口咽自动、失语性发作等,这常提示癫痫灶的侧别及大致部位。②至少3次动态脑电图和/或长程视频脑电图+蝶骨电极电图监测,其中包括至少1次发作期脑电图,仔细分析发作视频和脑电改变,痫波发放部位越恒定,痫灶定位越准确,手术效果越好。③影像学检查,以MRI为佳,如CT或MRI能发现与临床发作及EEG提示相一致的脑内病灶,则说明癫痫灶定侧、定位比较理想,适于手术。④对两侧同步或游走性放电癫痫定侧困难的,我院采用安定颈动脉内注射试验行痫灶定侧具有重要价值[5]。本组术中脑皮层电极与深部电极的检测结果与术前定位结果基本一致。

3.2 多术式的综合运用

癫痫手术的目的是切除致痫灶,切断痫性传播,有效控制癫痫发作,减少并发症,提高生活质量。顽固性癫痫发作形式复杂多变,尤其对多灶性或广泛性癫痫,任何单一的手术方式治疗效果都不尽人意。多种手术方式的综合应用,可取其长,避其短,既切除了致痫灶及病变组织,又切断了传导通路,彻底消除痫性放电,更重要的是保留了术区功能,从而降低了并发症,提高了疗效和患者的生活质量。本组颞叶混合型癫痫18例行前颞叶切除+杏仁核、部分海马切除,颞叶后部皮层放电加作多处软膜下横纤维切断术(MST)或热灼术;5例发现单侧起源引发双侧同步放电的双额叶多发致痫灶,则行主侧皮质痫灶切除+胼胝体前部切开+MST;2例单侧半球为主多脑叶致痫灶的重型顽固性癫痫患者,行多脑叶切除+MST;术中发现多处蛛网膜黏连5例,加作松解;同时行病灶(蛛网膜囊肿、肿瘤性病变、血管畸形等)+痫灶切除17例;发现伴功能区癫痫或波及功能区癫痫25例则行MST或热灼术处理。通过术后随访,疗效比较满意。我们体会:①按术前确定的致痫灶部位设计骨瓣,手术野应大于初步估计的致痫区,便于ECoG、深部电极脑电图(D-EEG)监测,手术良好显露及多术式的联合施展。②区分原发、继发放电区,分析传导路径,先行切除原发致痫灶,再行MST及胼胝体切开术。③牢记血供,尽可能保留一切可保留的血管,不要轻易电凝,减少术后并发症。④双重病理存在时在不影响功能前提下应同时切除。⑤癫痫一般都有一定病理形态基础,尽管有时CT、MRI检查未见明显异常,比如隐匿性血管畸形、胶质增生,多在术后病检才发现。⑥对单侧半球为主的多发性或弥漫性痫灶患者,采用多脑叶切除联合其他术式治疗可取得良好效果[6]。大骨瓣开颅术末宜将硬膜悬吊数针于骨瓣上(骨瓣上均匀钻数小孔,将硬膜悬吊线穿过骨瓣交叉打结),避免术区硬膜外积血。⑦术后早期常规行腰池引流,以减轻蛛血引起的头痛和蛛网膜黏连。⑧术后规范的抗癫痫药物治疗、避免诱发因素也是保证手术效果的必要条件。

参考文献:

[1] 孙振荣,栾国明,周建,等. 多种手术结合治疗顽固性癫痫[J]. 中华神经外科杂志,2002,18(4):219-221.

[2] Devaux B, Chassoux F, Landre E, *et al*. Functional neurosurgery for epilepsy[J]. Ann Fr Anesth Reanim, 2001, 20(2):137-144.

[3] 谭启富. 癫痫手术治疗的评价和病人的选择[J]. 中华神经科杂志,1996,29(5):312-314.

[4] 谭启富,李龄,吴承远. 癫癎外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:410-412.

[5] 胡帮建,崔坤篪,龙明,等. 安定颈动脉内注射对癫癎灶定侧的价值[J]. 临床神经电生理学杂志,2002,11(2):96-99.

[6] 安宁,刘仕勇,杨梅华,等. 多脑叶切除联合其他术式治疗半球顽固性癫癎(附18例报告)[J]. 中国神经精神疾病杂志,2005,31(5):347-350.

(收稿:2010-05-24;修回:2010-07-16)

(编辑 邓强庭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)22-2460-03

髋关节强直畸形16例的全髋关节置换手术疗效分析

陈 波[1],黄海洋[1],杨政伟[2] (400042 重庆,第三军医大学大坪医院野战外科研究所骨科[1];402360 重庆 大足,大足县中医院骨科[2])

【关键词】 自发融合;髋关节;人工全髋关节置换术

【中图法分类号】 R687.4 【文献标志码】 B

髋关节的许多疾病,如结核、化脓性感染、强直性脊柱炎等的自然病程结果往往最终形成髋关节的强直畸形[1]。虽然髋关节强直可以使原发疾病得以控制或愈合,但强直后导致的髋关节活动障碍往往会诱发腰痛、膝痛、对侧髋痛以及下肢不等长等一系列的问题,特别是髋关节非功能位强直,严重影响患者的生活质量。随着人工全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)的成功,越来越多的髋关节强直患者要求解除髋关节的强直状态,重建关节的运动功能。1999年5月至2008年5月,我院共对16例髋关节强直患者行全髋关节置换术,疗效满意。

【通信作者】 黄海洋,电话:(023)68757932, E-mail:huanghaiyang@VIP.163.com

1 资料与方法

1.1 病例资料

本组髋关节强直畸形行THA患者共16例,19个髋关节,男性11例,女性5例,年龄27~65(42.3±6.8)岁,融合时间(18.0±3.2)年。患者原发疾病中,强直性脊柱炎5例(8个髋关节),髋关节化脓性感染6例,髋关节结核3例,创伤性髋关节炎2例。16例患者均有不同程度的跛行,其中肢体不等长1 cm以上者有10例;合并下腰痛8例,同侧膝关节痛4例,对侧髋关节痛3例。所有19个髋关节中有15髋为非功能位强直。

1.2 术前准备及影像学评估

术前对患者询问病史及相关辅助检查，一般都能明确髋关节强直的病因。同时进行血沉和 C 反应蛋白检查，以排除活动性感染。拟行 THA 患者应对肢体长度、外展肌功能、融合位置进行测量和评价。术前 X 线片应该包括骨盆平片，受累髋和股骨的正、侧位片，显示出完整的肢体力线和其他的畸形。成年后的髋关节强直可参照对侧正常的关节作为模板选择适合的假体。

1.3 手术方法

采用侧卧位髋关节后外侧入路[2]。术中先显露股骨颈，并于小粗隆上方约 1.5 cm 处行股骨颈截骨。牵开股骨颈，显露股骨颈与髋臼融合处，首先清除髋臼边缘的骨赘，然后沿着髋臼边缘截除多余的股骨颈。如果术中大粗隆妨碍关节的显露，可行大粗隆处截骨，待手术结束时重新缝合固定。确定髋关节的旋转中心，用髋臼锉直接在真臼的原位造臼，磨臼时应密切关注髋骨前后柱的厚度，防止髋臼后壁的缺损。高位融合患者在髋臼原位造臼，股骨复位困难者行股骨上段截骨环抱器固定。所有病例髋臼假体采用非骨水泥假体，股骨柄假体有 16 髋采用非骨水泥固定，3 髋用骨水泥固定。

1.4 术后康复

未行股骨上段截骨的患者术后 1 周内卧床休息并行股四头肌肌力练习，1 周后扶拐站立行臀中肌肌力练习并逐渐扶拐行走，术后 6 周左右视患者行走情况确定是否弃拐负重行走。患者在术后应常规使用广谱抗生素 1 周预防感染，术后 1 ~ 7 d 肌注低分子肝素并结合物理疗法预防深静脉血栓的发生[3]。

1.5 评价方法与指标

THA 术后疗效评定标准采用 Harris 髋关节评分系统，90 分以上为优，80 ~ 89 分为良，70 ~ 79 分为可，低于 69 分为差[4]。并结合患者髋关节活动度、髋关节功能、行走功能改善、髋关节周围疼痛以及下肢长度的变化进行分析。置换时间超过 5 年的患者通过 X 线片评价假体是否松动。

1.6 统计学分析

数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 SPSS 10.0 统计软件行 t 检验。

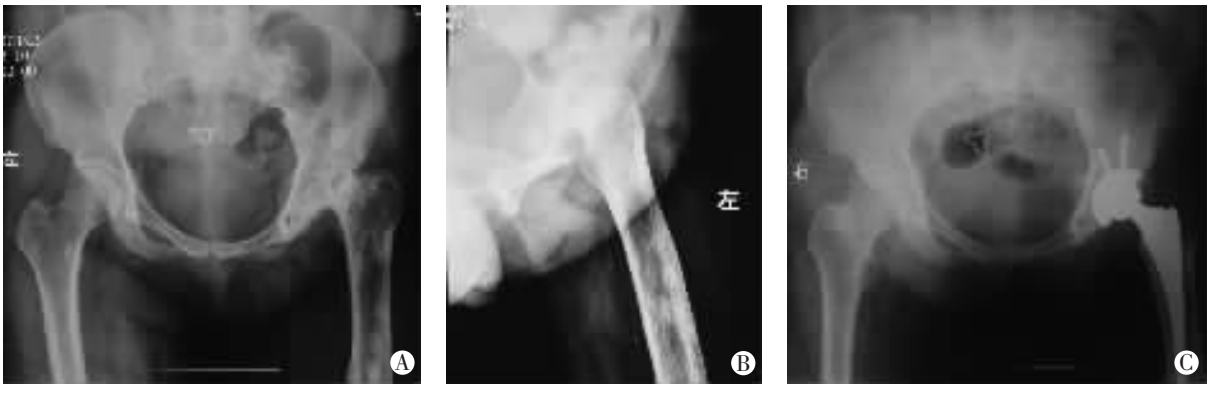
2 结果

本组 16 病例均获得随访。随访时间 1 ~ 10(4.5 ± 0.7)年，Harris 评分术前(57.3 ± 7.7)分，术后 1 年(86.5 ± 6.4)分，优良率为 87.5%，术后 Harris 评分明显提高 ($P < 0.05$)。髋关节活动度：所有病例术前髋关节活动度为 0°，术后总的活动度为(178.0° ± 15.3°)，屈髋活动度(80.0° ± 4.6°)，术后髋关节活动度明显改善($P < 0.05$)。髋关节功能：16 例患者中术后只有 2 例行走时需要手杖，其余患者行走不需要辅助工具，生活基本自理。术前伴有下腰痛、同侧膝关节痛和对侧髋关节痛患者均明显缓解，10 例肢体不等长 1 cm 以上者患者减少为 3 例。16 例患者术后 X 线显示位置良好(图 1)，置换时间超过 5 年的 3 例患者均未见假体松动表现。术后出现骨劈裂 1 例，异位骨化 2 例，均予以保守治疗；未出现关节感染，关节脱位等并发症。

3 讨论

髋关节强直后不仅会引起患者的肢体不等长、跛行等症状，而且还会导致患髋周围关节的加速退变，进而继发下腰痛、膝痛、对侧髋痛等一系列的问题，严重影响患者的生活质量[5]。对于已经出现周围关节疼痛的患者，选择行 THA 可以起到良好的缓解症状和改善生活质量的效果；而对于还没有出现周围关节疼痛的患者，特别是年轻者，如果有强烈转换为活动关节的愿望，我们也应积极地采取 THA 方式，重建髋关节的运动功能。

由于原发疾病和长期的强直状态，患髋的解剖结构往往发生严重变异，行 THA 手术难度较正常髋关节明显增加。所以，术前准备、术中操作及术后康复都应充分重视其特殊性，确保取得良好的术后效果。术前准备过程中确保患者不存在活动性感染，因为 THA 术后一旦感染，结果是灾难性的。其次，须对患者髋部外展肌肌力进行正确评估，同时应向患者做好充分解释工作，术后可能需要长期的锻炼才能逐渐纠正步态和控制髋部的活动。最后，术者必须向患者交代转换 THA 手术较正常关节置换存在难度大，并发症出现几率高的特点，取得患者的理解并降低其对手术效果的预期。



A：术前正位 X 线片示患者左髋强直于短缩屈曲位；B：术前侧位 X 线片示患者左髋强直于短缩屈曲位；C：术后 X 线片示患者人工关节假体位置良好

图 1 髋关节强直畸形患者手术前后 X 线片观察

手术操作过程中应特别注意强直患者的髋关节结构变异。相对而言,成年后原位强直患者的髋臼和股骨的变异较小,这类患者在手术过程中除按常规手术程序进行操作外,还应注意对髋部周围软组织进行充分松解,髋臼周围骨赘应尽量切除干净[6]。而儿童时期出现强直患者的髋臼和股骨的变异往往较大,这类患者往往存在髋臼较小,近端股骨细小、旋转并向前弯曲的幅度增加,髓腔狭窄等变异。手术过程中应注意在保留髋臼后壁足够骨质的同时加深髋臼,股骨扩髓应注意保留足够的骨皮质,选择小号的股骨柄,必要时可选择先髋柄。

术后制定完整的康复计划也是保证置换效果的重要组成部分。整个康复计划中,恢复外展肌,特别是臀中肌的肌力是康复训练的关键。康复计划的准备应从手术时开始,术者应在术中注意观察臀中肌的萎缩情况,并注意恢复臀中肌的张力,这可以为术后患者的康复计划提供一个良好解剖基础[7]。本组16例患者中除3例股骨上段截骨患者,其余患者在半年后复查步态较术前均明显改善,髋外展肌力基本恢复到4级左右。

手术并发症中,本组16例患者出现骨劈裂1例,异位骨化2例,均予以保守治疗;未出现关节感染,关节脱位等并发症,置换超过5年的3例患者假体未见松动表现。总体而言,髋关节强直患者行THA手术存在近期效果好,并发症相对较少的优点,但更远期的效果还需要进一步观察。

参考文献:

[1] Hamadouche M, Kerboull L, Meunier A, *et al*. Total hip arthroplasty for the treatment of ankylosed hips: a five to twenty-one-year follow-up study[J]. J Bone Joint Surg (Am), 2001, 83-A(7): 992-998.

[2] 陈光兴, 古凌川, 杨柳, 等. 改良后外侧小切口全髋关节置换手术技术[J/CD]. 中华关节外科杂志:电子版, 2008, 2(3): 16-20.

[3] 马俊, 沈彬, 杨静, 等. 人工全髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2009, 17(13): 965-969.

[4] Jeihad Ahmad Mansour, 丁悦, 许杰, 等. Harris评分和X线在评价全髋关节置换术后疗效中的作用[J/CD]. 中华关节外科杂志:电子版, 2009, 3(5): 594-598.

[5] 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): 593-596.

[6] 刘青春, 张伟, 李伟, 等. 全髋置换治疗强直性脊柱炎髋关节高度屈曲强直畸形[J]. 中国矫形外科杂志, 2009, 17(15): 1124-1127.

[7] 曾春, 宋炎成, 蔡道章, 等. 全髋关节置换术治疗强直性脊柱炎髋关节骨性强直的临床研究[J/CD]. 中华关节外科杂志:电子版, 2010, 4(1): 63-68.

(收稿:2010-06-04 修回:2010-07-17)

(编辑 汪勤俭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)22-2462-02

腹腔镜胆囊切除术中吸引器的临床应用

余德刚,蔡治方,顾 进,赵礼金 (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院肝胆胰外科)

【关键词】 腹腔镜;胆囊切除;吸引器

【中图法分类号】 R657.4 【文献标志码】 B

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)因其手术创伤小,恢复快,已成为治疗胆囊良性疾病的金标准[1,2]。清晰、成功地解剖,分离Calot三角区是LC术成功及避免胆管损伤的关键所在。经典传统的Calot三角区解剖分离主要依靠电凝钩来进行,存在造成胆总管损伤发生及局部渗血较多、术野不清等缺点。本科自1992年开展LC术以来,2003-2009年共实施LC术1 508例,在操作实践中运用吸引器进行Calot三角的分离解剖,取得了良好的效果。现将具体操作方法和应用体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

根据术中解剖分离工具的不同,将病例分为刮吸组、电凝组,2组性别、年龄、病程、疾病种类构成比比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 腹腔镜胆囊切除术病例临床资料

组别	n	性别 男/女	平均年龄(岁)	慢性结石性胆囊炎[例数(%)]	慢性结石性胆囊炎经抗炎治疗[例数(%)]	胆囊颈部结石嵌顿[例数(%)]	慢性萎缩性胆囊炎[例数(%)]
刮吸组	1 508	540/968	46.8	1 050 (69.63)	325 (21.55)	87 (5.77)	46 (3.05)
电凝组	1 859	702/1157	48.1	1 334 (71.76)	373 (20.06)	92 (4.95)	60 (3.23)

1.2 手术方法

常规建立人工气腹,暴露Calot三角区,用剪刀将肝十二指肠韧带与胆囊壶腹部交界处浆膜剪开一小口,伸入吸引器头适当扩大浆膜层裂口,逐层将胆囊动脉及胆囊胆管表面及周围的脂肪疏松组织吸刮干净。刮吸方向应由胆囊至胆总管方向进行,以避免撕裂胆总管,尤其在Calot三角区急性炎症水肿较重、组织脆性较大时更应注意。刮吸动作应由浅入深,适当加用旋转动作,但手法宜轻盈,切记粗暴操作。由此逐步暴露出

【通信作者】 赵礼金,E-mail:lijinzhao29@sina.com