

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。

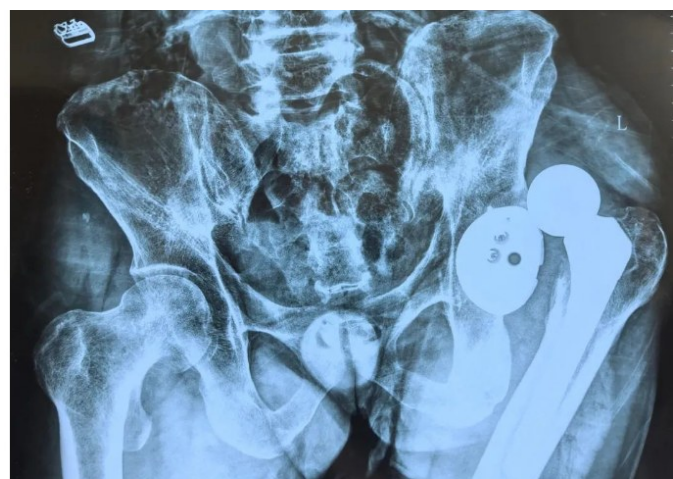
从形状上看，此患者的髋关节假体大概率是美国某著名品牌，有高密度聚乙烯内衬的“加持”，一般不容易发生脱位。退一步讲，即便髋臼杯外展角大一点儿，只要调整一下，就能减少发生脱位的风险，而且过去10多年不脱位，近期才出现脱位，很是蹊跷。

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。

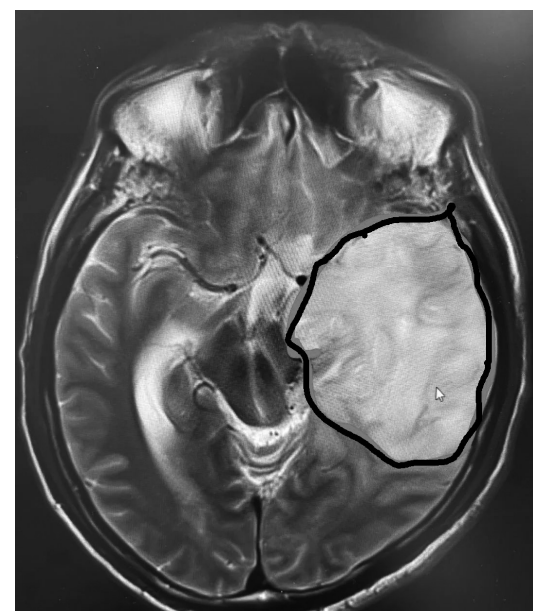
在整个手术过程中，徐欣小心翼翼地保护周围脑组织，避免发生损伤。分块切除脑胶质瘤后，她反复确认没有活动性出血，并对硬脑膜进行修复。最后，她将切开的骨片牢牢固定，恢复颅骨的完整性。

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

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