维普资讯 http://www.cqvip.com

302-303

文章编号：0253-3626(2000)03-0302-02

R684.706
R682.17

先天性髋关节脱位闭合复位后表现的髋臼发育不良

张德文，刘正全，刘传康，李　明，唐盛平
（重庆医科大学儿科学院骨科 400014）

摘　要：目的　探讨先天性髋关节脱位伴髋臼发育不良的治疗效果。**方法**　本院1970～1990年间，闭合复位治疗小儿先天性髋关节脱位469例，成功421例。经过1～15年平均9年的随访，发现33例髋臼发育不良。**结果**　33例均作了及时补救手术治疗，获得满意效果。**结论**　先天性髋关节脱位患儿治疗后需长期定时随访，至少要随访至小儿骨骼发育成熟期，一旦发现髋臼发育不良，需及时处理。

关键词：先髋脱位；髋臼发育不良
中国图书分类法分类号：R 682.17　　**文献标识码：**A　　**收稿日期：**1999-10-08

Congenital dislocation of the hip with displasia of acetabulum

ZHANG De-wen, et al
Department of Orthopediatric Surgery, College of Padiatrics

Abstract: Objective　To evaluate the curative effect of congenital dislocation of the hip (CDH) with displasia of acetabulum (DA). **Methods**　During 1970 to 1990, 469 children with CDH were treated by close reduction in our hospital, as a result, 421 children's reduction were successful at that time. However, 33 children were proved to be DA after average nine-year follow-up (range 1～15 years). **Results**　All the 33 children were treated by remedial operation in time, and the results were satisfactory. **Conclusion**　The children with CDH should be followed up after successful reduction to skeleton maturity at least. Once DA were found, steps should be taken in time to rectify it.

Key Words: Congenital disloation of hip; Displasia of acetabulum

我院从1970～1990年间采用闭合复位治疗1月～3岁小儿先天性髋关节脱位共计469例，成功421例，未成功的48例则施行手术复位治疗。成功的421例经过长时的定期随访复查，发现17例早发髋臼发育不良和16例后期出现髋臼发育不良，共计33例，现作一介绍。

1　临床资料

髋臼发育不良的诊断标准：5岁以下、髋臼指数>25°或5岁以上、髋臼指数>20°者。5岁以前髋臼发育不良称为早发，5岁以后出现者称为晚发。本组1970～1990年间，闭合复位成功的421例患儿，经过1～15年平均9年的随访，发现33例，其中女29例，男4例；早发17例；晚期16例。闭合复位治疗时年龄1月～2岁；出现髋臼发育不良时间，闭合复位成功后1～15年；33例中年龄最小3岁，最大17岁。其中有3例在闭合复位成功后的10年间，定期复查X片均未见异常，但分别在11年、12年和15年后，即小儿青春期时自觉髋部不适，尤其是较长时间活动后觉髋部酸痛，经检查摄片证实为髋臼发育不良。

2　治疗处理及结果

早发髋臼不良病儿需密切观察，7例早发髋臼不良者中6例到5岁时恢复正常。5岁以上髋臼发育不良病儿一经发现均行髋臼成形术，共计26例，30髋，手术者均获得5至10年的随访，25例步态正常，髋关节功能正常，X线显示髋关节发育好，行走活动后无不适感，能正常学习和工作。1例有轻度跛行，但无疼痛、髋关节功能正常、X线片显示髋关节发育好，但颈干角达135°。

3　讨　论

3.1　婴幼儿先天性髋关节脱位，绝大部分均可采用手法闭合复位治疗获得成功。为了提高复位成功率，减少并发症，我们常规采用所谓先天性髋关节脱位闭合复位的三部曲：①术前行2～3周患肢牵引；②良好的麻醉下轻柔的施行手法复位；③若发现内收肌紧张、常规作松解处理，个别甚至作髂腰肌松解。但成功的病例必须作长期定期随访，国外文献报道以及本组病例均证实在成功的病例中，有个别病儿可出现股骨头与髋臼发育不同步，即股骨头发育良好，而髋臼相对发育不良，股骨头复盖不满意。

3.2　从本病的病因来看[1]，髋关节发育异常与髋脱位的关系

作者介绍：张德文（1946-　），男，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

成为长期争论的焦点。早在100多年前Von Ammon提出发育异常的过程是股骨头的异位，这种概念并未得到证实。同胚胎学所示，股骨头与髋臼是由同一细胞团演变而来。因此，有人认为髋关节发育异常是脱位的结果而不是病因。1937年Faben提出髋脱位本身不遗传，而髋臼的畸形是最容易遗传，并可以导致脱位。原发性髋臼发育异常新的理论诞生，大大提高了人们对本病的认识。1942年Hart进一步指出该病是一个显性遗传，是由于环境和生物力学因素影响所引起的。我们的临床病例随访发现"髋臼发育不良"问题，亦客观地被该理论所应证。

3.3 先天性髋关节脱位患儿的髋臼发育不良大多数呈浅斜细小。一旦股骨头复位后就能得到迅速改善，究竟这种发育能力至什么年龄为止，目前意见仍有分歧。Salter[2]认为：1岁半以后即很难满意发育，而Harris[3]等认为5岁以前股骨头已复位的髋臼到8岁前都能获得良好的发育。同时有人[4]发现，2岁以下患儿髋臼发育于复位后6个月髋臼指数明显下降，以后逐渐减慢。

我们[5]随访中对闭合复位后按不同年龄测量其髋臼指数，发现复位1年内髋臼有较明显的加深，髋臼指数降低，5年后已正常。我们对早发的17例髋臼发育不良病儿，经定期随访复查，有7例在5岁前髋臼已恢复正常。

3.4 髋臼发育不良的处理 小儿髋臼有较强的发育能力，一旦发现髋臼发育不良，而患儿年龄在5岁以下，可定期复查随访，不必过早行髋臼成形手术，有部分患儿可自行恢复正常（本组有6例）。但患儿5岁以后，髋臼已很难满意发育，所以5岁以上髋臼仍未发育正常的患儿，以及5岁以后才发生的髋臼发育不良的患儿，应尽早施行手术治疗，以改善股骨头与髋臼的相互关系，使髋关节正常发育。

本组26例5岁以上髋臼发育不良病儿，1例至18岁因患慢性传染病未行手术治疗，其余25例均行Chiari骨盆切骨内移矫形术，手术均在关节囊外进行，术后单髋人字石膏固定4周即去除石膏行皮肤牵引，鼓励早期患髋功能锻炼，从而保证了术后髋关节功能的最大限度的恢复。

所以，我们认为，对于先天性髋关节脱位行闭合复位成功的病儿，有并发髋臼发育不良的可能，有的甚至年长后才出现。因此必须长期定期随访复查，至少要随访到小儿骨发育成熟期为止。同时，为了改善髋关节股骨头与髋臼关系，预防骨性关节炎的早期发生，我们建议，对于5岁以上髋臼发育不良者，均应尽早作相应的髋臼成形手术治疗。我院采用Chiari骨盆截骨内移手术治疗髋臼发育不良，取得了较满意的效果，值得推荐。

参 考 文 献

[1] 吉士俊，周永德．先天性髋脱位临床与研究[M]．第一版，沈阳出版社，1994:17.

[2] Salter R B. Innominate osteotomy in the treatment of congenital clislocation and subuxation of the hip[J]. Bone Joint Surg. 1961;43:518.

[3] Harris N H, et al. Acetabular development in cingenital dislocation of the hip. [J] Bone Joint Surg. 1975;57:46.

[4] 刘利君，等．先天性髋关节脱位闭合复位551例报告[J]．中华小儿外科杂志，1994; 6:352.

[5] 张德文，等．先天性髋关节脱位非手术治疗421例分析[J]．四川医学，1996;(3):170.

(上接第301页)

的早期诊断率，从而提高手术切除率与生存率。

对上述检查方法的测定结果应结合临床进行全面分析，必要时多次行超声波检查或(和)腹部CT、MRI检查，以明确诊断。本组有2例病人经过连续3次B超检查得以确诊为胰腺体尾部癌。另外对于临床上有胰腺癌典型的腹痛病人而反复B超、CT检查均无阳性发现者，采用剖腹探查手术对早期诊断有着极其重要价值。

老年人胰腺体尾部癌常缺乏早期症状，加之有多种并存疾病而掩盖其病情，不易被早期发现。本组资料中有3例病人以其他疾病为主要表现就诊而尚无胰腺体尾部癌的局部症状和体征，偶然行包括胰腺在内的B超检查而确诊。其中2例术中发现已有肝转移、局部淋巴结转移。因此对于老年人定期行包括胰腺在内的B型超声波检查在内的健康体检是非常重要的，这样有助于提高老年人胰腺癌特别是胰腺体尾部癌的早期诊断率，从而提高手术切除率与生存率。

参 考 文 献

[1] Parkin DM,Pisani P,Ferlay J. Estimates of the world-wide incidence of eighteen major cancers in 1985[J].Int J Cancer. 1993,54:594.

[2] Jin F,Devesa SS,Zheng W, et al.Cancer incidence trends in urban Shanghai,1872-1989[J].Int J Cancer.1993,53:764.

[3] 任少华，孙忠亮．特殊表现的胰腺癌52例误诊分析[J]．中国实用内科杂志，1995,15(7):433-434.

[4] 沈正荣，王家骅，彭淑牖．胰体尾部癌95例分析[J]．中国实用外科杂志，1994,14(8):483-485.

[5] 周 诚，韦嘉瑚，施发表，等．胰腺癌CT诊断难点的探讨[J]．中华放射学杂志，1993,27(12):846-850.

[6] Nghiem HV,Freeny PC. Radiologic staging of pancreatic adenocarcinoma[J]. Radio Clin North Am,1994,32(1):71-79.