

Salter 截骨治疗发育性髋关节脱位体会

★ 肖锐 (江西省南昌市洪都中医院小儿骨科 南昌 330006)

摘要:目的:探讨 Salter 骨盆截骨术在儿童发育性髋关节脱位治疗中的应用。方法:对 60 例,65 髋行 Salter 骨盆截骨术进行回顾分析,其中 25 例同时行股骨近端短缩旋转截骨术。结果:Salter 骨盆截骨术优良率 84.4%。结论:Salter 骨盆截骨术为早期手术治疗儿童发育性髋关节脱位的理想术式。

关键词:髋关节;发育性脱位;骨盆截骨术

中图分类号:R 684.7 **文献标识码:**A

发育性髋关节脱位是小儿骨科中的常见病,本病既往一直被称为先天性髋关节脱位(CDH),目前认为应称为发育性髋关节脱位(developmental dislocation of the hip DDH)。自从 1961 年 Salter^[1]发明髋截骨式治疗发育性髋关节脱位后,此术式在国际上广泛流行,我们于 2000 年 1 月~2005 年 9 月采用 Salter 截骨式,对部分病例加股骨旋转截骨术治疗发育性髋脱位共 60 例,取得优良效果,现报告如下。

1 临床资料

本院自 2000 年 1 月以来运用 Salter 截骨术治疗发育性髋关节脱位病例 60 例,其中男 25 髋,女 40 髋;左侧 32 例,右侧 23 例,双侧 5 例。同时行股骨近端短缩旋转截骨术 25 例,年龄为 1.5~9 岁,平均 4 岁。

2 治疗方法

2.1 术前处理 小于 3 岁视病情行皮牵引或不牵

引,3 岁以上患儿,术前患侧行股骨髁上骨牵引,牵引重量为体重的 1/10~1/7,牵引时间一般 1~2 周,拍 X 线显示股骨头头上缘下降至髋臼上缘水平以下为佳。

2.2 手术方法 采用 Smith-Peterson 常规切口。术中分离髂腰肌,近小转子处切断髂腰肌,暴露关节囊的内、下方及耻骨体与髌骨体交界内侧缘的髌耻隆起处。分离关节囊和外展肌的间隙,暴露出关节囊前方和外侧。游离与关节囊粘连的肌肉、韧带、脂肪组织后,T 形或 L 形切开发节囊,打开关节囊时,要注意对内、下方关节囊的保留。彻底清除髋臼内填充的脂肪组织、纤维结缔组织及残存的圆韧带。髋臼切迹处切断髓臼横韧带。要注意保护髋臼内关节软骨,尽量避免用锐器进行刮、挖,以免引起术后髋关节粘连,影响关节功能。骨膜下剥离髌骨内、外

胞宫之征象也。治以温经化瘀,和调冲任。予温经汤合活络效灵丹损益。药用:吴茱萸 3 g,炮姜 6 g,艾叶 10 g,当归 15 g,川芎 10 g,丹参 15 g,制乳香 10 g,制没药 10 g,泽兰 15 g,失笑散 12 g(包)。上方增删达 15 剂后,月事来潮,但量少色紫,继服 10 剂后腹痛已释,周期如常。

按:本例为寒客血瘀之经闭。以活络效灵丹化瘀通络,温经药物温散寒邪,共奏温经化瘀,和调冲任之效,故获效卓著。

2 体会

活络效灵丹对上述所举的四种病证,随证加味治疗,均获得了比较满意的疗效,而该方所治之病证甚广,可应用于多科瘀血证。诚如张氏尝谓:“自拟得此方数年以来,治愈心腹疼痛不可胜计。”余证之

临床,信不诬也。这也充分体现了中医学“异病同治”的治疗法则。方中当归、丹参、乳香、没药皆“善入血分,通经络”,共奏活血养血,通经舒络,利气止痛,散积除癥,排毒生肌,祛瘀生新之功效。临床服用之,无破血伤正之流弊。

其药物的剂量,应根据疾病之新久、体质之强弱、病情之轻重而增减,不宜刻板照搬。方中乳香、没药二味药,张氏最善生用,尝云:“若炒用之,则其流量之力顿减。”临证时如若生用,且按方中剂量,则可引起恶心、呕吐等副作用,可能是树脂类药物含挥发油的缘故。故笔者常制用,如若生用,每味药量 6 g 左右为宜。

(收稿日期:2006-12-26)

板,暴露坐骨切迹,以线锯经坐骨切迹与髂前上、下棘之间垂直截骨。截骨下端骨块向外、向下和向前旋转满意后,截骨间隙插入楔形自体全厚髂骨块或冻干同种异体骨块,并予两枚克氏针固定。股骨头进入真性髋臼达中心复位后,修剪多余的关节囊,予以紧缩缝合。术中若需行股骨近端短缩旋转截骨时,取股骨外侧入路,经股外侧肌暴露股骨近端进行操作。于股骨近端截断股骨,矫正股骨颈前倾角至 $10 \sim 15^\circ$ 左右,短缩 $1 \sim 3$ cm,截骨处予钢板固定。术后行髋人字石膏固定两月,拆除石膏后改用双下肢皮牵引1个月,其间鼓励患者在床上活动髋膝关节,3个月后下地活动,6个月后可拆除截骨用钢板、螺丝钉。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 按吉士俊等^[2]发育性髋关节脱位疗效评价标准进行评定:26~30分为优,21~25分为良,16~20分为可,<15分为差。

3.2 治疗结果 随访时间8~24个月,平均15个月,随访结果为:Salter 骨盆截骨术优良率89.2%,术前髋臼角平均为 46° ,前倾角平均为 54° ,随访时髋臼角平均为 18° ,前进角平均为 28° ;随访期间,再脱位2髋,僵硬3髋,股骨头坏死2髋。

4 讨论

Salter 骨盆截骨术能保留股骨头与髋臼的完整性,增加股骨头覆盖率及复位后的稳定性。Salter 骨盆截骨术本身对髋臼有生物刺激作用,可促进髋臼的发育,成功的 Salter 手术可以恢复股骨头同髋臼的同心圆结构,即股骨头达到中心复位,减轻复位后股骨头压力,改变髋关节应力集中的状态,从而减少了股骨头坏死及术后再脱位等常见并发症的发生。但 Salter 截骨术要求高,技术难度大。以下为我们的体会。

(1)选择好适应证。我们认为适应证为:年龄 $1.5 \sim 6$ 岁,最大不超过8岁,年龄太大,骨盆旋转困难,年龄太小,可能将能保守治疗的患儿进行手术,增加了患儿的经济困难及手术创伤。宜选择头复位后头臼比例基本对称,髋臼指数大于 25° ,需要纠正的髋臼指数小于 15° 的患者,Salter 骨盆截骨旋转髋臼的度数是有限的,截骨间隙向前下张开的角度不应超过 30° ,否则会导致肢体延长,影响耻骨联合的稳定性,增加股骨头的压力,增加股骨头坏死机率。

(2)预防再次脱位。前倾角的大小是影响术后再脱位的一个重要因素,发育性髋关节脱位截骨手术中股骨颈的前倾角大于 45° 者应纠正到 $10 \sim$

25° ^[3],前倾角纠正过多可至髋关节后脱位,而前倾角纠正不够则易导致前脱位。关节囊切除范围要适当,不能切除太少,以防紧缩不够导致关节术后仍处在过度松弛状态,从而导致术后股骨头脱位发生,也不能切除太多,以防修补困难,同时手术松解关节囊的粘连要彻底,这样可以保证股骨头能真正整复至真性髋臼。术中关节囊宜紧缩缝合和术后适度外展、内旋位。

(3)防止股骨头缺血坏死。股骨头持续过高压力是引起股骨头缺血坏死主要原因。对股骨头脱位较高的患者术前应行骨牵引牵至髋臼水平,术前未行骨牵引者,复位困难或复位后感觉压力较高,或高度脱位均应行股骨转子下短缩截骨术,以充分减轻对股骨头的机械性压力,可明显减少股骨头坏死的发生率。术中软组织充分松解,尽量缓解软组织挛缩所致的机械性压力;注意保护旋股内外侧血管,保留股骨头的主要血运来源;术后行髋关节外展内旋石膏固定,避免早期负重。

(4)术前充分牵引,术中彻底止血,减少组织损伤可降低术后瘢痕的形成,利于关节的血液供应,最大限度保留关节软骨,适度紧缩关节囊是保证关节功能的关键。适当床上早期功能锻炼,晚负重,促进功能恢复,可减少关节僵硬的发生。髋关节活动功能障碍主要原因是术中损伤大、出血多、广泛粘连,术中破坏髋臼、股骨头软骨,长时间髋关节固定^[4]。

(5)Salter 法治疗先天性髋关节脱位时为更好地改善髋臼指数,应保证旋转的轴心在耻骨联合部。充分地向外、向下、向前旋转是这一手术的重要步骤。而且注意防止下折部的内移,使下折部充分外移增加股骨头外侧的覆盖也是重要的^[5]。还要注意确实而牢固地固定植骨块,防止脱落和旋转时对上折部少加或不加外力等问题。

参考文献

- [1] Salter RB. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip [J]. J Bone Joint Surg, 1961, 43B: 518
- [2] 吉士俊,周永德,刘卫东,等. 骨盆截骨术后远期髋臼变化[J]. 中华小儿外科杂志, 1991, 12(2): 101~103
- [3] 刘复奇,郑志永,薛远亮,等. 发育性髋关节脱位手术截骨中股骨颈前倾角的选择[J]. 山东医药, 2006, 46(20): 44~45
- [4] 肖善文,秦泗河. 先天性髋关节脱位手术后并发症及预防[J]. 中国矫形外科杂志, 2003, 11(6): 412~413
- [5] 金明熙,屠冠军,谢林,等. Salter 截骨术治疗先天性髋关节脱位术后髋臼指数改善不良原因的探讨[J]. 中国医科大学学报 1999, 6(3): 229

(收稿日期:2006-11-27)