

回顾与展望

小儿先天性髋关节脱位治疗的回顾与展望

北京针灸骨伤学院(100015)

曲国宾 李德全· 张福栋· 保俊·

小儿先天性髋脱位在近数年间内占小儿骨科病房住院病人的13.2%。研究其发病原因对于防先天性髋脱位的发生有十分重要意义。

一、我们回顾十五年来治疗过的小儿先天性髋关节脱位病人，总结如下：

(一)发病：先天性髋关节脱位，是小儿髋关节先天性发育不良引起的脱位畸形。包括：

(1)髋臼和股骨头发育不良或异常。

(2)从病史中获悉胎儿在宫内位置不正常，或在产前检查时发现该患髋关节处在过度屈曲与内收的位置，这都可能是发病的重要机械因素，由于后上方的关节囊遭受牵伸，使股骨头易向后脱位；或是因失去正常的旋转，下肢长期保持于外旋位，以致增加了股骨颈的前倾角，如超过了60度，很易发病。

(3)与臀位分娩有一定关系。

(4)遗传因素：该病是以多基因遗传的方式发病。在五十年代范氏看到一家连续有四孩发现此病，从国外材料看出某些民族与地区可多见。Scaglietti氏分析患儿有17.4%。在家族中或亲属中能找出先天性髋脱位病史。Muller等也氏指出有10.1%有家族史。笔者治疗的患者中有确切家族史的占9%。以及山区患儿多见。

(5)从全部病例中看出女孩多见，左髋比右髋多见，单髋脱位较双髋脱位多见。

(二)诊断：

(1)诊断依据：主要根据临床检查时的体征，如：①6个月以内全脱位的患儿，患肢呈现异常外旋或外展受限，或者患肢短缩。弹进试验阳性。X线片见生后4月以内的患儿股骨头骨骺尚未出现，或髋臼指数大于30度角。申通氏弧线间断。②6个月以上除有上述体征外，还有跛行或鸭行（双侧脱位）。套叠试验阳性。全登伦堡氏征阳性。X线片显示泼金氏方格，股骨头骺位于外上方格。CE角小于10度。

(2)先天性髋脱位需与病理性脱位，如结核性或化脓性髋关节炎致的病理性脱位及婴儿麻痹脱位，以及先天性髋内翻等鉴别，以免误诊误治。

(三)治疗：

(1)对于不同的月份与年龄组，应根据病情采取不同的治疗方案。凡月份超过6月，内收肌紧张者，外展受限，Ⅱ度以上脱位者，患儿先做悬吊牵引3~5周，或行内收肌切断术。床头X线摄片证实股骨头降至Y字软骨线下时，可在全麻下行先天性髋脱位复位术。

(2)复位方法：患儿仰卧位，术者立于患儿足侧，助手固定患儿骨盆，以左髋脱位为例：术者以右手握住患肢膝下部，并牵引屈髋90至120度角之间，另用左手拇抵住耻骨枝与坐骨结节部，其余四指扶持股骨近端及大粗隆部，向前下（即髋臼窝）方向牵拉，同时右手持续增加牵引力，并且使患肢逐渐向外展外旋，达45度角至80度角之间时，可感到股骨头进髋臼内之弹响声，此时其患肢可外展至床面水平（但若未复位时外展动作受阻）。在施复位手法时，要尽量轻柔，勿使暴力。患儿如为双侧脱位，另侧复位手法及操作步骤与前述相同。

(3)复位后检查：用手指触摸双股骨大粗隆与坐骨结节，两骨突的间距接近，间隙清楚并近水平位，两侧相等，患侧股外上方触不到股骨头，X线片示：股骨头骺与髋臼相对应是同心圆状，关节间隙清楚、对称，申通氏线连贯，股骨头骺位于泼金氏方格的内下方者，表明已复位。

(4)固定时间与锻炼：根据患儿月份、年龄及脱位前后之病情，将患儿固定在特制的铝板衣内，体位保持为双下肢屈髋90~125度角间，外展外旋45~90度角，而膝以下不加固定。一岁以内时间为3~6~8个月，1~3岁需12个月，4~5岁需14个月左右（其间视病情及铝板衣固定情况作适当调正），固定期间在注意护理的情况下进行锻炼，包括爬行、蹲立及蛙式蹲行等。固定锻炼期间应1~2月复查一次。

(5)其它：对年龄在5岁以上者，可行Selter氏手术或造髋手术，改良沙氏或骨盆内移截骨术等，对前倾角过大者也可并作股骨转子下截骨术。对双侧脱位者可行一侧手术，一侧手法治疗，这样可节省时

*沈阳市骨科医院

间或减轻患者家长的负担。

(四)效果:我们从过去的治疗体会到,根据病情及不同年龄,对5岁以内行手法复位,5岁以上均施手术治疗。按髋关节功能与股骨头髌及颈情况,将结果分为:优、良、可、劣,其【优】良率达90%左右,有8%左右发生头发育不良或坏死。治疗过程中,由于前倾角过大及其它因素发生半脱位等,而再行手术及治疗者,也获得了一定效果。

股骨头缺血性坏死样变,在先天性髋脱位治疗后的发生率,国内外各家报导不一(为0~73至92.4%),股骨头坏死真正发生率是较少的,但有33%的患儿出现暂时性不规则骨化,这是缺血坏死的一种表现,在治疗中应注意避免此现象的恶化。

二、展望:

研究先天性髋脱位的发病,治疗及疗效对医务工作者是有现实意义的。展望今后的治疗可能是:

(一)胎儿问题:由于胎儿外科与遗传学的发展,可以了解产生畸形的原因,这样对在出生后难以矫治的畸形,相应采取针对性措施,尤其是对那些有遗传因素的,或有致畸形可能的,可开展胎儿镜检查,即在妊娠十八周以后,通过母亲下腹和子宫底的一个小切口,插入一只腹腔镜或膀胱镜,在适当的操作和

变动位置下,可以窥到胎儿髋部,它对发现畸形,进而决定终止妊娠与否,带来了一种方法。这对先天性髋脱位是有临床意义的。

(二)新生儿问题:根据我国各地几十年来治疗先天性髋脱位的各种经验及临床资料,妇产科医护人员应对新生儿进行普查;或与骨科配合,对可疑者进行有目的的短期内追踪,或对部分婴幼儿群进行普查,以发现可疑者。笔者建议:通过对患儿与健康儿童的生理、生化、病理,血液流变、血液动力学,影像医学及染色体等指标数据进行比较,以便为先天髋脱位的诊断、防治找到全面可靠的依据,以达到早期发现、早期治疗的目的,进而收到最优良的效果。

(三)软骨细胞问题:由于国内外骨科学者对软骨细胞的培养、实验与研究,可以予料,今后对于预防与治疗先天髋脱位后股骨头坏死等并发症有一定积极的作用。

(四)活血化瘀、祛瘀生新中药的应用:由于活血化瘀、祛瘀生新药物可以促进血液循环,以改善局部微循环,故对先天性髋脱位治疗后,促进愈合及防止股骨头坏死等并发症具有积极性的作用。可以预见,不久的将来,中药对先天性髋脱位治疗全过程中的影响作用,也将得到证实。

肘关节前脱位合并肱骨内上髁骨折块夹入肘窝

山西省高平县中医院(046700)

武天宝 史永叶

男性,50岁,农民,住院号83189,1983年7月6日就诊。患者于2小时前,从行进之拖拉机上跳下时,被旋转之后轮击中右肘,右肘着地后又由于身体之旋转而前臂猛甩向外侧。右肘当即明显肿胀、畸形、疼痛、功能障碍。急来诊。查:右肘关节弹性固定于135度位,明显肿胀,肘后三角关系异常,肘后外侧摸不到尺骨鹰嘴及桡骨小头,肘窝内压痛明显,可触到一骨性硬块(为前脱位之尺骨鹰嘴),并可触及一小碎骨,压之有骨摩擦音,肱骨内上髁处有明显压痛,右拇指上翘有力,无腕下垂,右桡动脉搏动有力。经X线拍片后确诊:右肘关节前脱位合并肱骨内上髁骨折,骨折块夹入肘窝内。

整复过程:术前肘关节内外侧各注入1%普鲁卡因5ml。患者平卧,屈曲患肘90度,一助手双手环抱上臂,向近心端牵引;第二助手牵引前臂;第三助手

带缚于前臂上端掌侧与第一助手对抗牵引;术者借第三助手之拉力,用左手拇指顶住肱骨下端,右手拇指顶住肘窝内之骨折块向内侧推挤。上述各方在术者示意下用力持续牵引,待尺骨鹰嘴向下移至肱骨下端时,第二助手猛然屈曲前臂,术者同时推肘窝内骨折块,听到“咯咚”之声,整复结束。X线拍片示:脱位已整复,内上髁骨折块推至其所,复位成功。

复位后肘关节屈曲90度悬吊胸前,给抗感染等治疗。住院14天即开始肘关节功能锻炼,并对内上髁处施于中医舒筋活络按摩手法;24天肘关节屈曲80度,伸50度,旋前45度,旋后45度;31天肘关节功能基本正常而出院。一年后随访:肘关节活动自如,双臂可搬百余斤重物,未留有后遗症。