维普资讯 http://www.cqvip.com

6~13岁儿童先天性髋脱位的手术治疗体会

Experience in surgical treatment of luxatio coxae congenital in 6 to 13 years old children

黄丛春 （大连经济技术开发区医院骨科，辽宁 大连 116600）

[关键词] 先天性髋脱位；手术治疗；儿童
[中图分类号] R681.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0109-01

儿童先天性髋脱位是一种较常见的畸形，治疗方法很多，疗效不一，尤其对较大儿童髋脱位尚无理想方法。我科1998年至2006年采用髋臼加盖成形和股骨粗隆下旋转截骨联合治疗6~13岁的发育性髋脱位共计17例，21个髋关节，随访15例，19个髋关节。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组17例，21个髋关节，其中男性4例，6个髋关节；女性13例，15个髋关节。左侧9例，右侧4例，双侧4例。随访2~8年，平均4.8年。髋脱位可分为三度：Ⅰ度脱位属半脱位；Ⅱ度脱位，股骨头已脱出髋臼或髋臼上缘；Ⅲ度脱位指股骨头向上移位较高，达髂翼处。本组21例中Ⅰ度3例，Ⅱ7例，Ⅲ度11例。

1.2 治疗方法

由于所有髋脱位的患者都有髋关节周围软组织的不同程度挛缩，因此术前应先行下肢牵引，脱位严重的可行骨牵引，时间一般在2~3周。术前应将脱位的股骨头牵至髋臼上缘水平，如果牵引困难，可先行内收肌切断术。牵引有利于术中复位和降低术后股骨头的坏死率。

手术术式主要根据年龄和髋关节病变的程度而定。本组患儿年龄都在6岁以上，髋臼旋转截骨术已不适宜。本组患儿单独采用髋臼加盖成形术治疗8个髋关节，髋臼加盖成形术加股骨粗隆下旋转截骨术治疗13个髋关节。术后应用髋人字石膏固定，时间为6~8周，早期进行髋关节功能练习。

2 结果

根据邸建德[1]评定方法，术后髋关节的优良率为90%。一例7岁患儿为双侧髋关节Ⅲ度脱位，一侧行髋臼加盖成行术加股骨粗隆下旋转截骨术，术后髋关节功能优，无股骨头坏死。而另一侧仅行髋臼加盖成行术未行股骨截骨术，术后2周股骨头半脱位，在透视下行复位，克氏针固定，一年后股骨头坏死，髋关节功能中度障碍。

[收稿日期] 2006-12-25 [修回日期] 2007-02-28

3 讨论

3.1 较大儿童手术术式的选择

髋臼加盖成行术在治疗大龄儿童发育性髋关节脱位应用最广泛，效果较好[2-3]。它适合于髋臼角>45度，而无法用Salter截骨术解决髋臼角的大龄患儿，尤其对于股骨头大，变形而髋臼上方骨质缺损凹陷的患儿更为适用。它可以有效的加深髋臼，增加对股骨头的包容和覆盖。它是一种适应症较宽，疗效较好的术式，是治疗学龄儿童患者的首选术式。本组21个髋关节中有19髋采用此术式，取得了较好的效果。在采用上述方法处理髋关节的同时，如果前倾角>45度，颈干角>160度，股骨头脱位较高或术前骨牵引股骨头不下降者，应行股骨粗隆下旋转截骨术，它可使复位的髋关节更稳定，同时降低股骨头复入髋臼时所承受的压力，降低股骨头缺血坏死的发生率。本组一例因未截骨致术后发生再脱位和股骨头坏死。

3.2 术中注意事项

术中松解应彻底，主要是内收肌，髂腰肌及臀中小肌挛缩问题。内收肌及髂腰肌可切断，臀中小肌可起点下移，粘连变形的关节囊要分离至髋臼边缘，多余的应切除。应彻底清除髋臼内的纤维脂肪组织，清除防碍复位的圆韧带和髋臼横韧带，以利于股骨头复位。髋臼加盖成形时下翻骨块的位置应准确，骨块翻转大小，方向要足够，嵌入骨块要牢固，必要时可行克氏针固定。

3.3 术后功能锻炼

术后护理对髋关节功能的恢复有很重要的作用，石膏固定期注意皮肤护理。石膏固定一般在6~8周左右，不能超过8周，6周去除石膏后应在床上进行髋关节主动、被动功能练习。应坚持早期、渐进、主动与被动相结合的原则。

[参考文献]

[1] 邸建得，朱玉奎，王桂兰，等. 儿童先天性髋脱位403例临床治疗总结[J]. 中华骨科杂志，1981，1(1)：20-21.
[2] 孙舟舟，唐成林，赵宝林，等. 小儿先天性髋脱位近年来应用术式的演变及其评估[J]. 中国矫形外科杂志，1996，3(2)：116-117.
[3] 刘卫东，张立军，吉士俊，等. 大龄儿童先天性髋关节脱位的四种术式疗效分析[J]. 中华小儿外科杂志，1996，17(6)：341-343.

（编辑：朱志立）