

■ 技术·思维

髋关节置换术后脱位的原因及处理

□陈献韬 文/图

临床病例



髋臼杯外展角偏大

髋关节置换术后发生脱位时，患者会突发剧烈疼痛、患肢不能活动，往往需要到医院进行麻醉后复位。这是一个令人恐惧的意外。

国产髋关节假体的设计比较符合中国人的解剖结构，适配

性更强。此外，不断进步的关节外科技术，可以让医生术中定位更精确，在软组织上的操作更精细，大大减少髋关节置换术后发生脱位的风险。近些年，直接前方入路髋关节手术技术的普及，大大减少了软组织损伤，患者术

后康复更快。

但是，前段时间，我遇到一个让人感到蹊跷的病例。患者60多岁，10多年前行髋关节置换术，髋臼杯假体安放尚可（基本能打85分）。近两年，患者的髋关节假体脱位了一两次，把患者及其家属折腾得心力交瘁。由于身体原因，患者无法前来医院就诊。其家属带着医学影像检查片，来到医院门诊，问医生是否要做翻修手术。

从形状上看，此患者的髋关节假体大概率是美国某著名品牌，有高密度聚乙烯内衬的“加持”，一般不容易发生脱位。退一步讲，即便髋臼杯外展角大一点儿，只要调整一下，就能减少发生脱位的风险，而且过去10多年不脱位，近期才出现脱位，很是蹊跷。

由于患者不在现场，医生无法进行专科查体。医生询问后得知，2年前，患者发生脑血管

意外，恰好做手术的那条腿轻度瘫痪，活动量大幅下降，于是就出现了脱位。

真相大白！患者无须翻修手术，也无须吃什么药，加强臀中肌锻炼即可。

髋关节置换术后不需要多“高端”的锻炼，多走就能解决大部分瘸腿问题；进行抗阻力步行训练，会有更好的效果。但是，如果患者出现肌肉纤维化，想解决脱位问题，就难了。



通过髋臼杯钉孔，可看到聚乙烯内衬

髋关节置换术后脱位的原因

假体相关因素

假体松动

1. 长期骨吸收（如骨质疏松）或机械应力可能导致假体与骨骼界面松动，尤其是髋臼杯或股骨柄的固定失效。

2. 聚乙烯材料由于磨损而出现碎屑，引发炎症反应，导致周围骨质破坏，影响假体的稳定性。

假体位置异常

1. 初始手术技术问题：如果

髋臼杯外展角过大（>55度）或前倾角不当，在长期应力下更容易发生脱位。

2. 假体移位：长期磨损或骨溶解导致假体位置逐渐改变，关节对位不良。

材料磨损

1. 聚乙烯内衬因磨损变薄，导致股骨头与髋臼杯的匹配度下降，关节稳定性降低。

2. 金属或陶瓷部件发生疲劳断裂（罕见但是需要排

除）。

软组织因素

关节囊及肌肉萎缩

1. 长期缺乏锻炼，导致周围肌肉萎缩，失去动态稳定作用。

2. 关节囊发生瘢痕化或松弛，无法有效限制关节活动。

异位骨化

术后异位骨化，可能改变关节力学，增加发生脱位的风险。

患者自身因素

活动模式改变

1. 随着年龄的增长，平衡能力下降，发生跌倒的风险增加。

2. 同时进行过度屈髋、内收或旋转动作（如深蹲、盘腿）。

体重变化

肥胖会增加假体负荷，加速假体磨损。体重骤降可能导致软组织松弛。

神经系统疾病

帕金森病、卒中后肌张力异常等，可导致关节控制力下降。

其他潜在因素

感染
迟发性感染（多由低毒力细菌引起）可能导致假体周围骨溶解和松动。

外伤
跌倒或直接撞击可能直接导致脱位，尤其是在假体存在潜在不稳定情况的时候。

诊断与处理

诊断

要想确诊脱位，患者需要进行影像学检查。

1. X线检查或CT（计算机断层成像）检查可显示假体的位置、骨溶解及松动情况。

2. 进行实验室检查（红细胞沉降率检查、C反应蛋白检查、关节液穿刺），排除感染。

治疗

1. 非手术：闭合复位+支具固定（适用于偶尔发生脱位且假

体位置良好者）。

2. 手术：做翻修手术，可调整假体的位置，更换高稳定性假体，进行植骨来修复骨缺损。

需要根据患者的年龄、骨质条件及整体健康状况，制订个体

化治疗方案。

预防

1. 进行肌力强化训练。
2. 避免做极端的动作。
3. 定期到医院复查，监测假体的状态。

若发生脱位，患者需要立即就医，因为长时间脱位可能导致血管神经损伤、骨折或假体进一步损坏。

（作者供职于河南省洛阳正骨医院）

■ 临床笔记

在公园散步时，50岁的杨先生不明原因突发癫痫，抽搐了约3分钟。

在家人的陪同下，杨先生来到当地医院就诊。影像学检查可见左侧颞叶、侧脑室旁异常信号影。医生考虑肿瘤性病变。因为没有其他症状，杨先生决定暂缓治疗。但2小时后，杨先生无明显诱因再次突发四肢抽搐，意识丧失，持续约5分钟后停止。随后，他来到河南省肿瘤医院，找到神经外科专家徐欣就诊。

入院后，根据相关检查结果，杨先生的颅内占位病变被诊断为低级别脑胶质瘤。

脑胶质瘤是最常见的大脑原发性恶性肿瘤。根据恶性程度，脑胶质瘤可分为1级~4级，1级和2级脑胶质瘤为低度恶性肿瘤，生长缓慢；而3级和4级脑胶质瘤生长迅速，恶性程度极高。高级别脑胶质瘤就像“韭菜”一样，呈浸润性生长，且生长迅速，被发现时通常体积较大。

幸运的是，杨先生的脑胶质瘤恶性程度较低，术后预后较好。

在充分了解手术方案、手术目的和手术风险后，杨先生及其家属同意进行手术治疗。

术中，徐欣先通过神经导航技术精确定位脑胶质瘤的位置，然后在左侧颞部做了一个马蹄形切口，暴露颅骨，接着精确切除脑胶质瘤。

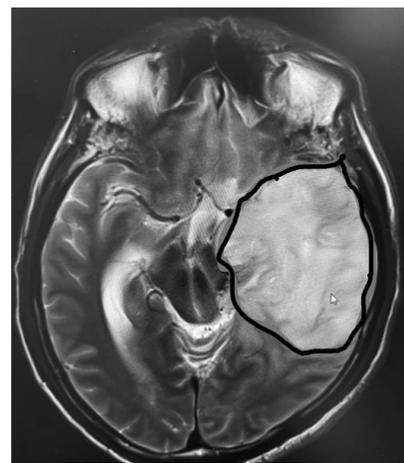
在整个手术过程中，徐欣小心翼翼地保护周围脑组织，避免发生损伤。分块切除脑胶质瘤后，她反复确认没有活动性出血，并对硬脑膜进行修复。最后，她将切开的骨片牢牢固定，恢复颅骨的完整性。

术后，杨先生的癫痫未再发作，无肢体活动障碍，感觉功能良好。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

由脑胶质瘤引起的癫痫

□陈玉博 文/图



脑胶质瘤

相关链接

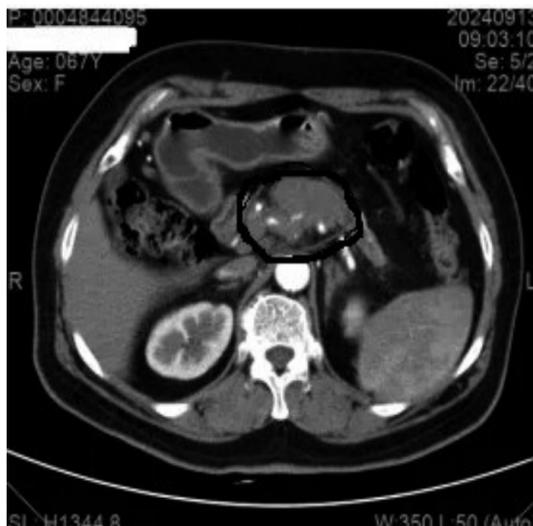
肿瘤会导致癫痫的主要原因：

1. 肿瘤可以直接压迫、破坏或刺激正常的脑组织。这可能会导致脑部神经元异常放电，从而引发癫痫。
2. 肿瘤可以影响脑部血液循环，导致大脑缺氧和营养不良。这可能会导致神经元功能受损，增加发生癫痫的风险。
3. 有时，癫痫的发作并非由肿瘤直接引起，而是由与肿瘤相关的其他因素如代谢紊乱、感染或发热等引起。这些因素可干扰神经元的正常电信号传递，导致癫痫。

■ 医技在线

纳米刀消融术治疗胰腺癌

□杨铁键 文/图



入院后，患者第一次做的影像学检查图

患者王某来自河北省，6个月前因左上腹部疼痛到当地医院就诊，做了MRI（磁共振）检查。阅片后，当地医院医生发

现胰颈部占位，考虑胰腺癌可能性大，同层面脾动脉、脾静脉

及腹腔干受侵可能性大。王某在当地医院接受治疗2个月，效果不佳。

经人介绍，前不久，王某来到郑州大学第五附属医院，找到肝胆胰脾外科主任医师李

勇就诊。

李晓勇认真阅片及详细查体后，考虑为局部进展期胰腺癌。在王某入院后，肝胆胰脾外科、肿瘤内科、消化内科、影像科、临床营养科等相关科室专家进行会诊。会诊中，专家为王某制订了“AG”（这里的A是指注射用紫杉醇，G是指注射用盐酸吉西他滨）化疗方案。化疗后，若王某的肿瘤缩小，则对他实施纳米刀消融术。

王某进行了4个疗程的化疗后，进行影像学检查。影像学检查结果提示肿瘤明显缩小，CA19-9（一种糖蛋白肿瘤标志物）降至正常。

李晓勇、主任医师陈艳军等人再次分析王某的病史、查体结果及治疗经过，最终同意为王某实施胰腺癌纳米刀消融术。

李晓勇等人为王某实施了超声引导下经皮胰腺癌纳米刀消融术。术后，王某的皮肤上仅有数个穿刺针眼。

目前，王某已完成术后第一个疗程的化疗，顺利出院。王某的腹部疼痛完全缓解，饮食恢复正常，肿瘤标志物降至正常。

纳米刀消融术是利用高压

电脉冲破坏肿瘤细胞膜表面的稳定性，在肿瘤细胞膜上产生不可逆的纳米级通道，导致肿瘤细胞内渗透压上升，最终导致肿瘤细胞死亡，基本不影响血管弹性纤维、细胞基质，可以有效保护周围血管、胆管等重要组织。

需要注意的是，并非所有胰腺癌患者都适合纳米刀消融术。比如，心功能较差的老年人、心律失常患者、已放置心脏支架的患者，不能进行纳米刀消融术。

（作者供职于郑州大学第五附属医院）



化疗后，影像学检查可见病灶缩小

征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，在治疗方面取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习；文章可搭配1张~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话：16799911313

投稿邮箱：337852179@qq.com

邮编：450046

地址：郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室