

Salter 髂骨截骨术治疗先天性髋关节脱位 15 例

★ 温煦 陈庆真 高辉 姬广林 (赣南医学院第一附属医院骨科 赣州 341000)

关键词: Salter; 截骨术; 先天性; 髋关节脱位

中图分类号: R 274.22 **文献标识码:** B

笔者采用 Salter 截骨术治疗先天性髋关节脱位 15 例 17 个髋关节,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 自 1994 年 7 月~2007 年 8 月笔者采用 Salter 截骨术治疗先天性髋关节脱位 15 例 17 个髋关节,其中男 3 例,女 12 例;年龄 3~10 岁,平均 6.7 岁;左侧 8 例,右侧 5 例,双侧 2 例;单侧患病者均有跛行,双侧患病者为摇摆步态或鸭步。体重:所有患儿均肢体短缩 1.5~4.5 cm,平均为 2.3 cm,患髋关节外展受限,内收肌紧张,Trendelenburg 征和 Allis 征均为阳性。X 线片示:患侧髋臼浅、小,髋臼指数 30~45°,平均 37.3°;股骨头位 Perkin 氏方格外上象限,Shenton 氏线不连续。

1.2 术前处理 术前常规行患侧肢体皮肤牵引 2~3 周,对于内收肌挛缩严重者行胫骨结节牵引,必要时可切断内收肌,牵引应尽可能使脱位股骨头下降至髋臼上缘水平或“Y”线以下,以充分松解髋关节周围挛缩的肌肉。

1.3 手术方法 采用 Salter 髂骨截骨术式,取髋关节前侧切口(Smith-Petersen 切口),自髂嵴中点向前下方至髂前上棘,在缝匠肌与阔筋膜张肌之间向下延伸,至于大腿前方近端 5~7 cm。显露髂骨后,剥离内外侧面骨膜,直至坐骨大切迹,通过坐骨大切迹用线锯行髂骨截骨,截骨完成后,将截骨远端以耻骨联合为轴心,向前、下、外方向旋转,用取好的全厚楔形髂骨植入断端,再用两根克氏针固定。重叠缝合关节囊,检查髋关节复位是否稳定并摄 X 线片加以证实。

1.4 术后处理 术后用单侧髋人字石膏固定,2~3 周后 X 线片复查植骨块有无塌陷,截骨后的位置如何以及克氏针是否移动,6~8 周后拆除石膏床上行肌力和髋膝关节的功能锻炼,截骨完全愈合后开始

负重及下地行功能锻炼,半年后拔除克氏针。

2 结果

本组 15 例术后随访 1~9 年,平均随访时间 5.7 年,参照文献[1]疗效评定标准进行评定:26~30 分为优,21~25 分为良,16~20 分为可,11~15 分为差。本组病例平均 27.34 分,优良率为 88.2%,其中优良 15 髋,可 1 髋,差 1 髋。术后摄 X 线片:髋臼指数 8~28°,平均 17°,3 个月时截骨处及植骨块骨性愈合。

3 讨论

3.1 手术中的处理关键点 笔者体会 Salter 髂骨截骨术治疗先天性髋关节脱位时,为避免效果欠佳,手术中以下几个关键点值得注意:(1)术中手术视野必须显充分露,坐骨大切迹宜行骨膜下剥离,截骨时注意不要损伤臀上动脉及坐骨神经;(2)髋关节复位时不可将“假臼”误为髋臼;(3)关节囊要紧缝合,以防止术后发生髋关节再脱位;(4)髂骨截骨的后方不能张开,必须以耻骨联合为轴心,向前、下、外方向旋转,不可向后向内旋转;(5)双侧髋关节病变都需要行手术治疗时,采用分期手术,不宜双侧同时行手术治疗。

3.2 围手术期的处理 合理的围手术期处理关系到手术的疗效,围手术期应做到:(1)术前必须充分牵引,充分的牵引可使髋关节周围挛缩的软组织得到松弛,便于术中复位,必要时切断内收肌;(2)术后髋人字石膏固定 6~8 周,不可过早的负重下地,应防止患肢过度内旋,避免髋关节后脱位或因头臼压力增大引发股骨头缺血性坏死。

参考文献

- [1] 周永鼻,吉士俊.先天性髋关节脱位疗效评定标准及说明[S].中华骨科杂志,1994,14(1):551.

(收稿日期:2008-09-12)