

皮质回声增强及肾内血流减少。

综上所述,对 CGN 患者,详细观察肾脏的二维图像及 CDFI 情况,有助于我们对慢性肾炎的肾穿病理分型进行判断,从而间接判断预后情况。

参考文献

1 全国肾活检病理诊断研究会. 肾活检病理诊断标准指导意见

[J]. 中华肾脏病杂志,2001,17(4):270-275.

2 王海燕. 肾脏病学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2008:595-597.

3 张庆红,张建鄂,肖厚勤,等. 268例原发性肾小球疾病的临床病理分析[J]. 中国医师杂志,2005,7(2):48-49.

4 陈惠萍,曾彩虹,胡伟新,等. 10594例肾活检病理资料分析[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2000,9(6):501-509.

[收稿日期 2012-02-10][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

临床研究·论著

后外侧微创切口全髋置换术与常规全髋置换术疗效比较

黄聪超

作者单位: 535000 广西,钦州市中医院骨科

作者简介: 黄聪超(1962-),男,大学专科,主治医师,研究方向:骨科疾病诊治。E-mail:75403099@qq.com

[摘要] **目的** 比较后外侧微创切口全髋置换术与常规全髋置换术的疗效,并分析后外侧微创切口全髋置换术在临床应用上的优缺点。**方法** 选择48例需全髋关节置换患者随机分为微创组 and 对照组各24例,微创组采用后外侧微创切口全髋置换术治疗,对照组采用常规全髋置换术治疗。记录患者的性别、年龄、体重、手术时间、术中术后出血量、切口长度、术后开始功能锻炼时间、术后 Harris 评分、并发症等。随访时间为3~18个月,平均12个月。**结果** 微创组在术中术后出血量、手术切口长度、术后开始功能锻炼时间显著低于对照组($P < 0.05$),在术后 Harris 评分、术后并发症等方面比较差异无统计学意义。**结论** 采用后外侧微创切口全髋置换术进行人工全髋置换可明显缩短手术时间,降低术后并发症及假体位置不当的风险,具有手术创伤小,失血量少,可以早期进行关节功能锻炼等优点。

[关键词] 后外侧入路; 微创切口; 全髋置换术

[中图分类号] R 681.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)06-0512-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.11

Comparison between modified posterolateral mini-incision approach and the traditional lateral approach in the total hip arthroplasty HUANG Chung-chao. Department of Orthopaedics, the Hospital of Traditional Chinese Medicine of Qinzhou, Guangxi 535000, China

[Abstract] **Objective** To compare the effect between the modified posterolateral mini-incision approach and the traditional post-lateral approach in the total hip arthroplasty, and study the advantages and limitations of the minimal incision surgery in clinical application. **Methods** Forty-eight patients received total hip arthroplasty were randomly divided into two groups, 24 cases using the modified posterolateral mini-incision approach in total hip arthroplasty(minimal incision group), and other 24 cases using the traditional lateral approach(control group). The patients' sex, age, weight, operative time, intraoperative blood loss and postoperative drainage volume, incision length, intraoperative and postoperative fractures, the initial time of postoperative functional exercises time, postoperative Harris score, postoperative hip dislocation and other complications were recorded. The follow-up time lasted 3 to 18 months, with an average of 12 months. **Results** The intraoperative and postoperative blood loss, incision length and the initial time of postoperative functional exercise in the mini-incision control group were significantly less than those in the control group($P < 0.05$). There were no significant difference in the intraoperative and postoperative

万方数据

fractures, postoperative hip dislocation, postoperative Harris score and postoperative complications. **Conclusion** The modified posterolateral mini-incision approach in total hip arthroplasty can shorten the operation time and reduce the risk of postoperative complications and improper prosthetic position. In the early postoperative stages, the advantages of mini-incision approach were small surgical trauma, less blood loss and early joint exercise.

[**Key words**] Posterolateral approach; Minimal incision surgery; Total hip arthroplasty

全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)已成为骨科一个比较成熟的手术,并得到广泛认可^[1]。但此术式创伤大,并发症多。近年来,微创全髋置换手术(mini-invasive total hip arthroplasties, MINI THA)的应用备受关注,其手术方法对软组织的侵袭减少到最低程度,配合一定的器械,医生在有限的视觉范围内,仍然可以顺利进行并完成手术。笔者自 2005-07~2011-07 应用后外侧微创切口全髋置换术进行人工全髋置换 24 例,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院于 2005-07~2011-07 共收治需行全髋置换患者 48 例(均为初次行 THA)随机分为微创组和对照组。(1)微创组 24 例 26 髋采用微创后外侧切口全髋置换术。男 16 例(17 髋),女 8 例(9 髋);年龄 65~78 岁,平均 55.7 岁;发病到治疗时间平均为(3.4±1.2)年。骨折类型:股骨颈骨折 21 例(23 髋),股骨头坏死(Ⅲ期以上)2 例(2 髋),类风湿性关节炎 1 例(1 髋)。(2)对照组 24 例 27 髋按常规方法行 THA 手术。男 17 例(19 髋),女 7 例(8 髋);年龄 29~85 岁,平均 55.8 岁;发病到治疗时间平均为(3.3±1.3)年。骨折类型:股骨颈骨折 22 例(25 髋),股骨头坏死(Ⅲ期以上)1 例(1 髋),类风湿性关节炎 1 例(1 髋)。两组患者在年龄、性别、发病到治疗时间、骨折类型等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 微创组 采用后外侧微创切口全髋置换术。患者侧卧位,皮肤切口起自大转子前结节,向髂前上棘后方二指宽处延伸,切口长度(8±2)cm。1/3 在远端,2/3 在近端,切开臀大肌筋膜,拉开肌肉,显露梨状肌窝和股骨颈下方,切断外旋肌组,分离后切开关节囊,关节囊外放置 2 把 Hohmann 拉钩,以内侧为蒂,“U”型或“Z”型切开前关节囊。常规打磨髋

臼,用一个特制的弧形安装杆按照前倾 20°、外展 45°植入髋臼杯和内衬。用微创股骨抬升器将近端股骨适当显露后,复位髋关节,调整其稳定性、活动性和下肢长度满意,放置人工关节,测试肢体长度、关节稳定性、活动度和外展肌张力,可吸收线将髋关节囊瓣和外旋肌缝合固定于大转子。放置引流管 1 根,逐层缝合手术切口并加压包扎。

1.2.2 对照组 采用常规全髋置换术。切口长度(18±2)cm。按常规手术方法治疗。

1.2.3 手术麻醉及术中、术后处理 两组患者均应用硬膜外麻醉,后外侧入路,假体复位后常规将外旋肌群,缝合于股骨大转子,术后常规应用低分子肝素钙 6 d,术后抗感染、抗凝、将患肢抬高 15°,并外展中立位,48 h 拔引流管。2~3 d 后鼓励患者间歇半坐卧位;第 3 天起髋膝关节屈伸,髋关节伸直,股四头肌做等张收缩。术后 2 周进行大约 90°的屈曲功能锻炼。在此期间,可扶拐或用步行器下床练习站立,暂不行走。

1.3 评价方法 临床疗效采用 Harris 评分(HHS),90 分以上为优,80~90 分为良,70~79 分为可,70 分以下为差。X 线检查包括双髋关节正侧位片,于术后 3、6、12 个月及以后每隔 1 年检查 1 次。随访时间为 3~18 个月,平均 12 个月。

1.4 统计学方法 应用 SPSS10.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组 48 例患者术后切口均为 I 级切口甲级愈合,无一例发生切口及深部感染。微创组在手术时间、术中术后失血量、手术切口长度、术后开始功能锻炼时间显著低于对照组($P<0.05$)。术后 Harris 评分、术后并发症(均为患肢深静脉血栓)两组比较差异无统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标、Harris 评分及并发症比较[($\bar{x} \pm s$), $n(\%)$]

组别	例数	手术时间(min)	术中术后出血量(ml)	切口长度(cm)	术后开始功能锻炼时间(d)	术后 Harris 评分(分)	并发症[n(%)]
微创组	24	70.3±21.35	156±36.7	7.7±1.4	3.5±0.8	90.1±6.2	3(12.5)
对照组	24	90.6±15.8	500±60.1	15.9±1.5	7.5±1.2	89.5±6.1	3(12.5)
t/χ^2	-	1.131	2.034	1.957	1.967	0.997	0.000
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

3.1 THA 能有效解除患髋疼痛,恢复关节功能。40 多年来,假体设计和人工髋关节技术得到迅猛发展,其中小切口技术的应用代表了手术技术和器械的最大改进^[2]。THR 传统切口暴露好,但剥离广泛,损伤较大,探索微创 THR 势所必然^[3]。简单实用的手术入路不仅省时,而且减少了手术风险,降低了成本。小切口微创全髋关节置换术是近年出现的一项微创新技术,它是在常规全髋关节置换的基础上发展起来的,采用更小的切口达到较好的显露术野^[4]。

3.2 后外侧微创切口位于髋臼上缘至小粗隆之间,其长度约为二者之间的距离,可有效显露髋臼、股骨颈残端及大小粗隆诸结构,而不限手术操作。由于后外侧微创切口减少对肌肉、肌腱等软组织剥离和破坏,因而术后疼痛较轻;且后外侧微创切口瘢痕小、美观,患者也较易接受。同时由于缩短了住院时间,因而减轻了病人的经济负担^[5]。所以微创小切口技术具有组织剥离少,出血量少,对患者的创伤轻等优点,即使是老年患者,术后也迅速得以恢复。我科自 2005-07 开始应用此项技术进行 24 例全髋置换,近期临床效果满意,经临床随访结果显示,小切口微创全髋置换术具有如下优点:(1)缩小切口长度。本组切口长度较普通全髋置换术约缩小 40%,术后伤口瘢痕小,美观;另外出血量的减少可减轻全身各系统的应激反应,降低手术风险,特别对于老年患者和合并有其他内科疾病的患者更为合适。(2)因出血量减少,可减少输血量并降低输血风险,节约患者住院费用。(3)术后恢复快,缩短住院时间,软组织剥离少,髋关节周围软组织张力无明显降低,可降低术后脱位概率,缩短卧床时间,有利于关节功能恢复,减少卧床并发症。(4)此切口可随机延长,对于个别患者小切口难以完成手术可适当向两端延长切口。(5)在没有导航技术及特殊小切口器械的情况下,大多数临床医生均能开展此项手术,可行性较强。

3.3 小切口微创全髋置换术的适应证。一般认为较理想的适应证为^[6]:体型小、肌肉不太发达、皮下脂肪不多的患者;颈干角较小者;髋关节周围肌肉挛

缩不明显、畸形轻、骨赘少者;初次行置换者。同时要选择正确的切口,切口应在股骨大转子偏后,以大转子顶点为基点,近端占 2/3,远端占 1/3。这种切口可使前侧软组织松弛,髋臼完全显露,无须显露股骨小转子即可完成手术。切口属经臀中肌入路,髋臼暴露和臼杯定位较满意,本组无一例因臼杯位置不佳出现髋脱位。该入路保留了后 2/3 臀中、小肌和股外侧肌及其腱性部分的完整,患者髋关节功能恢复快。

3.4 实践中我们体会到,髋臼拉钩的正确使用即“移动窗口技术”对实现暴露和保护皮肤十分重要。首先,髋臼拉钩应选择窄体,拉钩中段应弯成 40°~60°,以避免助手的手在牵拉拉钩时遮挡视线而影响术者的操作。并可通过调整 3 把 Hohmann 拉钩的位置、髋关节适度的屈伸达到改善术野的目的,在显露前侧关节囊时,3 把拉钩分别置于关节囊外髋臼的前柱和股骨颈的上下,截取股骨颈取出股骨头后,将股骨颈上下的 2 把 Hohmann 拉钩分别移至髋臼的前下方和后下方,可将整个髋臼充分显露,既可方便地切除关节囊、止血,又可准确放置髋臼假体。

综上所述,采用后外侧微创切口全髋置换术进行人工全髋置换明显缩短手术时间,减少术后并发症,降低假体位置不当的风险,具有手术创伤小,失血量少,可以早期进行关节功能锻炼等优点。

参考文献

- 1 李永旺,孙俊英,杨立文,等. AML 非骨水泥型股骨假体全髋置换术的中期疗效[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(18): 1501 - 1505.
- 2 叶小雨,赖宪良,沈新升,等. 改良小切口在全髋置换术中的应用[J]. 浙江创伤外科, 2008, 13(5): 424 - 425.
- 3 郝跃峰,孙俊英,杨玉生,等. 经小切口直接外侧入路行全髋置换术[J]. 江苏医药, 2006, 32(3): 225 - 226.
- 4 孙永建,裴国献,姜晓锐,等. 前外侧肌间隙入路微创小切口全髋置换术治疗老年股骨颈骨折的临床研究[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2010, 25(6): 487 - 489.
- 5 张成玉,程力,顾晓峰,等. 前外侧小切口微创全髋置换术[J]. 微创医学, 2006, 1(4): 266 - 267.
- 6 刘国辉,杨述华,杜靖远,等. 微创小切口技术在全髋置换术中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2006, 21(8): 634 - 635.

[收稿日期 2011-09-19][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]