

# 全髋关节置换术治疗强直性脊柱炎晚期严重髋关节固定畸形 12 例

Treatment of hip joint deformity cause by ankylosing spondylitis with replacement of total hip: A report of 12 cases

陈功亭, 郭世强, 刘向明, 陈涛

CHEN Gongting, GUO Shirong, LIU Xiangming, CHEN Tao

关键词 脊柱炎, 强直性; 髋关节; 畸形 **Key words** Spondylitis, ankylosion; Hip joint; Abnormalities

强直性脊柱炎有 30% 髋关节受累<sup>[1]</sup>, 但是髋关节伸直固定在 0°~ 10° 位, 屈曲固定在 80°~ 100° 位较罕见。我院自 1999 年 5 月—2002 年 7 月采用全髋关节置换术治疗此类疾患 12 例, 疗效满意, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 12 例(均为双髋), 男 9 例, 女 3 例; 年龄 30~ 40 岁 6 例, 41~ 50 岁 4 例, 51 岁以上的 2 例。伸直固定在 0°~ 10° 位 4 例, 屈曲固定在 80°~ 100° 8 例; 国产材料 5 例, 进口材料 7 例。术前髋关节症状、体征 X 线检查结果: 不能伸屈活动, 无行走蹲坐功能, 所有患者生活均不能自理, 关节活动度屈曲 0°、伸 0°、内收外展 0°, X 线示关节间隙消失、骨小梁通过关节与髋骨连续。

## 2 治疗方法

术前保证患者血沉、血常规正常, 病情在稳定期。手术方法: 仰卧位, 屈曲型背部 窝部垫高, 全麻, 髋前外侧切口, 充分剥离软组织显露股骨颈切除关节囊, 充分显露股骨颈后, 用气动锯从股骨头下髋臼缘平切断, 屈曲内收内旋, 使髋脱位。顺股骨颈切断面造一人工髋臼, 外展 45°, 前倾 15°。然后修整股骨距长 0.7cm, 开髓植入股骨柄, 冲洗复位后逐层缝合, 放胶管引流。术后处理: 术后下肢保持中立位, 术后 3 d 使用髋关节功能锻炼器(CPM)。第 1 天活动度为 50°, 以后每日增加 10°~ 20°, 每次 60 min, 每日 2 次, 直到髋关节活动 120°, 持续使用 1 周。随后下地练习蹲位。

## 3 结果

**3.1 术后疼痛改善** 为便于统计观察将本组患者疼痛症状以指数形式分为 4 级: 0 级无痛, 1 级轻微痛, 2 级中度痛, 痛明显, 常用抗炎止痛药, 3 级重度痛, 痛严重, 常需激素药物治疗。术前术后疼痛指数改善统计: 0 级者术前 3 例, 术后 7 例; 1 级者术前 6 例, 术后 4 例; 2 级者术前 2 例, 术后 1 例; 3 级者术前 1 例, 术后 0 例。

**3.2 髋关节活动度术前术后改善** 伸屈(4 髋), 术前活动度 0°, 术后活动度 90°, 活动改善数 90; 内收(24 髋), 术前活动度 0°, 术后活动度 15°, 活动改善数 15; 外展(24 髋), 术前活动度 0°, 术后活动度 20°, 活动改善数 20。

**3.3 单腿负重能力** 24 髋中 23 髋可单腿负重。

**3.4 并发症** 血管神经压迫综合征 2 例, 其中 1 例术中发现左足肢体发凉苍白, 足背动脉搏动消失, 另 1 例出现术后迈步抬腿时下肢麻木, 平卧伸直下肢时麻木消失。

## 4 讨论

强直性脊柱炎晚期关节软骨腐蚀启动的组织修复过程, 不但填补了松质骨缺损, 而且骨化过程继续向临近的韧带肌肉关节囊延伸, 形成韧带骨赘, 造成髋关节骨性强直<sup>[2]</sup>, 炎症造成关节内压增高致疼痛, 导致肌肉痉挛, 使髋关节长期屈曲内收出现屈曲固定畸形, 病程长, 痛苦大, 只能卧床, 严重影响生活质量, 因此要重视早期诊断, 早期治疗, 以提高患者的生活质量。

髋关节置换治疗晚期强直性脊柱炎髋关节强直固定的优点: ①疼痛并发症少; ②功能改善好; ③畸

形纠正显著;④负重能力强。临床体会功能的改善与下列因素有关:①选择假体时要选择短颈型。因为强直性脊柱炎肌肉、肌腱、关节韧带是 AS 的靶细胞器官,都有不同程度的纤维骨化形成,肌肉痉挛弹性差,短颈能保持髋部肌的松紧度,有利于肌肉的收缩及关节活动。②髋部软组织的充分松解。由于长期屈曲阔筋膜,股直肌、内收肌痉挛硬化,肌肉弹性差,故术中肌肉的切断延长,关节周围软组织的充分松解,是关节畸形纠正及功能恢复的基础。③CPM 关节康复器的正确使用及功能锻炼是关节功能恢复的保障。CPM 由于有活动度的严格控制指标,使肌肉关节的活动度逐渐增大,既锻炼了关节肌肉,又防止了肌肉关节过度活动引起的损伤,使髋关节功能恢复较好。

2 例血管神经压迫综合征,1 例髋关节强直屈曲固定在 100° 位,术中左髋复位困难,强行复位后发现左下肢皮肤苍白发凉,足背动脉搏动消失。检查发

现髋关节前内侧有痉挛压迫带,给予阔筋膜切断松解,内收肌肉切断延长,髋关节活动良好,皮肤色泽红润,足背动脉搏动良好。分析原因是由于长期髋关节屈曲内收,内收肌群软组织硬化,股动脉适应了这种状态,当髋关节置换后伸直时,硬化痉挛的内收肌软组织痉挛带,因弹性不能随着延伸,对血管产生压迫引起供血障碍。另 1 例髋固定在伸直 0° 位,术后抬腿迈步交替出现下肢麻木,屈髋时加重,伸腿时消失。术后 3 周对坐骨神经进行探查,发现挛缩的臀筋膜压迫坐骨神经,给予切断充分松解,术后症状消失。所以我们认为强直性脊柱炎髋关节畸形行髋关节置换术,筋膜软组织的松解是预防血管神经压迫并发症的关键,也是手术成功的保障。

参考文献

- 1 蒋明,朱立平,林孝义,等. 风湿病学. 北京: 科技出版社, 1995. 941-964.
- 2 姚凤祥,麻世通,陈阳,等. 现代风湿学, 北京: 人民军医出版社, 1995. 941-964.

(收稿日期: 2003- 09- 15 本文编辑: 王宏)

## 经皮鳞纹针固定治疗股骨颈骨折

### Treatment of femoral neck fracture with internal fixation

辜志昌

GU Zhichang

关键词 股骨颈骨折; 骨折固定术, 内 **Key words** Femoral neck fracture; Fracture fixation, internal

1987 年 2 月- 2002 年 2 月, 我院采用经皮鳞纹针固定治疗股骨颈骨折 112 例, 并对资料完整的病例进行回顾性总结, 报告如下。

#### 1 临床资料

本组 112 例, 男 42 例, 女 70 例; 年龄 50 岁以下者 9 例, 51~ 60 岁 25 例, 61~ 70 岁 46 例, 70 岁以上者 32 例。致伤原因: 跌伤 72 例, 车祸伤 24 例, 坠落伤 16 例。骨折类型: 头下型 33 例, 头颈型 56 例, 经颈型 23 例; Garden 分型: I 型 12 例, II 型 23 例, III 型 41 例, IV 型 36 例。

#### 2 治疗方法

2.1 术前复位 入院后全部行股骨髁上牵引或胫骨结节牵引, 根据骨折移位情况行闭合手法复位, 患肢膝后垫枕, 维持髋关节轻度屈曲, 患肢外展内旋位继续牵引 3~ 7 d。

2.2 手术方法 在局麻或硬膜外麻醉下, 患者平卧手术床上, 经 C 形臂 X 线透视证实骨折复位满意, 保证股骨干内缘骨小梁与股骨距骨小梁呈 135°~ 160°, 前倾角为 170°, 股骨头无旋转, 手法整复后股骨头仍处于翻转时, 可用直径为 3.5~ 4 mm 斯氏针于粗隆下紧贴前缘骨面沿股骨颈方向进针, 使针尖顶住股骨头前缘断面或前下缘撬拨复位, 保持下肢外展 20°~ 30°、内旋 10°~ 15°, 分别于粗隆下 2、3、5 cm 处呈三角形击入 3 枚鳞纹针固定股骨颈直达头软骨下 0.5 cm