

## · 临床研究 ·

## 先天性髋脱位的外科治疗

## Surgical treatment of congenital dislocation of the hip

童作明 肖扬 周旭军 郑权 伍旭辉 颜锋

TONG Zuoming, XIAO Yang, ZHOU Xujun, ZHENG Quan, WU Xuhui, YAN Feng

【关键词】 髋脱位, 先天性; 外科手术 【Key words】 Hip dislocation, congenital; Surgery, operative

自 1995 年 9 月以来我院采用髋臼造盖<sup>[1]</sup> (Gill 第一型), 股骨粗隆下旋转短缩截骨, 内收肌、髂腰肌切断综合手术治疗先天性髋关节脱位 35 例 38 髋, 疗效满意。报告如下。

## 1 临床资料

本组 35 例中男 6 例, 女 29 例; 双侧发病者 3 例。年龄 3~14 岁, 平均 5 岁。所有病例术前未行任何牵引。

## 2 治疗方法

患者仰卧位, 臀部适当垫高, 全麻或硬脊膜外阻滞麻醉。先将髋关节屈曲外展外旋位, 于腹股沟下作 3.0 cm 切口, 游离并切断长收肌, 如髋外展可达到 90°, 则不切断短收肌, 否则将短收肌一起切断。再取患髋 Smith-petersen 切口, 自髂骨骨骺与骨交界处掀开髂骨翼骨骺, 经骨膜下剥离显露髂骨内、外板。将外板附着之阔筋膜张肌, 臀中肌, 臀小肌掀向外侧, 切断股直肌肌起并掀向远侧, 显露髋关节前外侧。十字切开发节囊, 彻底分离关节囊与其周围组织的粘连。清除臼内脂肪组织, 切除肥厚的圆韧带、白横韧带及多余关节囊。于小粗隆处分离髂腰肌附丽处予以切断。在髋臼上缘 1.5~2.0 cm 处髂骨外板上凿一块椭圆形的外层带蒂骨块, 蒂在下方, 大小以能充分覆盖股骨头为准。再从髂骨嵴处取下多块楔形骨块插入骨块翻折后遗下的空隙, 使髋臼边缘齐平, 勿使骨块太高。术中检查股骨颈前倾角大小, 如超过 60°, 行股骨粗隆下旋转短缩截骨。旋转度数一般在 45°左右, 短缩 1.0~2.0 cm, 四孔钢板内固定, 复位, 紧缩缝合关节囊。术后切口内常规放置引流管 1~2 d, 髋人字石膏外固定 6~8 周。

## 3 治疗结果

本组随访 32 髋, 时间 1 年~6 年 2 个月, 平均 38 个月。评定标准参照 McKay 标准, 优: 无痛、无跛行, Trendelenburg 征无异常, 功能正常; 良: 无痛、跛行轻, 髋关节运动轻度受限; 中: 无痛、跛行明显, 髋关节运动明显受限, Trendelenburg 征阳性; 差: 无痛、跛行严重, 髋关节运动明显受限, Trendelenburg 征阳性。本组优 28 髋, 良 2 髋, 中 1 髋, 差 1 髋。优良率 94%。

## 4 讨论

4.1 股骨头缺血性坏死 多数学者认为股骨头缺血性坏死是髋关节周围软组织挛缩复位后关节面压力增高, 导致骨骺软骨因血管阻塞缺血所致<sup>[2]</sup>。所以我认为术中一定要行股内收肌、髂腰肌切断。内收肌紧张、髂腰肌腱往往是中心复位和维持中心复位的不利因素。彻底松解关节囊处软组织, 尤其是内下方关节囊及后上部部分关节囊与臀小肌粘连。同时行股骨粗隆下短缩截骨, 因其不仅能减低股骨头复入髋臼时所承受的压力, 还能矫正前倾角、颈干角。本组病例均行此术式, 除术前股骨头缺血坏死 2 例外, 随访病例中术后无明显坏死迹象。

4.2 年龄与疗效的关系 髋臼发育高峰期主要在 1.5~2 岁以内, 以后髋臼发育趋于停止<sup>[3]</sup>。2 岁以内大多数脱位程度轻, 仅少部分脱位程度相对严重, 但因髋臼尚处于发育高峰期, 塑形能力较强, 一般采用非手术治疗, 石膏或支架外固定疗效满意。随着年龄增长, 脱位时间较长, 长期行走, 头臼比例严重失调, 不宜再保守治疗。在随访病例中正因为及时手术治疗, 绝大多数患髋逐渐达到同心圆中心复位, 髋臼发育较好。本组病例中 1 例 13 岁患者, 术前股骨头近乎坏死缺如, 术后外伤出现髋再脱位, 功能无改善。这同时也给我们启示, 大龄患儿术前股骨头

明显坏死者谨慎采用该手术。

4.3 本术式的优点 ①股骨头缺血坏死率低,本组病例除术前已有股骨头坏死者外,无其他新病例发生;②随访病例中无痛性关节炎发生。患髋无明显的活动障碍,既使个别早期出现关节僵硬,通过积极的功能锻炼,中药熏洗也明显好转;③髋再脱位发生率,本组中发生 1 例,为术前股骨头坏死,术后外伤所致;④随访 1 年以上,患肢未发现明显短缩情

况,无感染及死亡病例;⑤术前未行任何牵引,缩短住院时间。

参考文献

- 1 朱通伯,戴克戎.骨科手术学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998.1776-1777.
- 2 郭文通,李文琪,温树正,等.牵引复位有限制动治疗先天性髋关节脱位的疗效观察.中华骨科杂志,1997,17(1):44-47.
- 3 杨玉峰,唐树森,王冬,等.带调节托双髋外展 60° 支架治疗婴幼儿先天性髋脱位.中华骨科杂志,1997,17(3):177-179.

(收稿:2002-05-27 编辑:荆鲁)

• 短篇报道 •

老年腰椎间盘突出症的手术治疗

单幸灿  
(解放军第 476 医院骨科,福建 福州 350002)

我院从 1991 年 1 月起共收治腰椎间盘突出症患者 386 例,并分别采用牵引、推拿、中药外敷以及理疗等方法进行综合治疗,其中 38 例 60 岁以上患者因疗效欠佳而改行手术治疗。现就老年腰椎间盘突出症手术治疗中的有关问题进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 38 例中男 31 例,女 7 例;年龄 60~75 岁。病程 3~6 年,平均 3 年。39 例患者均有患侧腰部压痛、叩击痛和下肢放射痛。其中双下肢疼痛 3 例;小腿或足背部麻木 28 例;间歇性跛行 15 例;腰椎轻度侧弯 5 例;直腿抬高试验 20° 者 12 例,30° 者 18 例,40° 者 8 例;背伸肌力下降 26 例;小腿外侧及足背皮肤感觉减退 26 例。

1.2 影像学检查 腰椎 X 线片均有不同程度的退行性改变,CT 提示腰椎间盘突出的同时,均显示有不同程度的骨质增生、黄韧带肥厚和关节突增生等征象。

1.3 合并症及其处理 38 例患者均有不同类型和不同程度的合并症存在。其中高血压 5 例,冠心病 5 例,高血压合并冠心病 16 例,慢性支气管炎 5 例,糖尿病 4 例,前列腺炎 3 例,手术前分别对有关合并症进行对症处理,术中进行了必要的监护。

2 治疗方法

全部采用局部麻醉后入路,其中 13 例行全椎板切除术,14 例行半椎板切除术,11 例行椎板开窗加侧隐窝扩大术。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 对患者手术后腰腿疼痛是否消失、腰部活动是否正常、日常生活有无影响,以及直腿抬高试验是否恢

复正常等指标进行疗效评定。优:术后腰腿疼痛消失,腰部活动正常、自如,直腿抬高试验阴性,恢复正常生活;良:术后腰腿疼痛消失,早期腰部活动稍受限,锻炼后恢复正常,直腿抬高试验阴性或大于 60°,日常生活可自理;可:术后腰腿疼痛明显减轻,直腿抬高试验可达 50°,腰部活动感觉不便。

3.2 结果 35 例均获得随访,随访时间为 2~5 年,其中优 18 例,良 12 例,可 5 例。优良率为 85.7%。

4 讨论

4.1 手术方式的选择 手术应同时解决髓核突出和椎管狭窄两个问题。本组资料证明,老年腰椎间盘突出症行髓核摘除,应以半椎板减压术为首选。其特点是暴露充分,既可探查神经根管,又便于切除增生的小关节突及肥厚的黄韧带,彻底解除马尾或神经根的压迫。但对于骨性压迫广泛、神经压迫严重或髓核中央型突出合并椎管狭窄时可作全椎板切除。

4.2 手术定位要准确 术前应常规拍摄腰椎正侧位 X 线片并局部注射美蓝,作为标志以避免出错。术中先显露 L5、S1,然后摇动棘突即可定位。

4.3 要注意保护好神经根和硬脊膜 操作不熟练和动作粗暴,均可损伤神经根或硬脊膜。故手术切忌粗暴,以免酿成不良后果。

4.4 椎板和腰背肌不宜破坏太大 切除椎板要有度,不要盲目过多地切除起着稳定作用的椎板和小关节突,也不要随意损伤双侧腰背肌。

4.5 术中止血要彻底 术中动作一定要轻柔,操作要细心、止血要彻底,冲洗要干净,术后要常规放置负压吸引,伤口要压沙袋,以防止血肿的形成。

(收稿:2002-11-11 修回:2002-12-16 编辑:李为农)