

先天性髋内翻 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E5_85_88_E5_A4_A9_E6_80_A7_E9_c22_304404.htm 名称先天性髋内翻所属科室骨科病理 股骨颈的颈干角是由股骨颈与股骨干两者的轴线构成。儿童的颈干角一般为 $135 \sim 145\text{deg}$ 。如颈干角 deg ，称之为髋内翻。先天性髋内翻的股骨头内侧与股骨颈交界处见三角形骨缺损区或称骨发育不全区，三角形骨块尖端与横过股骨颈的骨质疏松带相连，病理检查为骨化延迟的软骨组织。其位置正在股骨颈的主要负重力线径路上，这样就减少了股骨颈承受力量的能力，而骺线则在近端。随年龄、体重的不断增加，患儿站立行走负重，加重了股骨颈的弯曲，导致股骨头骺向内倾斜，这样引起了不利于该股骨颈疏松部软骨组织的剪应力和弯应力，这些应力随股骨颈弯形而加大。髋内翻严重，颈干角进行性减小，甚至达到锐角的程度，股骨颈骨质疏松带增宽、大粗隆上移与髌骨相邻为止，最后髋内翻畸形呈一种手杖样的外形。临床表现患儿在开始行走之前一般无症状，行走后出现臀中肌松弛的跛行。如为双侧病变，步态呈鸭步，大转子向外上突出，股骨颈弯曲内翻形成了肢体的短缩。由于臀中小肌松弛，屈氏（Trendelenburg）征阳性，患髋外展、内收、旋转受限。本病与儿童期继发性骨骺滑脱、股骨头缺血性坏死、股骨颈骨髓炎、多发性骨软骨发育不良、股骨颈骨折等病因引起的髋内翻有所不同，但均有跛行步态，应与先天性髋脱位鉴别。本病由于股骨头位于髋臼之内，望远镜试验阴性，而后期髋关节功能受限显著，且发病率较低（图4）。图4 先天性髋内翻畸形1. 骺板近侧有一透明带，骺板与干骺端下方形成一三

角形骨块2.骨骺闭合成形成手杖畸形X表现为：颈干角减小、股骨颈内侧与股骨头接壤处可见一个三角形骨块，该三角骨块密度减低，呈倒V形，为一骨质发育不良区，其边缘与四周骨质有明显的界限，内侧界为股骨头的骺线，外侧界为X线透亮增加的发育异常区域，随着年龄的增长，体重增加，局部薄弱的透亮带更加增宽与变直，髋内翻愈加严重。晚期病例的股骨头变得扭曲呈椭圆形，髋臼变浅，颈干角可达90deg.左右，髋内翻大于25prime.线（Hilgenreine线）股骨上方干骺商骺板线的夹角（Hilgenreiner epiphyseal angle）治疗先天性髋内翻患者在股骨头与股骨颈干之间存在着非生理性的剪应力与变应力，治疗原则是应在儿童成长期减少弯曲应力使至达到正常或接近正常，变股骨头与颈之间剪应力为生理性的压应力。对于轻度髋内翻可采用非手术治疗，而颈干角小于100deg.，将股骨近端的截骨面内的松质骨凿出一骨槽，外展大腿，将股骨截骨远端斜行尖端插入近端股骨粗隆的槽内。如不易插入，可将股骨干截骨远端上段斜面的两侧皮质骨边缘修理更加尖锐，修整后的尖端即能完全插入槽内。股骨干外展角度视术前髋内翻程度决定，并用两枚螺丝钉穿入股骨上端与小转子内侧皮质骨作固定。术后皮肤牵引，6~8周去除牵引，床上活动。待X线片证实愈合后，下地行走负重（图1）。图1 股骨粗隆下斜行截骨术（二）股骨粗隆楔形外展截骨术 此法仰位及手术入路同上述。在粗隆下股骨干作一楔形骨块，术前先测量出楔形骨块的角度，即髋内翻度数 楔形骨块度数等于或稍大于正常颈干角度。截除楔形骨块后，患肢外展，对合截骨面，将四孔钢板按大粗隆及股骨干接合处角度顺势弯曲妥巾，置于其外侧，用螺丝钉固定。术

后用髌人字形石膏固定，骨愈合后拆除石膏，开始下地行走（图2）。图2 股骨粗隆下楔形外展截骨术（三）股骨粗隆间倒V形插改角截骨法 仰卧位，患髌抬高，内收肌切断，在股骨外侧大粗隆处倒V形钻孔，股骨内侧小粗隆下作横形钻孔，骨凿连接骨孔截骨。刮匙除去粗隆近端松质量，固定骨盆，充分外展患肢，使远段倒V型骨尖端嵌插入预先凿好的股骨粗隆近端骨槽内。用半髌人字形石膏固定。由于切断内收肌，外展充分，术后复发少。（图3）。图3 倒V形插改角截骨法以上股骨粗隆部的外展截骨时应注重下列几点。对于髌内翻尚大于 100° 的患儿密切随访，假如髌内翻有进展应早期手术治疗，手术越迟，功能恢复越差。截骨后应充分外展髌部，因为髌内翻主要由髌板发育异常引起，多数为进行性，假如手术矫形不能消除其不利的力学因素，术后仍有不同程度的复发，故手术时矫枉要过正，防止髌内翻复发。手术时应避免损伤股骨近端骨骺，否则会引起骨骺早期融合；在股骨颈的病变区不能植骨，因为植骨不但不能促进骨化，反而使畸形加重。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com