

# 手术入路对髋关节置换术后髋关节功能恢复的影响分析

季程,惠明大,赵伟儿,方煜丽

(浙江省诸暨市红十字会医院,浙江 诸暨 311800)

**摘 要** **目的:**探讨分析应用不同的手术入路对髋关节置换术后患者髋关节功能恢复效果的影响。**方法:**回顾性分析了 2007 年 10 月至 2010 年 11 月来诊的 344 例髋关节疾病患者(共 362 髋)的随访资料,其中 72 例(76 髋)采用前外侧入路,61 例(66 髋)采用外侧入路,64 例(67 髋)采用后外侧入路,75 例(85 髋)采用后侧入路,52 例(68 髋)采用小切口入路。采用髋关节 Harris 评分系统对不同手术入路的患者手术前及手术后 3、6、10、26 周的情况进行评分,比较患者功能恢复的情况,使用统计学软件进行数据处理分析。**结果:**前外侧入路显效率为 39%,总效率为 92%;外侧入路显效率为 41%,总效率为 95%;后外侧入路显效率为 36%,总效率为 98%;后侧入路显效率为 49%,总效率为 100%;小切口入路显效率为 51%,总效率为 100%。前外侧入路、外侧入路、后外侧入路疗效比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );而后侧入路和小切口入路与其他手术入路疗效比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论:**不同的手术入路会影响髋关节置换术后患者髋关节功能的恢复,小切口入路造成的创伤小,有利于患者的恢复,是临床治疗中的首选方法。

**关键词** 关节成形术,置换,髋 手术入路 髋关节功能 功能恢复

髋关节置换术是临床上广泛应用于治疗髋关节疾病的一种方法,其临床效果较为明显。术后患者的髋关节功能恢复程度并不相同,这是由于多种原因造成的,而不同的手术入路是影响恢复的主要原因<sup>[1]</sup>。近些年,国外的一些学者在这方面进行了研究,但在我国还很少这方面的报导。本文回顾性分析了 2007 年 10 月至 2010 年 11 月来我院就诊采用不同手术入路治疗的 344 例髋关节疾病患者(共 362 髋)的随访资料,采用髋关节 Harris 评分系统对不同手术入路的患者手术前及手术后 3、6、10、26 周的情况进行评分,比较患者功能恢复的情况,现总结报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 髋关节疾病患者 344 例(共 362 髋),其中男 196 例,女 166 例。年龄 26~74 岁,中位数 42 岁。其中类风湿关节炎 141 例,强直性脊柱炎 76 例,骨关节炎 69 例,股骨颈骨折 76 例。均行手术治疗,术前髋关节 Harris 评分系统评分,平均分为 33.9 分。

**1.2 观察方法** 手术前指导患者进行肌力训练 1

周。其中 72 例(76 髋)采用前外侧入路,61 例(66 髋)采用外侧入路,64 例(67 髋)采用后外侧入路,75 例(85 髋)采用后侧入路,52 例(68 髋)采用小切口入路。术后指导患者进行功能性训练,采用髋关节 Harris 评分系统对采用不同手术入路的患者手术前、手术后第 3 周、第 6 周、第 10 周、第 26 周的情况进行评分,比较患者功能恢复的情况,使用统计学软件进行数据处理分析。

**1.3 疗效评定标准** 采用髋关节 Harris 评分系统评分,根据评分结果将临床疗效分为 4 个等级。无效: Harris 评分值小于 30%。好转: Harris 评分值在 30%~50% 之间。有效: Harris 评分值在 51%~75% 之间。显效: Harris 评分值大于 75%。

**1.4 数据统计分析** 使用 SPSS 11.0 统计学软件分析数据, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 髋关节 Harris 评分** 采用髋关节 Harris 评分系统分别对不同手术入路患者手术前、手术后第 3 周、第 6 周、第 10 周、第 26 周的情况评分,结果见表 1。

表 1 髋关节 Harris 评分系统对不同手术入路患者不同时间段的评分(分)结果

组 别	例数	术 前	术后第 3 周	术后第 6 周	术后第 10 周	术后第 26 周
前外侧入路	72	26.99 ± 12.91	35.46 ± 15.72	46.67 ± 17.88	59.51 ± 19.61	77.98 ± 15.92
外侧入路	61	15.98 ± 11.22	27.58 ± 16.83	37.77 ± 16.52	48.98 ± 18.14	69.26 ± 17.87
后外侧入路	64	29.99 ± 11.32	48.57 ± 17.01	53.87 ± 16.92	62.41 ± 18.57	75.96 ± 15.94
后侧入路	75	21.68 ± 12.86	33.67 ± 15.82	50.02 ± 16.25	58.38 ± 18.40	75.94 ± 21.10
小切口入路	52	32.37 ± 13.98	45.85 ± 13.87	54.13 ± 16.81	61.12 ± 16.99	79.99 ± 14.02

**2.2 疗效评定结果** 结果如表 2 所示,前外侧入路、外侧入路、后外侧入路疗效比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );而后侧入路和小切口入路与其他手术入路疗效比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 2 不同手术入路的患者临床疗效的比较 例

组 别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率(%)
前外侧入路	72	28	21	17	6	91.67
外侧入路	61	30	16	12	3	95.08
后外侧入路	64	23	24	16	1	96.88
后侧入路	75	37	28	10	0	100.00
小切口入路	52	27	22	3	0	100.00

3 讨 论

近几年,随着手术治疗效果和护理康复水平的提高,人们对术后的功能恢复情况也越发的重视。术后患者的髋关节功能恢复程度并不相同,这是由于多种原因造成的,不同的手术入路是影响恢复的主要原因<sup>[1]</sup>。保证髋关节软组织平衡是手术治疗后患者功能恢复的关键<sup>[2]</sup>。动力和静力稳定结构是直接影响组织平衡的因素<sup>[3]</sup>。因此在手术中应减少对动力和静力稳定结构的破坏。

在临床髋关节置换术中最早应用的为前外侧入路<sup>[4]</sup>。但是其愈合时间较长且愈合后增加了髋关节的重量负担<sup>[5]</sup>,影响髋关节外展,为患者的髋关节恢复造成了困难,目前临床上已很少应用<sup>[6]</sup>。外侧入路虽然已在前外侧入路的基础上有所改进,但是其术后很容易造成患者跛行<sup>[7]</sup>。后侧入路避免了对外展肌造成的影响,但是髋臼前部不容易显露出来,从而易造成髋关节脱位<sup>[8]</sup>。

小切口入路的创伤较小,伤口一般在 10 cm 左

右,不易造成软组织的损伤,且出血量少,有利于患者恢复,但对于医务人员的操作技能要求较高<sup>[6]</sup>。

通过对不同手术入路疗效的回顾性分析,可知后侧入路和小切口入路是手术中的最佳选择,尤其是小切口入路的效果好,操作简单,将成为临床上的首选。

4 参考文献

[1] 党洪胜,王平年,陈之,等. 软组织平衡在全髋关节置换中的意义[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(5):344-345.

[2] Mc Grory BJ,Stuart MJ,Sim FH. Participation in sports after hip and knee arthroplasty:review of literature and survey of surgeon preferences[J]. Mayo,2006,21(8):678-679.

[3] 廉永云,Yoo Myungchul,裴福兴,等. 骨性强直的髋关节转换人工全髋关节置换术[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):593-594.

[4] 姜保国,傅忠国,张殿英,等. DHS 内固定治疗粗隆间骨折的临床评价[J]. 骨与关节损伤杂志,2000,15(4):269-271.

[5] 卢世壁,王继芳,王岩等. 坎贝尔骨科手术学[M]. 10 版. 济南:山东科学技术出版社,2005. 329.

[6] Smith-Petersen MN. Approach to and exposure of the hip joint for mold arthroplasty[J]. J Bone Joint Surg(Am), 2009,31(13):40-42.

[7] 于风宾,吴岳嵩,王志伟等. 小切口技术在全髋关节置换术中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):597-598.

[8] 李永奖,王继芳,刘丽萍,等. 髋关节囊韧带解剖学及生物力学特性研究进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):678.

(2011-11-09 收稿 2012-01-18 修回)

(上接第 60 页)新陈代谢能力大为提高,致痛物质浓度降低,大大削弱了病灶的抵抗力<sup>[3]</sup>,同时通过整体复杂的反馈机理<sup>[4]</sup>,小针刀的刺激效果后续性不断地作用于已受“承创”的病灶促使其向有利于康复的方向逆转并形成良性循环,最终恢复正常的生理状态而取效。镰式小针刀是在小针刀的基础上,经过改良而成。改良的原因:临床上采用小针刀松解治疗大面积腰背部肌膜炎,需要多点多次治疗,致背部因多次剥离松解形成再次瘀血粘连,使瘢痕及挛缩再次形成,致使症状改善不明显。采用镰式小针刀松解治疗大面积腰背部筋膜炎,利用镰刀的钝边和锐刃一次性大面积松解剥离粘连,刮除结疤,松弛挛缩,治疗后即可

活动,并可以减少粘连、结疤、挛缩再次形成的机会,既经济又安全,疗效确切,值得推广。

6 参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:200.

[2] 陈红燕,杨米雄,陈彩仙. 三联疗法治疗腰臀肌筋膜炎[J]. 中医正骨,2010,22(11):56.

[3] 朱汉章. 针刀医学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:319.

[4] 娄维富,裴爱珍,高佩安等. 体壁反馈疗法[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:79.

(2011-11-21 收稿 2012-02-02 修回)