

· 临床研究 ·

强直性脊柱炎晚期人工全髋置换术疗效分析

Evaluation of the effect of total hip arthroplasty for the treatment of late ankylosing spondylitis

高利杰 张成业

GAO Li-jie, ZHANG Cheng-ye

【关键词】 脊柱炎,强直性; 髋假体 【Key words】 Spondylitis, ankylosing; Hip prosthesis

我院从 1980 年~2000 年共进行人工全髋置换术 225 例,其中强直性脊柱炎晚期髋关节骨性关节炎患者 31 例 34 髋,占 13.78%。经长期随访及总结分析,认为疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

根据 1984 年修订的纽约诊断标准^[1],31 例患者均诊断为强直性脊柱炎。本组 31 例 34 髋;其中男性 20 例,女性 11 例;年龄 34~77 岁,平均年龄 55.2 岁;患髋:双侧 3 例、左侧 17 例、右侧 11 例;随访时间 1~16 年,平均 6 年 11 个月。

2 治疗方法

手术切口:Watson-Jones 切口 5 髋,Gibson 切口 21 髋,Moore 切口 3 髋,Amstutz 切口 5 髋。人工关节(柄)的材料:不锈钢 8 个,钴合金 17 个,钛合金 9 个。人工关节产地:进口关节 6 个,国产关节 28 个。骨水泥应用:用骨水泥关节 20 髋,H/G 人工关节 14 髋。术中输血:400~600ml:10 髋,800~1000ml:19 髋,1200ml 以上 5 髋。术后下地时间:3 天以内 3 例,3 天至 1 周 6 例,1 周至 2 周 8 例,2 周至 4 周 3 例,4 周至 6 周 14 例。

3 治疗结果

将本组 31 例(34 髋)患者术前、术后长期随访情况中,患髋关节疼痛、屈曲畸形的程度、活动度、功能及术后并发症等项目内容进行对比分析。患髋关节疼痛症状按白人骁等^[2]以指数形式分为四级统计:0 级:无疼痛;I 级:轻度疼痛,指虽有疼痛,但无需使用任何药物;II 级:中度疼痛,指疼痛较明显,需常使用非甾体抗炎止痛药物;III 级:重度疼痛,指疼痛严重,常使用皮质类固醇激素。最后根据 Harris 评分标准^[3]作疗效评价。

3.1 疼痛改善 患髋关节疼痛症状术后远期随访较术前明显改善,术前疼痛指数:0 级 0 髋、I 级 1 髋、II 级 21 髋、III 级 12 髋,疼痛指数总和为 79,平均为 2.32。术后疼痛指数:0 级 13 髋、I 级 11 髋、II 级 9 髋、III 级 1 髋,疼痛指数总和为 32,平均为 0.94。髋关节疼痛指数平均降低 1.38。

3.2 髋关节活动度术后较术前明显增加,髋屈曲畸形明显改善 结果如表 1 所示。

表 1 髋关节活动度及髋屈曲畸形术前术后的比较

	伸 屈	内 收	外 展	内 旋	外 旋	髋 屈 曲 畸 形
术前(平均)	39.17°	17.21°		15.24°		48.20°
术后(平均)	75.29°	42.79°		16.13°		6.12°
改善(平均)	36.12°	25.58°		0.89°		42.08°

3.3 疗效评价 按照 Harris 评分标准疗效评价,优良率达 67.6%。优 10 髋,良 13 髋,中 8 髋,差 3 髋。

3.4 术后并发症 假体柄松动 3 髋、髋臼假体松动 2 髋、髋关节脱位 2 髋、异位骨化 11 髋、下肢深静脉栓塞 3 髋。

4 讨论

施行人工全髋置换术,年龄一般主张在 55~60 岁以上,而部分强直性脊柱炎晚期髋关节骨性关节炎患者往往较早地出现关节畸形、强直及剧烈疼痛,丧失了正常生活的能力。为了提高这类患者的黄金时期的生活质量,我们认为,强直性脊柱炎晚期髋关节骨性关节炎患者施行人工全髋置换术的年龄放宽到 30 岁左右。年龄小于 55 岁,初次施行人工全髋置换术应选择非骨水泥假体。因为强直性脊柱炎晚期髋关节骨性关节炎患者骨增生活跃,新生骨较多地长入人工关节假体表面微孔内,并在其内相互愈合,而达到假体长期稳定。再者,初次用非骨水泥假体可为以后人工关节翻修术留下一个良好的基础。本组 34 髋中,有 14 髋使用了 Harris-Galante 人工假体,使用最长已达 9 年,14 髋均未发生假体松动及下沉。

术后并发症分析:①假体松动:假体松动是人工全髋置换术的重要的远期并发症之一,如果严重时,需要行假体翻修术。本组假体松动共 5 髋,占 14.7%,假体柄松动 3 髋,髋臼假体松动 2 髋。其中 2 髋较严重,行翻修术,1 髋属股骨假体柄松动下沉,另一髋为髋臼假体滑移。本组假体松动及翻修率与国内外报道相比发生率较低。②髋关节脱位:在 34 髋中术后发生髋关节脱位者 2 例,发生在术后 2 周内,给予手法复位,穿“丁”字鞋固定 3 周,没有再发生脱位。按照 Dorr^[4]全髋关节置换术后脱位的分类方法属于 I 类 1 例,即体位性脱位,脱位由不恰当的患肢活动引起;另 1 例属于 III 类,髋臼假体放置不良性脱位。③异位骨化:本组发生异位骨化 11 髋,发生率为 32.35%,根据 Brooker 分级:1 级 1 髋,2 级 3 髋,3 级 4 髋,4 级 3 髋。人工全髋置换术后异位骨化发生率国内外报道差异很大,本组的发生率在国内属于较高水平。Andersen^[5]等

很多作者认为,用非类固醇抗炎止痛药可阻止前列腺激素及相关物质的合成,故可明显降低全髋置换术后异位骨化的发生率。④下肢深静脉血栓形成:国内吕厚山等^[6]报道,全髋置换术后深静脉血栓发生率为 40%,由于我们术后常规应用抗凝及扩血管药物,故深静脉血栓的发生率为 8.8%(3 例)。

参考文献

- 1 蒋明,朱立平,林孝义. 风湿病学. 北京:科学出版社,1995. 941-964.
- 2 白人骁,毕晓阳,张福江,等. 关节成形术治疗强直性脊柱炎晚期严重髋关节畸形. 中华骨科杂志,1999,19(7):400-403.
- 3 Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetab-

ular fractures: Treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg(Am),1969, 51:737-755.

- 4 Dorr LD, Wolf AW, Chandler R, et al. Classification and treatment of dislocations of total hip arthroplasty. Clin Orthop, 1983, 173: 151-158.
- 5 Andersen PK. Heterotopic bone formation after noncemented total hip arthroplasty. Clin Orthop, 1990, 252: 156.
- 6 吕厚山,徐斌. 人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成. 中华骨科杂志,1999,19(3):155-156.

(收稿:2002-03-06 编辑:荆豪)

·手法介绍·

腕背伸折顶法整复治疗史密斯骨折

王勇 贺传君

(陕西钢厂职工医院中医骨科,陕西 西安 710043)

自 1997 年 6 月~2001 年 6 月,本科用腕背伸折顶法整复治疗史密斯骨折 16 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 16 例中男 11 例,女 5 例;年龄最小 24 岁,最大 67 岁;左侧 6 例,右侧 10 例;横断型骨折 7 例,斜型骨折 4 例,粉碎型骨折 5 例,其中 2 例伴有尺骨茎突骨折;所有病例均为闭合性骨折。

2 治疗方法

2.1 手法复位 经臂丛麻醉后,患者仰卧,患肢屈肘 90°,一助手握住患肢前臂近肘部牵引,术者双手握住患肢手掌,双拇指压按患腕背侧顺势掌屈,持续牵引约 2~3 分钟后,用力牵引向掌侧折顶,然后背伸腕部向背侧推顶,即可复位。此法称为“腕背伸折顶法”,一般一次就可达到理想复位。

2.2 夹板固定 若透视下证实复位良好,维持牵引下用本科自制的活血止痛、接骨续断红膏药外敷患处,然后于远折端掌侧放置大小适中棉压垫,外衬以棉垫,用四块前臂塑形夹板固定于腕关节背伸位,前臂旋后位。用一颈前臂吊带悬于胸前,1 周换药 1 次,重新包扎固定。一般换药 4~6 次,4 周后解除固定。所有病例,去除固定后均选用活血止痛、祛风散寒、舒筋活络中药水煎加醋熏洗。

3 治疗结果

16 例骨折一次整复达解剖对位者 14 例,占 87.5%,近解剖对位者 2 例,占 12.5%。其中近解剖对位者桡骨远端关节面均恢复平滑,掌倾、尺偏角度均恢复正常,但远折端因粉碎严重有一些小骨块未能完全复位。全部病例均按期愈合腕关节活动功能恢复正常。

4 讨论

史密斯骨折比科雷氏骨折临床少见,骨折也较不稳定。

要有效地处理该型骨折,除了详细询问病史,根据受伤机制及临床表现进行准确诊断外,必须达到理想复位。经多年临床实践,作者提出了“腕背伸折顶”的整复复位手法。由于该型骨折的受伤机制是由于跌倒时,腕关节屈曲,手背着地而造成骨折线或为横形,或呈斜形,或为粉碎形,远折端多连同腕关节一并向掌侧移位,断端向背侧成角,故根据“欲合先离,离而复合”的原则,按照骨折移位情况顺势牵引,并向掌侧折顶加大成角然后猛然背伸腕部并向背侧推按折顶,即可使骨折复位,并使桡腕关节恢复正常关系。尤其对于一些牵引无效的病例,本法更显省力而捷效。史密斯骨折,无论是横型、斜型、还是粉碎型,本法均适宜,确不失为临床治疗该型骨折的有效复位手法。

(收稿:2002-10-8 编辑:李为农)

生物力学研究文稿的写作须知

骨伤科生物力学是一门新兴的边缘学科,是力学、物理学、解剖学、生理学等多门学科的交叉学科。由于生物力学等边缘学科的迅速发展,给骨伤的救治,正确、合理、有效地治疗提供了可靠的理论依据。为此,本刊专设了“生物力学研究”栏目,为使该栏目文章便于广大读者阅读和理解,要求有关生物力学实验和计算的文章,必须有力学实验模型或力学计算模型(注意说明计算的边界条件和初始条件);并提供有关实验装置原理的示意图或受力分析图。欢迎赐稿。

(本刊编辑部)