

骨盆联合手术治疗小儿先天性髋关节脱位

程国田 侯斌 胡兴山

(辽宁中医学院附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

本文就我院自 1979 年 3 月 ~ 1986 年 11 月采用骨盆联合手术治疗小儿先天性髋关节脱位的初步经验, 结合近十年的随访, 资料完整的 64 例 92 个髋关节的治疗结果进行分析和小结。

临床资料

本组 64 例均为先天性髋关节脱位患儿, 共 92 个髋关节。男 14 例, 女 50 例; 双侧 28 例, 单侧 36 例。全脱位 56 例, 半脱位 8 例。

手术时 2 ~ 3 岁髋数为 21 髋, 4 ~ 6 岁髋数为 46 髋, 7 ~ 8 岁髋数为 25 髋。随访时间 4 ~ 10 年, 平均为 6.4 年。

治疗方法

本组病人, 术前均不用骨牵引, 仅用皮肤牵引 1 ~ 2 周。采用氯胺酮分离麻醉, 病人取仰卧位, 术中臀部适当垫高, 先取耻骨结节处横行小切口切断内收肌, 再取患髋关节 Smithpertersen 切口, 纵行切开骨膜或自髂骨骨骺与骨交界处掀开髂骨翼骨骺, 分开缝匠肌及阔筋膜张肌, 并保护股外侧皮神经。经骨膜下剥离显露髂骨内外板, 将外板之附着的阔筋膜张肌、臀中肌、臀小肌掀向外侧。再以同法将附着在内板上的肌肉掀起至坐骨大切迹, 用干纱布压迫止血, 将股直肌起点切断, 并翻向远侧, 充分显露髋关节前外侧。十字切开关节囊, 从髂骨外板用骨刀剥离关节囊至真臼之上缘处, 彻底分离开关节囊与其周围组织的粘连。尤其注意处理内侧关节囊与髂腰肌的粘连。要彻底分离松解, 清除关节臼内脂肪组织, 切除圆韧带及白横韧带, 切除多余关节囊但不要切除臼内的关节软骨, 找到小粗隆钝性分离髂腰肌着点, 并从小粗隆处切断, 术中检查股骨颈前倾角的大小, 如前倾角超过 60°; 可行股骨粗隆下旋转截骨术。本组病人因术前均未行骨牵引, 股骨头脱位一般均较高。通过关节囊剥离, 髂腰肌切断, 仍有复位困难者, 采用股骨粗隆下旋转短缩截骨来解决, 同时矫正前倾角, 四孔钢板内固定。复位后显露好坐骨大切迹, 用直角钳引线锯绕过坐骨切迹, 从坐骨切迹向髂骨前下棘方向锯断髂骨, 断面与髂骨板垂直, 在髂骨前部剪下一楔形骨块, 用一巾钳稳定截骨近端, 另一巾钳夹住截骨远段。以耻骨联合为轴牵拉远段向前、外、下方向旋转, 将大小相应的楔形骨块嵌入张开的间隙内。用一枚

克氏针自前上向后下贯穿固定。本手术采用关节囊成形, 内收肌、髂腰肌切断, 股骨粗隆下旋转截骨, 骨盆旋转切骨联合手术, 简称为骨盆联合手术。

本组手术术前不用骨牵引, 所以手术中解剖层次清楚, 关节囊处理是手术成功的关键。手术剥离范围较为广泛, 手术有一定难度。

治疗结果

结果评定标准参照国外 Severin 和香川评定标准¹⁾。92 个髋关节中疗效优者为 45 髋, 良者为 27 髋, 满意率为 78%, 可者为 12 例。再脱位者为 8 例, 不满意率为 8.8%。

讨论

治疗小儿先天性髋关节脱位为获得满意结果, 关键是使脱位的关节获得同心(头臼同心)复位, 并能保持复位的位置。掌握好手术适应证十分重要, 总结如下:

1. 手术适应症: (1) 经保守治疗复位后再脱位;
- (2) 髋臼发育不良, 臼浅, 髋臼角在 30 ~ 40 左右者;
- (3) 年龄最大不超过 8 岁;
- (4) 股骨前倾角超过 40°, 颈干角异常增大者。

手术前的处理以往大都采用持续骨牵引 3 ~ 4 周, 术后常规应用髋人字石膏外固定²⁾, 我们认为此种方法治疗的患者, 因长期卧床, 加之术后石膏外固定, 关节功能往往恢复不甚理想。我们简化了术前骨牵引, 术后髋人字石膏外固定这一传统方法。本组病人经过术后平均 6.4 年的临床观察与其他报道治疗组相比较疗效差异不大, 手术成功的关键不在于手术前牵引时间的长短。据我们临床观察, 先天性髋关节脱位病理变化甚为复杂。长期的脱位使髋关节的肌肉短缩, 关节囊周围组织与关节囊韧带粘连严重, 靠骨牵引很难达到使患肢变长的目的, 本组病人均不作骨牵引, 所以术中常例行内收肌切断, 关节囊成形, 本组病人术中测前倾角均较大, 一般在 50 ~ 60°; 最大者达到 90°; 故同时行股骨粗隆下短缩旋转截骨。单侧脱位短缩 1 ~ 1.5cm, 双侧脱位一般可短缩截骨 1.5 ~ 2.0cm, 短缩最多一例达近 3.0cm, 在术中复位多无困难。

2. 合并症: (1) 再脱位: 本组病人有 8 例术后发生

再脱位,发生再脱位的年龄多为6~8岁的患儿。本年龄患儿往往因脱位时间较长,长期行走,头臼比例严重失调。虽然髌臼指数不甚大,但经骨盆旋转截骨后,仍不甚稳定。再加之骨盆转切骨后截骨远段旋转方向有误或嵌入骨块脱落及关节内清理不彻底等原因有关。我们认为6~8岁的患儿作此手术应慎重。

(2) 股骨头缺血性坏死:根据文献报道,本病股骨头坏死发生率差异很大^[1],最低为5%,最高为70%左右,可能与治疗的年龄和评定的标准不同有关。

本组手术我们考虑到股骨作短缩截骨能否影响股骨之血运,而致股骨头缺血坏死问题。本组病人术后在X光片上多少发现头骺密度增高,后又出现轻度头坏死改变,约经一年以后又恢复到原来状态,头骺无坏死,反而出现股骨头较前增大,可能为截骨术刺激了股骨滋养血管的再生,待以后随诊观察。

本组病人主要是根据股骨头发育情况进行评定。头颈轻度变形者,临床观察无功能障碍者未统计在内。在疗效为良好一组的27例病人均表现为头颈轻度改变。在疗效为尚可一组的12例中均有中等程度的头坏死。而在再脱位的8例病人中也有7例发生比较明显之头坏死,坏死率为27%。与其他资料报告差异不大。

本组病人64例,92个髋关节无一例感染,无死亡病

例,截骨一般在1.0~2.0cm。术后8年的临床观察,未发现患肢明显短缩情况,截骨较多者我们一般在双侧髋关节脱位应用较多,使双下肢达到均衡而对病人无不良影响。

本组病人术后未行髋人字石膏外固定,仅行患肢皮肤牵引,一般在术后4~6天患儿即可坐起,保证了髋关节活动,患肢保持外展30°,内旋10°,关节功能很快恢复正常。由于免除了术前四周的骨牵引,患儿手术耐受能力均较强。术中输血平均为200~300ml,住院时间相应缩短,减少了患者的经济负担,我们认为此法不失为治疗先天性髋关节脱位的一种可靠而有效的方法。

参考文献

- [1] 香川弘太郎. 先天性股脱に対する骨盆切り術. 日整会志, 1975, 49: 507
 - [2] 金耀清, 任继光, 王兴, 译. 髋骨截骨术治疗先天性髋关节脱位(97例临床分析). 中华骨科杂志, 1981, 1(1): 25
 - [3] 吉士俊, 周永德. 先天性髋脱位治疗后股骨头缺血性坏死(综述). 中华骨科杂志, 1985, 5(5): 381
- (收稿: 1998-01-15; 修回: 1998-04-20)

经肩长针内固定治疗肱骨中上段骨折

蒲兴海

(兰州医学院第一附属医院, 甘肃 兰州730000)

我们设计经肩长针内固定治疗肱骨中上段骨折, 治疗28例病人, 远期疗效均为满意, 予以讨论。

临床资料

本组28例中男21例, 女7例; 年龄21~69岁; 均为单人单肢, 其中右上肢11例, 左上肢17例; 坠落伤21例, 撞击伤6例, 传导伤1例; 就诊时间为半小时~6天; 合并症: 桡神经挤压伤2例, 经复位解除; 筋膜间隔综合征1例, 急诊肿胀局部切开减张, 3周后行骨折固定; 手术时间: 除1例减张切开者外, 均在1周内行内固定术; 住院时间平均16天, 切口无1例感染。

治疗方法

1. 内固定针选材: 普通梅花针。依个体差异, 选用型号大小。在X线上针与髓腔对比要小于髓腔者, 以免术中嵌针。从肱骨头至中下1/3交界处即为针之长度。

2. 手术适应症: 任何复杂不稳定性、合并神经血管

损伤的肱骨中上段骨折可行长针内固定。如单纯易复位骨折, 可行闭合穿针。

3. 闭合穿针固定法: 臂丛麻醉。肩部消毒铺单。镜下(X线或电视X光线机)骨折复位, 如单纯骨折, 复位可靠者也可从肩部盲针打入, 仍多成功者。常规选肩峰外而紧靠肩峰为进针点, 顺贯其针, 通过骨折部位, 达肱骨中下1/3段交界处为宜。截去肩部过长露针, 纱布固定针孔。相继肩“U”字石膏固定。

4. 切开复位穿针固定法: 复杂性、嵌入骨折间肌肉组织难于复位、或有神经血管损伤者, 则切开复位穿针内固定。常规麻醉及消毒, 依骨折部位选定切口, 入里后松解相嵌组织, 解除血管神经压迫或损伤, 逆行法长针髓腔固定: 先从近端逆行打入梅花针, 恰从肩峰处使之大段露出, 相继复位骨折, 顺列上臂走形, 在可靠维持骨折复位下, 纵向击入肩部外露针, 达到复位嵌合满