

# 改良 Osborne 切口在全髋置换术中的应用

陈谏  
(上海市第五人民医院, 上海 200240)

全髋关节置换术(THR)入路复杂,种类繁多。我们用改良 Osborne 切口共完成 THR 术 27 例,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 27 例中男性 9 例,女性 18 例,年龄在 62~87 岁之间。新鲜股骨颈骨折 15 例,陈旧性股骨颈骨折 7 例,先天性髋臼发育不良 3 例,非创伤性缺血性股骨头坏死 1 例,原发性骨关节炎 1 例。

1.2 手术 切口自髋后上棘外下方 7cm 处开始,与臀大肌纤维平行向外侧远端延伸到大转子前缘再向远端切开 5cm,纵行切开臀大肌在髂胫束的附着处,然后用手指向上钝性分离部分臀大肌,将大腿内旋,暴露梨状肌、上肌、下肌,然后紧贴大转子将上述外旋诸肌止点切断,显露后侧关节囊,作“T”形切开,沿髋臼边缘将其切除,取出股骨头,暴露整个髋臼。

1.3 结果 全组 27 例术后伤口均一期愈合,无伤口裂开及切口下血肿形成。术后置梯形枕于两腿之间 2~3 周,防止后脱位,术后检查患肢血供及感觉、运动均无异常,出院前 X 线摄片无一例发生假体髋关节脱位。

## 2 讨论

2.1 改良 Osborne 切口属髋关节后侧入路一种 传统 Osborne 切口或 More 切口因需暴露坐骨神经故切口较大,臀大肌纤维剥离较多。我们在手术中的体会是缩短切口上方的起点,无需暴露坐骨神经,而髋臼显露同样满意。坐骨神经因在

切口偏内侧,术中加以注意则完全可以避免损伤。我们术后未发现一例坐骨神经损伤的病例。

2.2 切口的解剖情况 传统髋关节后侧切口弧形向下延伸部分在大转子的后缘<sup>[1]</sup>,而本切口则绕到大转子的前缘,在髂胫束表面向后推开皮瓣,可扩大术野,有利于安装假体柄。分开臀大肌纤维后,内旋大腿,充分显露该区域解剖结构十分重要,辨认出梨状肌,上、下肌,闭孔内肌及股方肌,其中梨状肌为这一区域重要标志,其上缘有臀上动脉及臀上神经穿出,下缘有臀下动脉、臀下神经穿出,坐骨神经出盆腔口后一般(约 80%)也于梨状肌下方穿出,此处的体表定位是坐骨结节至大粗隆顶点之间联线的中内 1/3 点向上 2.4~4cm 处。本手术只需切断梨状肌等肌止点,故上述血管、神经不需显露。

2.3 切口的优点 本切口另一优点是股骨上端暴露清晰,患肢内收内旋角度大,便于填充骨水泥及安装假体柄,避免因髓腔暴露不清而将髓腔扩大器过多地挫去股骨内侧皮质骨,造成柄穿出及股骨上端劈裂。在这点上我们觉得较其他切口为优。

改良 Osborne 属后侧入路,故术中放置髋臼假体时应注意预防后脱位倾向,假体边缘增厚部分(如 Howmedica 公司产品)应放置在防后脱位的相应部位。

### 参考文献

[1] 王桂生. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 114.

(收稿: 2000 06 27 编辑: 李为农)

# 腰椎间盘突出症术后复发 52 例分析

郭培刚<sup>1</sup> 宋跃明<sup>2</sup>

(1. 包头市中心医院, 内蒙古 包头 014040; 2. 华西医科大学第一附属医院, 四川 成都)

1984 年 1 月~1998 年 6 月我院与华西医科大学第一附属医院骨科收治腰椎间盘突出症术后复发再手术者 52 例,本文就 52 例再手术中所见的各种病理表现,分析术后复发的原因,并探讨预防复发的措施。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例中,男 32 例,女 20 例;年龄 25~67 岁,平均 46.8 岁;术后复发时间 1 天~10 年;初次术后与再次手术相隔时间 2 个月~10 年;手术方式:初次手术有开窗 12 例,扩大开窗 24 例,半椎板切除 11 例,全椎板切除 5 例;再次手术有扩大开窗 7 例,半椎板切除 29 例,全椎板切

除 16 例。

1.2 再次手术中所见 原间隙再突出者 36 例,其中合并另一间隙新突出者 2 例,合并继发性腰椎管狭窄 1 例,侧隐窝狭窄 3 例,神经根管狭窄 1 例;另一间隙新突出者 5 例(不包括伴再突出者 2 例),合并侧隐窝狭窄者 2 例,腰椎管狭窄 1 例;瘢痕粘连造成医源性椎管狭窄者 8 例,其中伴有硬膜及神经根纤维化者 1 例,伴有蛛网膜粘连 2 例,伴囊肿形成者 1 例;神经根管狭窄未处理 1 例;定位错误 2 例。

## 2 讨论

2.1 本组病例产生术后复发病理表现的主要原因 ①原间