

· 临床经验 ·

初次全髋关节置换术后早期脱位的手法复位

张舒

【摘要】 分析 9 例初次全髋关节置换术后早期脱位病例的脱位的时间、次数、原因,总结初次全髋关节置换术后髋关节早期脱位的易发因素及治疗方法。9 例全髋关节置换术后髋关节早期脱位患者采用闭合手法复位后牵引固定,有 2 例再次脱位,手法复位后改为髋人字石膏固定治愈;1 例反复脱位行翻修手术后治愈。全髋关节置换术后脱位由多种因素引起,病人因素、假体位置不良、术后护理和早期康复训练不当是关节脱位的主要原因。多数早期脱位可手法复位制动,反复性脱位则需假体翻修手术。

【关键词】 全髋关节置换术; 脱位; 手法复位

【中图分类号】 R 274. 22 **【文献标识码】** A doi:10. 3969/j. issn. 1674-1749. 2013. 07. 020

全髋关节置换术(Total Hip Arthroplasty, THA)后关节脱位是常见的并发症,关节脱位使患者住院时间延长,康复治疗复杂化,严重影响手术的效果。初次 THA 术后脱位发生率一般在 2% ~ 3%,全髋关节翻修术后脱位的发生率高达 10%^[1]。自 2009 年 1 月至 2011 年 10 月,笔者经治全髋关节置换术后早期脱位患者 9 例,其中 8 例经手法复位制动后髋关节功能恢复良好获得满意疗效,1 例手法复位后反复脱位,行翻修手术,疗效满意,报告如下。

1 病历资料

1.1 一般资料

9 例中,男 3 例,女 6 例,年龄 58 ~ 87 岁,平均年龄 73 岁。其中先天性髋臼发育不良 2 例、股骨颈骨折 5 例、髋关节骨性关节炎 1 例、股骨头坏死 1 例。术后 72 小时之内脱位 4 例,72 小时至 2 周之内脱位 5 例。所有手术均采用外侧入路,其中混合型假体(髋臼非骨水泥型,股骨骨水泥型)2 例,非骨水泥型假体 7 例,全部患者股骨头假体直径均为 28 mm。9 例患者均随访,截至末次随访时,平均随访时间 15 个月(7 ~ 26 个月)。

对脱位患者的髋关节术后 X 线片进行测量,了解髋臼假体外展角和前倾角、股骨假体前倾角及重要距离。重要距离包括测量双下肢长度差异,来判断双侧髋软组织的均衡情况。根据 Dorr 等^[2] X 线片分类,本组脱位 5 例为 I 型,3 例为 II 型,1 例为 III 型,全部脱位均为前脱位。

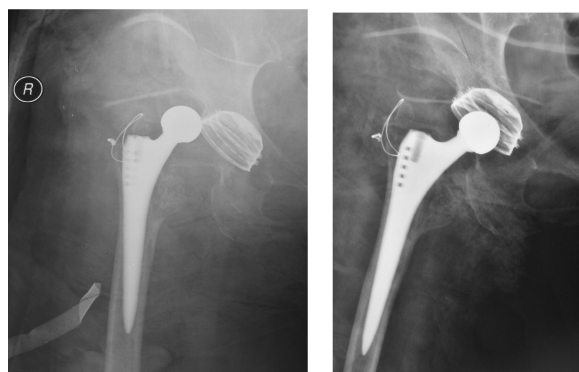
1.2 脱位原因

4 例是由于术后搬动不慎所致;1 例由于假体位置不正确;2 例由于术前合并脑血管病后遗症,下肢肌无力;2 例患

者患肢短缩约 8 mm,分别于术后第 8 天及第 10 天坐马桶屈髋外旋时脱位。

1.3 脱位治疗方法

9 位患者脱位后首先均试行床旁手法复位,5 例手法复位成功,活动髋关节稳定,复位后均复查床旁双髋正位片,脱位关节已良好复位,4 例患者行床旁手法复位困难,疼痛明显,故选择进入手术室内行麻醉下手法复位,获得成功,复位后均下肢皮牵引或丁字鞋于患肢外展中立位制动 4 周。采用这种方法治疗后有 3 例患者于住院期间再发脱位,2 例再次行手法复位及髋人字石膏固定 6 周末再脱位,1 例患者髋臼假体外展超过 60°,行髋人字石膏固定后,仍髋关节活动不稳定,反复出现髋关节前脱位,故选择再手术切开复位,术中重新调整髋臼方向。



术后脱位 手法复位后

图 1 全髋关节置换术后脱位和脱位后手法复位 X 光片

1.4 预后

本组患者中的 8 例采用闭合复位牵引或丁字鞋制动 4 周,其中有 2 例制动期间再次脱位,复位后改为髋人字石膏固定 6 周,出院后至末次随访期间(9 ~ 13 月)未再发生脱位,1 例手术患者随访 12 个月,未出现再脱位。末次随访时

作者单位:100075 北京,北京市东城区第一人民医院外科

作者简介:张舒(1973 -),本科,主治医师。研究方向:中西医结合治疗骨关节疾病。E-mail:zs2507@126. com

Harris 评分平均为 94.3 分(83 分~100 分)。

2 讨论

THA 术后脱位的危险因素包括手术经验、手术入路、假体设计及假体位置、患者体位不当、康复计划的要求及患者遵守情况等^[3-4]。Dorr 等^[2]根据 X 线光片检查结果,将髋关节脱位原因分为四个类型,Ⅰ型:体位性脱位,其假体位置正确,软组织平衡,脱位主要是由于不恰当的患肢活动引起;Ⅱ型:软组织失平衡性脱位,包括大转子截骨愈合不良、高位臼杯、股骨颈截骨过多等情况;Ⅲ型:假体位置不良性脱位,包括臼杯和股骨柄假体位置和方向的放置错误,髋臼杯的前倾角和外展角应放在安全范围内,前倾角 5°~25°,外展角 30°~50°;Ⅳ型:假体位置不良性脱位与软组织失平衡性脱位同时存在。

研究发现,人工髋关节脱位好发于关节置换术的早期,发生于术后 3 个月以后的迟发性脱位较少^[5],本组 9 例患者脱位均发生在术后两周之内。术后搬动不当容易引起术后早期脱位,尤其是麻醉未完全恢复,把患者从手术床转移到病床时,患者肌肉松弛,疼痛保护机制差,搬动过程中患肢过度外旋内收,致使关节脱位,本组有 3 例脱位是在将患者从手术床转移到平车过程中发生的。另外,如果患者有假体位置不正确、下肢短缩、先天性外展肌无力等因素存在,术后搬动不慎,更容易引起脱位。术后 72 小时至 2 周之内患者可进行一定的屈曲内外旋运动,如果有假体位置不正确、下肢短缩、先天性外展肌无力等致关节脱位的因素存在,尤其是臼和柄的角度不正确,稍有不慎即可引起关节脱位^[6],此阶段有 1 例患者为假体位置不良所致脱位,2 例因患髋肌力不佳而脱位,2 例因患肢短缩屈髋外旋时脱位。术后 2 周以后,患者出院进行康复训练,髋关节活动范围增加,如果患者假体位置不良或长期外展肌无力而致髋臼假体松动,关节也极易脱位。

笔者认为,对绝大多数脱位尤其是早中期的脱位,只要人工髋关节假体位置无明显异常,都可行手法复位后下肢皮牵引或丁字鞋于患肢外展中立位制动 4 周。如果制动期间再次发生脱位的,手法复位后行髋人字石膏或髋关节支具制动 6 周,之后在医生指导下进行功能锻炼。本组 8 例脱位患者,经闭合手法复位,支具或髋人字石膏固定治愈。如果髋人字石膏或髋关节支具制动制动期间仍有反复脱位的,提示髋关节活动不稳定,可能存在假体位置不良,如果 X 光片证

实,则应行翻修治疗术,术后穿丁字鞋于患肢外展中立位制动 4 周,而髋臼假体的位置被认为是术后关节稳定性的最关键因素。研究认为髋臼的安全位置为前倾(15±10)°和外展(40±10)°,Lewinnek 等^[7]的资料中表明在安全角度范围内发生的不稳定率为 1.5%,而髋臼角度超出这一范围,则有平均 6% 的不稳定率。本组有 1 例臼杯外展过大超过 60°,经闭合手法复位髋人字石膏固定后反复脱位,最终只能行髋关节翻修术,经翻修手术纠正髋臼外展角后治愈。

虽然 THA 术后早期脱位多数可通过手法复位后制动获得良好疗效,但更重要的还在于预防,除选用合适的假体和手术入路、假体位置的放置等之外,还应注意围手术期尤其是术后的护理及康复锻炼,因此术前及术后应明确向病人及其家属讲明全髋关节置换术后的注意事项、锻炼方法及预防假体脱位的相关措施,并及时复诊和随访,这些都是预防全髋关节置换术后脱位不可或缺的因素^[8]。

参 考 文 献

- [1] 吕厚山. 现代人工关节外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:613.
- [2] Dorr LD, Wan Z. Cause of and treatment protocol for instability of total hip replacement[J]. Clin Orthop, 1998, 355(10): 144-151.
- [3] 张学军,王宸. 全髋置换术后下肢不等长影响因素的研究[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2009,24(4):308-310.
- [4] 翟吉良,翁习生. 初次人工全髋关节置换术后早期脱位原因分析及防治方法[J]. 实用骨科杂志,2010,16(10):728-730.
- [5] Phillips CB, Barrett JA, Losina E, et al. Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after selective total hip replacement[J]. J Bone Joint Surg (Am), 2003, 85(1):20.
- [6] 赵秀祥,于建华,卜延民,等. 初次全髋关节置换术后脱位的原因分析及治疗[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2009, 24(9): 816-817.
- [7] Lewinnek CE, Lewis JL, Tarr R, et al. Dislocation after total hip arthroplasty[J]. J Bone Joint Surg (Am), 1978, 60(3):217.
- [8] 海洋,全昭方,唐洪涛,等. 全髋关节置换术后假体脱位的相关因素及对策[J]. 中国中医骨伤科杂志,2012, 20(9): 45-46.

(收稿日期:2013-04-30)

(本文编辑:董历华)