

经股骨头凹植骨治疗青壮年非创伤性股骨头坏死

陈可新,张春建,刘兴才,阮成群,李光明

(河南省洛阳正骨医院,河南 洛阳 471002)

关键词 股骨头坏死 骨移植 青壮年

自上世纪 60 年代早期开始,不带血管蒂骨移植技术用于股骨头缺血性坏死的治疗,成为股骨头“保头”治疗的一种常用术式。自 2002 年 9 月至 2005 年 9 月,我们采用在股骨头凹处开窗,彻底清理病灶,植入髂骨松质骨颗粒治疗青壮年非创伤性股骨头坏死 21 例(24 侧),取得满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 21 例(24 侧),男 9 例(10 侧),女 12 例(14 侧)。年龄 27~44 岁,中位数 34 岁。12 例有接受皮质类固醇激素史;8 例有酗酒史;7 例大量吸烟史;3 例无直接相关性危险因素。所有患者术前均有严重的腹股沟区疼痛;术前进行 X 线片和 CT 和 MRI 检查明确诊断,依 X 线平片 Ficat 分期,Ⅱ期 14 侧,Ⅲ期 10 侧,负重区塌陷小于 2 mm。累及范围采用联合坏死角测量,16 侧累及范围小(联合坏死角小于 200°),8 侧累及范围大(联合坏死角大于 200°),术后病理检查结果符合临床诊断。

2 方法

2.1 手术方法 患者取仰卧位,取髋关节 S-P 切口,暴露髋关节囊,从髋臼的上缘切开发节囊,股骨头脱位后直视下检查、触摸股骨头和髋臼的关节软骨色泽、弹性及软骨皱褶范围,确定是否有全层的关节软骨缺损、广泛的软骨糜烂及皱褶处软骨裂隙。存在大于 1 cm 的软骨缺损或糜烂性区域、皱褶处软骨裂隙被确定为此植骨术式的禁忌症。保留股圆韧带残端,自股骨头凹处以 4 mm 环锯开窗,用刮匙在股骨头内搔刮,彻底清除所有死骨。如果整个股骨头内骨质均无渗血,则应改行全髋关节置换。取髂骨松质骨颗粒(直径 2~3 mm)自股骨头凹处植入并压实,股骨头关节软骨面弧形恢复,按压股骨头无“乒乓球样”改变。用股圆韧带残端封闭股骨头凹,防止骨颗粒移出,将关节复位后缝合关节囊,闭合切口。

2.2 术后康复 术后第 3 天用下肢 CPM 机功能锻

炼。2 周后扶双拐患肢不负重下床活动,8 周后患肢逐渐增加负重量,术后 6 个月完全负重,并逐步恢复正常工作和生活。

3 结果

3.1 疗效评定标准 采用髋关节 Harris 评分系统评估临床结果,优:90~100,良:80~89,可:70~79,差:70 以下。临床成功定义为评分大于 80;临床失败定义为评分小于 80 或接受全髋关节置换。比较术前和随访时的 X 线片评价股骨头塌陷程度和关节间隙狭窄。

3.2 疗效评定结果 本组 21 例(24 侧)均顺利完成手术,手术时间 45~80 min,平均 58 min。经 30~68 个月(平均 56 个月)随访,1 例于术后 32 个月因严重的髋关节疼痛改行全髋关节置换术,余 20 例临床症状均明显改善,9 侧优,14 侧良,Harris 评分由术前平均 50(30~64)改善至最近随访时平均 91(80~96)。失败病例为 44 岁女性,股骨头坏死Ⅲ期,坏死范围大,体重 69 kg,术后未遵医嘱限制负重,于术后 28 个月出现严重的髋关节疼痛,经口服非甾体类解热镇痛药物治疗疼痛无缓解,于术后 32 个月行全髋关节置换术。其余 20 例(23 侧)中,有 2 侧出现轻度关节间隙狭窄(1~2 mm)和 1 例约 2 mm 的股骨头塌陷加重,但无明显临床症状。

4 讨论

自上世纪 60 年代早期开始,不带血管蒂骨移植技术广泛应用。采用的植骨入路归纳起来共有 3 种:①经髓芯减压隧道;②在股骨头关节软骨上掀起活瓣;③在头颈交界处开窗。经髓芯减压隧道进行骨颗粒移植,病灶清除不彻底,术中无法直视下检查股骨头关节软骨情况,需要术中透视,经长期随访临床效果较差。在股骨头关节软骨上掀起活瓣,可彻底清理病灶,但股骨头关节软骨完整性的破坏,经缝合亦无法修复^[1]。在头颈交界处开窗植骨,基(下转第 64 页)