

全髋关节置换术后早期脱位发生原因探讨

浙江医科大学附属第二医院骨科 严世贵 吴琼华 方向前* 杨泉森

摘 要 目的: 探讨全髋关节置换术后早期脱位发生原因, 以指导预防和治疗。方法: 统计 101 例患者的 113 侧全髋置换术临床资料, 对其中发生早期脱位的 7 例患者进行治疗及随访观察。结果: 脱位主要由术后搬动及康复锻炼不适当引起, 保守治疗效果良好。结论: 髋关节周围的组织完整是全髋关节术后稳定的主要因素之一。

关键词 髋关节 外科学; 髋脱位 并发症; 髋脱位 外科学

The Causes of Early Dislocation after Total Hip Replacement

Yan Shigui, Wu Qionghua, Fang Xiangqian, et al. (*Department of Orthopedics, Second Affiliated Hospital of Zhejiang Medical University*)

Abstract Objective To discuss the causes of early dislocation after total hip replacement, for the purpose of its prevention and proper treatment. **Method** An analysis of 101 cases (113 hips) who received total hip replacement was made. Among them, 7 cases who suffered from early hip dislocation were followed up. **Result** Inappropriate postoperative transportation and rehabilitation were the main causes of early hip dislocation; conservative treatment got satisfactory result. **Conclusion** The intactness of the soft tissue surrounding the hip joint was the main factor in maintaining the stability of hip joint postoperatively.

Key words Hip joint /surg; Hip dislocation/comp; Hip dislocation /surg

全髋关节置换术 (THR) 后, 髋关节脱位是手术失败的四大并发症之一^[1]。其发生率为 0.6% ~ 7.0%^[2], 而且大多发生在术后早期 (3 个月)^[3], 其发生原因及治疗有其本身特点。作者统计了 101 例 (113 侧) THR 患者, 发现有 7 例出现早期髋关节脱位。现就其原因、预防及治疗进行总结, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例 全髋关节置换术患者 101 例, 男 53 例, 女 48 例, 双侧性 12 例, 共 113 侧髋。年龄 20~79 岁, 平均 57.5 岁。采用国产骨水泥型 52 髋, 非骨水泥型 2 髋, 其假体人工股骨头 > 32 mm; 进口假体 (包括 1 例中外合资) 非骨水泥型 52 例, 骨水泥型 7 例, 其股骨头均 ≤ 32 mm。113 侧髋关节病变主要为: 股骨颈骨折 (32 例)、股骨头坏死 (31 例)、各种

原因所致的骨关节炎 (29 例) 以及翻修所致类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、肿瘤等 (21 例)。THR 手术入路, 90 年代以前均采用股骨颈前方入路, 共 40 例, 90 年代以来采用股骨颈后侧入路, 共 73 例。111 例不采取大粗隆截骨。

113 侧全髋置换术后有 7 侧髋关节出现脱位, 年龄 31~69 岁, 平均 55.5 岁, 男 5 例, 女 2 例。其中股骨头坏死 4 例, 粗隆部恶性肿瘤、股骨颈骨折及骨关节炎各 1 例。股骨颈前方入路的 40 例中, 前、后脱位各 1 例; 股骨颈后方入路的 73 例中, 前脱位 1 例, 后脱位 4 例。脱位的 7 例中股骨头直径 > 32 mm 的 2 例, 股骨头直径 ≤ 32 mm 的 5 例。3 例在术后 3 天内因搬动而出现脱位, 其中 1 例粗隆部

* 浙江医科大学附属邵逸夫医院骨科

恶性肿瘤患者脱位行复位后,返回病床时又出现脱位,该患者除搬动原因外尚有肌肉软组织切除较广泛的因素;另 2 例系术后过度超范围活动引起。该 3 例中,1 例股骨假体有轻微外翻,致干偏距稍短;另 2 例经术中探查及髋关节侧位片显示,其髋前倾角分别为 20° 、 35° 。有 3 例 THR 前有髋部手术史。

1.2 治疗及随访结果 7 例脱位病人均在麻醉下闭合复位。6 例急性脱位患者复位成功后,用皮牵引制动 3~6 周,逐渐开始功能锻炼,其中 1 例髋臼前倾角 35° ,患者牵引 3 周后改石膏裤固定 4 周。复位不成功 1 例,患者因一直卧床,无急性脱位症状,术后 3 个月拍片发现脱位,患者不能明确何时脱位。该例患者予以切开复位,原前外侧切口暴露后见纤维疤痕性关节囊厚韧,股骨头向前上方脱出,髋臼前倾角 20° ,外倾角 40° ,股骨头柄假体位置正常,无假体松动,但复位后仍有自动脱位倾向,故用一枚斯氏针从大粗隆至髂骨固定髋关节,重叠缝合髋关节前方假性纤维囊。6 周后拔除斯氏针,并行功能锻炼。

对 7 例脱位患者追踪随访 4 个月~8 年,除 1 例其髋臼前倾角较大,仍明显疼痛、功能受限,拟准备翻修外,其余均达到髋关节无痛。Harris 评分 70~94 分,平均 87 分。

2 讨论

2.1 THR 术后要获得一稳定的髋关节应有良好的假体位置。髋臼的过度前倾或后倾、外倾角过大无疑是术后早期脱位的主要因素^[1,4]。本组 1 例髋臼前倾角 35° ,准备翻修,亦可说明部分问题。但髋关节周围组织的完整在防止全髋关节置换术后早期脱位也起到重要作用。Pierchon 通过 CT 检测已脱位和不脱位两组病例的髋臼假体和股骨假体位置后提出:肌肉平衡是脱位的主要因素^[5]。本组病例中尽管有一些髋臼前倾角稍大,亦有前倾不足甚至稍有后倾,还有 1 例有轻微的股骨假体外翻,但脱位复位后,经假性关节囊的

形成,肌肉调整平衡后,仍可弥补假体位置的不足。切开复位 1 例,用斯氏针固定髋关节位置,经 8 年随访,髋关节位置稳定。1 例肿瘤患者因切除软组织较多发生脱位,但经适当的制动,以利于周围软组织修复,8 年来未出现过脱位。这些均说明 THR 术后髋周肌肉及假性关节囊形成是髋关节稳定的重要因素之一。

在 THR 术后髋周组织尚未完全修复时期,不适当的搬动与康复锻炼是引起早期脱位的重要原因之一。本组 3 例术后搬动,2 例超范围活动而致脱位,充分说明这一点。因此应对每一例 THR 术后患者加强管理,而且要做到个体化,要从手术结束时即开始。术毕,尤其在麻醉清醒前,应先将髋关节作一简单的固定,然后才能搬动,或在医师参与下搬动病人。并根据每一患者可能存在的不稳定因素以及术中发现的不稳定情况,制订康复计划,并向患者详细交待清楚以防早期脱位的发生。

2.2 国产假体股骨头直径较大 ($> 32\text{ mm}$)、髋臼深、往往超过股骨头的半径。本组 54 例国产假体中 2 例发生脱位。而进口假体股骨头直径较小 ($22\sim 32\text{ mm}$)、髋臼深度一般不超过股骨头半径。本组 59 例中有 5 例出现脱位。理论上认为股骨头大、臼深,脱位所需移动的距离就大,不易脱位。但文献上认为头的大小实际上对脱位影响不大^[1,4]。本组病例股骨头 $> 32\text{ mm}$ (2 例)组与 $\leq 32\text{ mm}$ (5 例)组两者之间的脱位数看似差别较大,但经卡方检验无明显差异 ($P > 0.05$)。然而作者仍认为,头小、臼浅肯定是脱位的因素之一,在统计学上没有差异很可能是一种假象。因为在 THR 发展的早期,所采用的都是头大、臼深之假体,且因安装技术不完善,发生脱位者相对多一些。随着 THR 术的基础与临床的发展,安装技术亦进一步提高,头小、臼浅的假体脱位相对就少了,这一多一少就造成了统计学上的假象。当然对这一问题的阐述,并不

是提倡用头大而臼深的假体,而是提醒骨科医师在应用头小、臼浅的假体时须掌握更好的安装技术,以防止产生不稳定因素。

2.3 手术入路是否与 THR 术后脱位有关,文献报道是肯定的^[4,6]。本组股骨颈前方入路 40 例中出现 2 例脱位,股骨颈后方入路 73 例中出现 5 例脱位,经卡方检验无明显差异 ($P > 0.05$),在统计学上不能说明问题。事实上,股骨颈前方入路往往有前方不稳定,易前脱位;股骨颈后方入路往往有后方不稳定,易后脱位^[4]。加上髋关节本身就是后脱位居多,股骨颈后侧入路会出现较高的脱位发生率。单就脱位因素考虑,作者认为还是以股骨颈前方入路为首选,但因全髋术后的并发症较多,还应根据具体情况选择手术入路为妥。

造成 THR 术后不稳定的因素很多,如性别、年龄、髋部手术史、感染、疾病的种类、骨赘及部件碰撞等^[1,4,5]。本组病例较少,在以上因素中,难以作出令人信服的讨论,故不予赘述。

2.4 THR 术后脱位的治疗分保守治疗与手术治疗。早期发生的急性脱位,经保守治疗是有效的^[4]。本组 7 例中 6 例保守治疗,除 1 例因随访时间短尚在观察中,5 例均取得较好的效果。麻醉下复位后必须进行必要的制动、

牵引或石膏固定,以利于对髋关节有稳定作用的假性关节囊的形成与修复。对一些闭合复位失败、反复脱位、假体位置不良等患者可考虑手术治疗。术前最好能明确脱位原因,以提高手术成功率,文献报道能确定原因者其手术成功率可达 80%,而不能确定原因者其成功率仅为 50%^[4]。手术有切开复位,调整假体位置,换高边髋臼、紧缩关节囊,大粗隆截骨以平衡肌肉等。对有些反复脱位、手术难以成功者,可更换交锁式假体或置换双极人工股骨头^[4]。

参 考 文 献

1. 过邦辅,蔡体栋,杨庆铭等编译.坎贝尔手术大全(上册).第 1 版,上海:上海翻译出版公司,1991: 609~ 720
 2. Woo YG, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplasty. JBJS, 1982, 64A: 1245
 3. Coventry MB. Late dislocations in patients with Charnley total hip arthroplasty. JBJS, 1985, 67A: 832
 4. Morrey BF. Difficult complications after hip joint replacement-dislocation. Clin Orthop, 1997, 344: 179
 5. Herchon F, Pasquier G, Cotten A, et al. Causes of dislocation of total hip arthroplasty. JBJS, 1994, 76B: 45
 6. Roberts JM, Fu FH, McClain EJ, et al. A comparison of the posterolateral and anterolateral approaches to total hip arthroplasty. Clin Orthop, 1984, 187: 205
- (1998 年 11 月 9 日收稿,同年 12 月 18 日修回)

(上接第 84 页)

2.2 病理特点及对预后的影响 原发肿瘤的大小、浸润深度、淋巴结转移程度均与预后密切相关,如 Weingrad 报道,肿瘤直径 > 5 cm 者比 < 5 cm 者的预后差,尤其是 > 10 cm 以上者均已浸润周围脏器,临床病期已较晚^[6]。本组有 8 例属于此种情况。随访结果表明,B 细胞恶性淋巴瘤患者生存率在 5 年以上有 4 例,而 T 细胞性淋巴瘤仅 1 例。从本组为数不多的资料看,B 细胞性淋巴瘤似较 T 细胞性淋巴瘤预后要好。

参 考 文 献

1. 朱梅刚,周志韶.淋巴瘤组织增生性疾病病理学.广东:广东高等教育出版社,1994: 75~ 76
 2. 纪小龙.淋巴瘤的临床病理要点.实用肿瘤学杂志,1998, 13(1): 9
 3. Greensetin AJ, Mullin GE, Strauchen JA. Lymphoma in inflammatory bowel disease. Cancer, 1992, 69(5): 1119
 4. Contreary K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann Surg, 1980, 191(5): 593
 5. Weingrad DN, Decosse JJ, Sherlock P. Primary gastrointestinal lymphoma A 30-year Review. Cancer, 1982, 49(6): 1258
 6. Henry CA, Berry RE. Primary lymphoma of the large intestine. Am Surg, 1988, 54(5): 262
- (1998 年 7 月 16 日收稿,同年 12 月 1 日修回)