

改良铝制夹板治疗先天性髋脱位

单先康 王振海 刘素清

(解放军第四六三医院, 辽宁 沈阳 110042)

自 1980 年以来,对 Von Rosen 氏铝制夹板进行改良,治疗先天性髋脱位,取得了较好的疗效,有几点粗浅的体会,小结如下。

1 临床资料

本组 10 例,男 2 例,女 8 例。左侧 4 例,右侧 2 例,双

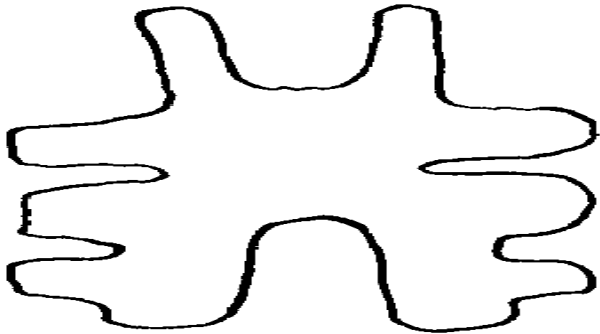


图 1 夹板制作示意图

侧 4 例。开始治疗年龄,18 月以下 4 例,8 髋;19~24 月 4 例,4 髋;25~30 月 2 例,2 髋。脱位程度:Ⅰ度(半脱位)4 髋;Ⅱ度(全脱位,股骨头达髋臼外方或外上方)10 髋。在解除铝制夹板制动后,全部随访一年以上,髋臼指数发育至 $20^{\circ} \sim 25^{\circ}$ 者 9 髋,占 64%。有 1 髋发生Ⅰ度头坏死。全组病例最后功能恢复均满意。

2 治疗方法

2.1 夹板的制作 选用日用工业熟铝,铝板厚 2.0mm,铝板长:从患儿耳廓上缘至膝关节;宽:患儿双臂平伸,取两肘之间的长度。按患儿的个体情况,将铝板裁剪成(如图 1 形状),再用砂纸将边缘处磨光。在铝板非塑形部分(即躯干部)背面,钉上五合胶木板加固。钻孔备穿绳固定与通风之用。铝板制成后在靠体表(里面接触皮肤)侧衬以厚 0.5cm~1.0cm 之棉垫,软绒布盖面。

2.2 夹板的使用 常规行双下肢悬吊皮肤牵引,牵引重量以臀部离床 5cm~10cm 为准,一般每侧 1.5~2.0kg 即够。3 周后,全麻下行双内收肌切断,手法复位,铝制夹板将双髋固定在屈曲、外展、外旋 90° 之蛙式位。术中行 X 线照相。如复位成功,手术即结束;如不成功,则在铝板的大腿部加适当厚度之纱布垫,将屈髋加大至 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$,或将纱布垫叠成适当厚度置于髋后方。运用以上措施,本组病例复位均获得成功。

10 天后内收肌切口处拆线。X 线照相复查,若复位良好,则出院门诊治疗观察。3 个月内每月门诊 X 线照相复查

一次。三个月后则每两个月门诊复查一次。术后三个月始,在妥善保护下,可洗澡更衣。术后六个月始,腿部的纱布垫可逐渐减少至全部拿掉,肩部的铝板作适当放松,使髋关节屈曲角度逐渐减小。根据每个病例的具体情况,8~10 个月,拆除铝板,行功能锻炼。大约 2~3 个月后,髋关节活动即能自如。

3 讨论

3.1 在我们应用铝制夹板治疗先天性髋脱位的初期,曾遇到一个病例,按前述方法复位后,用 Von Rosen 氏铝制夹板固定^[1],3 个月后发生再脱位。吉氏^[2]曾将铝制夹板试用于 3 岁以下患儿,发现它存在着固定不稳,容易发生再脱位的缺点。作者仔细观察发现,患儿在铝制夹板固定中,髋关节仍有一定程度的内收、内旋活动。复习先天性髋脱位的病理,使我们认识到,先天性髋脱位,除了髋臼、股骨头、颈,关节囊、韧带等有病理改变外,凡起自骨盆沿股骨向下行走的大部分肌肉都发生短缩,其中内收肌、髂腰肌和臀肌尤为明显,也是影响复位的重要因素^[3]。为了拮抗这些肌肉的作用,更有效地控制髋关节内收、内旋活动,预防复位后再脱位,作者对 Von Rosen 氏铝制夹板进行改良,大腿部分向膝关节方向延伸长方形一块,长度稍超过膝关节,宽度稍宽于大腿。将改良后的铝制夹板应用于这个病例,获得了成功。以后的病例,作者都用改良后铝制夹板固定,未再发生复位后再脱位的。

3.2 在应用铝制夹板治疗先天性髋脱位的过程中,夹板的可塑性及强度发生了矛盾。为了能根据治疗需要而随意塑形,铝板的厚度就不宜超过 2 毫米,但这样厚度铝板的强度,不能耐受患儿在固定期间的长时间有限活动的损伤。在我们的早期病例,就有因铝板疲劳强度不够而断裂者。后来,我们在铝制夹板的躯干部分钉上五合胶木板加固,就再也没有发生铝制夹板断裂情况。同时,改良铝制夹板的躯干和髋部不会产生向前弯曲变形,加强了抗髋关节内收、内旋的作用,有利于预防再脱位。

参考文献

- [1] 胡景珉. 塑形铝板治疗先天性髋关节脱位 63 例治疗结果报告. 天津医药骨科附刊, 1978, 2: 74.
- [2] 吉士俊, 周永德, 刘卫东. 应用铝制夹板治疗先天性髋脱位. 中华小儿外科杂志, 1984, 5: 161.
- [3] 郭巨灵主编. 临床骨科学(4) 骨病第 I 版. 北京: 人民卫生出版社, 1989. 182.

(收稿: 1997 04 09 修回: 1997 07 20 编辑: 李为农)