学习园地

小儿先天性髋脱位手术治疗的几点改进意见

沈阳市骨科医院(110044) 黄恩申

我院 1983 年至 1991 年手术治疗小儿先天性髋脱位 256 髋。获得随访观察 229 髋,根据年龄组及病理情况分别采用三种方式,目的在于预防并发症的发生,提高治愈率。

临床资料

本组年龄 2~14 岁。其中男 78 例; 女 135 例,共计 213 例。左单髋 89 例; 右单髋 108 例; 双髋 16 例; 计 229 髋。经最短 2 年 6 个月,最长 8 年 2 个月,平均 4 年 6 个月观察治疗,根据金耀清设计的评定标准(1)结果如下:采用 Salter 骨盆旋转截骨术治疗 6 岁以下儿童 46 例,65 髋。采用 Pembeton 髋臼成形术治疗 14 岁以下儿童 141 例,148 髋。应用 Chiari 骨盆内移截骨术治疗 10~19 岁 16 例,16 髋。三种疗法 24 髋并发症:Salter 手术再发脱位 4 髋;股骨头缺血性坏死 3 髋。Pemberton 手术股骨头缺血性坏死 10 髋;足外旋 2 髋; 髋僵硬 2 髋。Chiari 手术股骨头缺血性坏死 2 髋; 髋僵硬 1 髋。

229 髋中各种并发症 24 髋,占 10.58%,其中再脱位占 1.82%;股骨头缺血性坏死占 6.84%;足外旋畸形占 0.91%; 髋僵硬 1.40%, P<0.1。

讨 论

1、Salter 手术⁽²¹及改进意见:原设计要点是通过改变髋臼向前、外、下方向旋转来稳定复位后的髋关节。适用于 6 岁以下儿童,但存在以下病理改变不宜施行。髋臼后上缘缺损,即形成后上方脱位通道,本术式将缺损旋向臼顶加重了病理改变,本组 2 例因此造成再脱位,5 例术中改行 Pemberton 手术,避免了二次手术。1.原法人路是在股骨头复位后剥离髂骨内板以利线锯通过,原术式只要求显露髋臼外、前缘。手术人路开始即推开髂骨内外板,同时暴露后缘检查有无缺损通道,以便决定术式,而且术野扩大方便操作。2. 再脱位原因之一是术中没有达到同心圆复位,在缝合关节囊后,伸屈、内收髋关节,检查稳定后才允许关闭切口(此项检查同样应用于其它切开复位手术)。复位不稳定的原因主要是臼内骨嵴和软组织清理不够,特别是横韧带松解不够。

2、对 Pemberton 手术(3) 及改进意见: 此髋臼成形术适应年龄广泛。原设计在关节囊上 0.5~1cm 处截

骨,此手术病例一般髋臼角较大或头大臼小,原术式往往股骨头覆盖不理想,做如下二点改进:1.提高截骨高度,在髂骨外板进行截骨,测量骨瓣面积足以覆盖股骨头为准。当骨瓣下翻到关节束上 0.5cm 平面时骨刀改向 Y 字软骨方向截骨的方法,其间隙以髂骨块 2~3 个立面嵌入支撑,增加了复位后的稳定性。2. 对髋臼前缘发育不良病例,采用髂骨板平面前延嵌入的方法治疗 3 例效果满意。

3、对 Chiari 骨盆内移截骨术的改进意见: 此术式通过骨盆截骨内移来扩大髋臼覆盖面。适用于髋臼过于浅平, 髋臼角极大的先天性髋脱位, 年龄在14岁以上的半脱位; 14岁以下全脱位中可以骨牵引到髋臼外缘水平者,即 Pemberton 手术无指征、难以稳定复位者可以考虑此手术。在原术式不要求切开复位, 我们采用切开复位, 清理髋臼、力争同心圆复位。在截骨后缝合关节囊, 以便在直视下确定截骨线的方向, 以避免损伤髋臼与股骨头。2. 由于原设计髂骨截骨面窄小, 代替髋臼外侧时股骨头压强大; 且髋臼只允许向内推进 1cm左右, 股骨头覆盖有限。改进后在截骨线外侧嵌入弧形向下的全层髂骨板使再造之髋臼近似髋臼形态, 根据股骨头大小适当外延,使之稳定。股骨头压力均匀压强减小,降低了股骨缺血性坏死机会。

4、术后外固定的改进:原设计任何切开复位术后均要求髋人字石膏固定。本院以往采用包括骨盆在内的单髋外展石膏固定,三周后改行皮牵引,练习髋关节活动。1986 年末改用的良贝氏石膏固定。在其启发下于1987 年末应用双股外展支具加皮牵引 2kg 固定,一周后患儿即可起坐练习髋关节。

5、关于股骨头缺血性坏死的预防: 1. 术前要充分牵引,它可以有效松弛髋周肌群。2. 早期练习髋关节活动,不断改变股骨头受压面。

参考文献

- 1. 金耀清,等. 髋骨截骨术治疗先天性髋脱位 97 例临床分析 . 中华骨科杂志 1981; 1 (1): 25.
- Salter RB Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxatmeion of the hip. J. Bone Joint Surg (Br) 1961; 43; 518.

(收稿: 1996-08-19; 修回: 1996-12-11)