

1. 肱骨头粉碎性骨折并脱位多因跌倒时掌心着地传达暴力所致。手法不易复位, 且易发生肱骨头无菌性坏死, 本院收治 3 例, 比较典型, 而且均属严重移位的粉碎性骨折合并脱位, 对于这类骨折脱位的治疗, 存在的问题很多, 首先要恢复光滑的肱骨头关节面已不可能。其次是肩关节的旋转诸肌(肌腱袖)已失去附着点, 难以恢复肩关节的功能, 还有骨折碎片已失去血液供应, 即使复位, 仍将发生退行性肩关节炎。因此, 治疗极为困难。如果采用肱骨头切除术, 术后肩关节尚能保持一定的功能, 对此, 笔者未能一试, 也未见临床有报道, 不敢妄加评论。

2. 本组 3 例患者, 在外院均经多次手法复位后来我院求治。我们采用北京航空材料研究所京航生物工程公司生产的 TJPP-01 号、钛合金, 单纯肱骨头进行人工肱骨头置换, 效果满意, 而且无排斥反应, 患者肩关节功能恢复良好, 无脱位及半脱位发生。在治疗过程中, 笔者体会, 对肩关节的旋转诸肌的修复很重要, 手术中须特别重视缝合和修补, 它将直接影响肩关节功能的恢复。再就是要掌握术后肩关节功能锻炼的时机和限度, 一般术后三天即可作轻度的锻炼活动患肩, 但须注意, 三周内不作肩关节的外展和旋转动作, 以利于肩袖的恢复愈合。

(收稿: 1997-01-31)