

间隙狭窄,边缘增生明显,生理曲度变直,C₃、C₄椎间孔变小。诊断为颈椎病,中医辨证为寒邪入侵,气血凝滞。西医诊断为神经根型颈椎病。用上述方法治疗 10d,症状基本消失,又巩固一个疗程后,痊愈。半年随访无复发。

4 讨论

神经根型颈椎病是颈椎病中常见的一型,主要表现为神经根受压,发生无菌性炎症,导致该神经所支配范围内疼痛、麻木、感觉异常或功能障碍等。从中医角度分析,本型颈椎病,多因筋骨失养,外邪尤寒邪入侵,致使经脉痹阻所致。属骨痹范畴。针灸治疗首选阿是穴,《内经》所言之“以痛为腧”即为阿是,有时往往比有固定位置的经穴、奇穴效果显著,有解除神经根压迫,松懈肌肉痉挛,提高痛阈,缓解疼痛的作用。阿是穴又采用傍针刺法:“傍针刺者,直刺、傍刺各一,以治留痹久居者也。”这种刺法多用在压痛明显,而且固定不移,久久不愈的痹症,是以加强局部压痛处的通经活络,活血祛寒

作用而设。电针在傍针刺的两针上采用具有镇痛、促进血液循环及渗出物吸收的疏密波,可引起部分细胞蛋白质分解,产生组织胺及类组织胺物质,加上 TDP 神灯产生的热能效应,可促进血液循环,加强局部血液流通,改善组织营养,促进组织修复等,加速炎症渗出物和水肿吸收,引起肌肉收缩,增加肌力,改善组织营养代谢作用。同时配合具有激发全身之阳气的大椎、补髓壮骨的骨会大杼、局部通经活络的肩井、疏散风寒的风池,诸穴合用,从而达到祛寒除痹、通经活络、补益气血的作用。故神经根型颈椎病采用电针阿是穴为主的治疗方法,能比一般针灸方法有更进一步的明显疗效。

作者简介:

宋美芹(1973-),硕士研究生,主治医师,毕业于山东中医药大学针灸推拿专业,毕业至今从事针灸 13 年。

编号:EA-11080948(修回:2011-11-07)

组配式假体在人工全髋关节翻修术中的应用

Application of prosthesis in total hip arthroplasty

王冬雷¹ 邱红明²

(1.山东中医药大学,山东 济南,250014; 2.山东省中医院,山东 济南,250014)

中图分类号:R681 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2011)21-0081-02

【摘要】 探讨组配式假体在全髋关节翻修术中的应用方法及临床疗效。方法:2008 年 6 月至 2011 年 6 月采用非水泥型组配式翻修假体对 23 例患者行人工全髋关节翻修术。男 12 例,女 11 例。年龄 52~85 岁,平均年龄 63 岁。首次髋关节置换术至翻修时间 15 月至 17 年,平均 7 年。初次人工髋关节置换术前诊断股骨颈骨折 10 例,股骨头缺血性坏死 10 例,髋关节先天发育性不良 3 例。翻修的原因:其中无菌性松 19 例,髋关节感染 3 例,假体周围骨折 1 例。23 例患者均为首次翻修。术中并发症:骨干皮质穿孔 1 例,大转子部分劈裂 1 例。结果 23 例患者手术后刀口均为 I 期愈合,无下肢 DVT 及肢体不等长,术后髋关节脱位等并发症的发生。23 例患者均获得随访,时间 8~36 个月。随访期间未出现假体松动下沉,假体周围感染周围骨长入良好。术前 Harris 评分平均为 48,末次随访平均 86 分。与手术前比较 $P<0.05$ 有统计学意义。结论采用组配式翻修假体行人工全髋关节翻修术效果明显,可以调节长度,偏心距,前倾角可以独立匹配远近端股骨,达到初期与长期的假体稳定性。

【关键词】 组配式假体;髋关节;翻修术

【Abstract】 Exploring prosthesis in total hip arthroplasty and clinical efficacy. Methods: June 2008 to June 2011 using non-cement-based in 23-style renovation prosthesis patients, 12 males and 11 females, aged 52-85 years, mean age 63 years. For the first time hip replacement surgery to renovation surgery is for 15 months to 17 years, on average 7 years. Primary total hip replacement preoperative diagnosis of femoral neck fracture in 10 cases, 10 cases of avascular necrosis, congenital hip adverse in 3 cases. Renovation of the reasons: 19 cases in which aseptic loose hip infection in 3 cases, periprosthetic fracture in 1. 23 patients were first renovated. Intraoperative complications: the backbone of cortical perforation in 1 case, part of the greater trochanter split in 1 case. Results: 23 patients were stage I after surgery incision healing, no lower extremity DVT and limb length, postoperative hip dislocation and other complications. 23 patients were followed up for 8 to 36 months. compared Before surgery with $p<0.05$ considered statistically significant. Conclusions: The treatment group effect is obvious, can adjust the length, eccentricity, inclination, achieve initial and long-term implant stability.

【Keywords】 Prosthesis; Hip; Revision surgery

THA 在 20 世纪以来已广泛用于治疗髋关节的各种疾病,它在有效地消除患者的疼痛,重建髋关节的功能和纠正各种畸形方面取得了良好效果。但随着人工假体的自然磨损和髋关节

置换术的失败,需行翻修术的患者逐渐增多^[1]。2008 年 6 月至 2011 年 6 月我科应用德国林克公司非骨水泥组配式翻修假体 MPtm 系统对 23 例患者行全髋关节翻修术取得了较好的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 12 人,女 11 人,年龄 52~85 岁,平均年龄 63 岁。患者全部为单髋首次翻修,翻修原因:无菌性松动 19 例,髋关节假体周围感染 3 例,假体周围骨折 1 例,感染性翻修均为 II 期翻修。严重的髋臼骨缺损 AAOS 分型:II 型 5 例,III 型 3 例。股骨缺损按 Mallory^[2]分类:II 型 15 例,IIIA 型 4 例,IIIB 型 2 例,IIIC 型 1 例。患者的主要临床症状为髋关节或伴随股骨内外侧区的疼痛,双下肢不等长,活动受限等。

1.2 术前检查及处理

手术前常规拍摄双髋正侧位 X 线片(包含股骨上端),必要时给予拍摄患侧髋关节 CT 片。常规完善 EKG,ESR 及 CRP,血常规,凝血等各项检查。髋臼骨缺损按 AAOS 分型 II 型 5 例 III 型 3 例,股骨缺损按 Mallory 分类:II 型 15 例,IIIA 型 4 例,IIIB 型 2 例,IIIC 型 1 例。3 例假体周围感染患者患者先行一期假体旷置,3 个月抗感染治疗后,待 ESR 和 CRP 恢复正常后行二期翻修;1 例假体周围骨折先行患肢制动。术前积极请综合内科会诊治疗相关内科病症。术前给予青霉素及先锋类药物皮试,术前 30min 应用抗生素一次。

1.3 手术方法

患者硬腰联合麻醉后,取侧卧位。做髋关节后外侧纵弧形切口,逐层切开皮肤,皮下,深筋膜,内旋患肢,切断外旋短肌群于粗隆部的止点处。切开背侧和顶部关节囊。置患肢于屈髋屈膝内收内旋位使髋关节脱位。取出股骨假体,彻底清除关节及髓腔内的肉芽组织。清除水泥型假体股骨髓腔内残存的骨水泥及骨水泥栓。其中 3 例假体或水泥栓取出困难采用大转子延长截骨术。取出髋臼假体,首先将薄形骨刀打入聚乙烯内衬和金属杯之间使二者分离取出聚乙烯内衬,取出过程中最大限度保护骨组织,避免造成骨量的进一步丢失。取出髋臼后,刮除髋臼内残留骨水泥或增生的纤维结缔组织。使用髋臼锉依次打磨髋臼至均匀点状出血,使用刮匙刮除髋臼内的囊性增生组织并打压植入同种异体骨,采用压配式打入髋臼假体置假体于外倾 45° 前倾 15° 位,装入聚乙烯内衬。其中 8 例患者出现髋臼骨缺损均采用颗粒状同种异体骨打压植入术。使用锥形锉扩髓至合适深度,扩髓时持续应用手动髓腔锉感觉皮质,将连接假体柄打入髓腔内,并将假体柄上标有垂直黑线一侧朝向大粗隆方向,然后在假体柄的近端用环钻结合适配器扩大股骨近端,装入旋转颈领组件,并调整其前倾角为 15°。使用螺钉固定颈领构件,装入与髋臼匹配的陶瓷头,牵引下将髋关节复位,使用生理盐水,术尔泰,碘伏分别冲洗刀口,接入自体血回输系统。逐层缝合关闭切口,恢复外展肌与股外侧肌的连续性,提供最好稳定性。

1.4 术后处理

手术后积极应用抗生素预防感染,同时应用低分子肝素钠皮下注射或口服利伐沙班防止静脉血栓的形成。术后 6h 内回输自体血,24~48h 内拔出引流管。患肢保持与外展中立位,术后第一天始行患肢踝关节跖屈背伸及患肢抬起功能锻炼加强患肢肌力。术后 8 周内患肢禁止负重。

2 统计

采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,组间比较采用配对 *t* 检验。*P* 值<0.05 为有统计学意义。

3 结果

全部患者刀口均为 I 期愈合,无髋关节脱位,下肢 DVT 以及神经损伤表现。23 例患者均获得随访,时间 8~36 个月。术后 4 例活动时偶有大腿疼痛,服用非甾体抗炎药后症状缓解。术前髋关节感染者术后无感染复发,其余患者未发现感染。随访期间假体骨长入良好,无假体松动,肢体的不等长得明显纠正。末次随访 Harris 评分为 86 与术前相比 *P*<0.05 有统计学意义。

4 讨论

THA 后,如果出现患侧髋关节周围和患肢股骨区疼痛,活动障碍,缩短畸形等,实验室检查示 ESR,CRP,血常规异常。影像学资料提示有假体周围骨折或无菌性松动均需要翻修。翻修时根据患者实际选择合适假体以及采用正确手术方式,有效修复骨缺损重建骨的解剖结构是手术成功的关键。早期髋翻修应用长水泥柄固定,植入假体相对运动和磨损,造成骨内膜化和骨溶解缺损,致使水泥柄在翻修中高的失败率^[3]。组配型假体依靠远端稳定具有初始稳定性,股骨远端的骨质在后期可长入到假体的沟槽中达到固定的作用。即使股骨近段骨质较差同样能使假体达到后期坚强固定。由于股骨存在生理弧度,如果长柄的股骨假体适应此弧度获得股骨远端的固定后,近端股骨柄、股骨颈可能会发生扭转,难以获得正常范围的股骨颈前倾角和偏心距。组配型翻修股骨假体则可以很好地解决这一问题^[4]。而且,在术中提供了灵活性通过匹配不同长度解剖弧度,使柄的远近端与皮质接触。远近端可选择各自不同的假体直径,因而组配型翻修股骨柄假体适用于股骨柄松动的股骨近端广泛骨吸收、髓腔扩大或股骨近端区域骨皮质变薄需要进行翻修者。采用依靠股骨远端固定的非骨水泥型股骨柄进行翻修,已逐渐成为股骨翻修术标准手术方法之一^[5]。

使用组配型假体行人工全髋关节翻修术疗效明显。

参考文献:

- [1]赵秀祥,李建华,卜建民,等.长柄全涂层股骨假体结合同种异体骨移植术在髋关节翻修中的应用吗[J].中国修复重建外科杂志,2009,23(7):781-783
- [2]Mallory TH. Preparation of the proximal femur in revision THR. Clin Orthop, 1985, (235):47-60
- [3]Pellicci PM, Wilson PD Jr, Sledge CB et al. Long-term results of revision total hip replacement; a follow-up report. J Bone Joint Surg (Am), 1985, 67:513-516
- [4]Gurkan L, Wenz JF. Modular femoral implants for revision hip arthroplasty. Curr Opin Orthop, 2002, 13(1): 67-70
- [5]Paprosky WG, Burnett RS. Extensively porous-coated femoral stems in revision hip arthroplasty: rationale and results. Am J Orthop (Belle Mead NJ), 2002, 31(8):471-474

编号: EC-11072519 (修回: 2011-11-07)