

先天性髋脱位 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_304467.htm 名称先天性髋脱位所属科室骨科病理先天性髋关节脱位的病理变化包括骨质变化及四周软组织改变两部分：（一）骨质变化 髋关节发育不良是根本的变化，这种变化包括髋臼、骨盆、股骨头、股骨颈，严重者还可影响到脊柱。

1.髋臼 先天性髋关节脱位者出生时尚属正常，而有髋臼外上缘外有切迹，随着生长发育髋臼逐步变狭而浅，呈三角形。髋臼唇孟增厚，由于股骨头的不断挤压可造成内翻或外翻，髋臼后上方由于股骨头的挤压形成假臼，髋臼前缘内上方往往可见一缺损。髋臼由于没有股骨头的造模作用而发育不良，髋臼逐渐变小，变浅，臼底布满脂肪纤维组织，圆韧带经过不断牵拉往往增厚肥大充塞于髋臼中。

2.股骨头 新生儿的股骨头为畸形，表面有光滑的软骨面，而后由于脱位于髋臼外，股骨头的外形可逐步改变，头可变大或变小，呈尖锥形或蕈形，股骨头受压处往往出现部分股骨头扁平。股骨头骨骺出现迟缓。有时应用强大暴力手术复位，由于髋臼与股骨头不相适应，对股骨头的压力过大，可造成股骨头无菌性坏死。

3.股骨颈 由于髋关节脱位，股骨颈一般变短而粗，是肢体缩短的一个原因。股骨颈前倾角变大，据Caffey报道正常新生儿前倾角为 $25^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 。 90° 弹响声 90° 有缩短现象。

（二）股骨头不能摸到 屈髋屈膝各 $90^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，医师面向小孩臀部将两手抓住两膝同时外展，正常情况两膝可以放平而触及桌面。但髋脱位中一侧不能到达 $90^{\circ} \sim 70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ，称为Otolani跳动声，是诊断上一个重要依据。检查中有时髋臼内外的弹响声，彩

关节的半月板跳动声必须分清，不能相互混淆（图2、3）。
图2 外展试验 固定骨盆 外展患肢图3 Ortolani试验（五）
关节松动试验 检查关节松动的先决条件是股骨头四周软组织很松，肌肉不紧张，股骨头可以上下移动，进入以及退出髋臼。这类试验包括下列三种方法：1. 妥马试验（Thomas）在新生儿中将健腿屈至腹壁上使腰部前凸消失，将患侧腿伸直时可以完全呈一直线。正常婴儿伸直时仍有30deg. 屈膝90prime.=Y线Hilgenreiner线；EP、Eprime.=Perkin线；虚线=Shenton线（健侧相连续）（二）髋臼指数 自Y形软骨中心至髋臼边缘作连线，此线与Hilgenreiner线间夹角称髋臼指数，此角说明髋臼之斜度亦是髋臼发育程度（图6）。出生时髋臼指数为25.8 ~ 29.4deg. ~ 23.4deg.以内。多数学者认为超过25deg.则有明显脱位趋向。近年来对于正常新生儿的髋臼指数发现高达35 ~ 40deg.并内旋，摄包括双侧股骨上端至骨盆正位片。作双侧股骨中轴线，并向近侧延长即Von Rosen线。正常时此线通过髋臼外上角；脱位时通过髌前上棘。在股骨头骨化中心未出现前，对诊断有一定参考价值（图7）。图7 Von Rosen线左侧正常：股骨干轴线经过髋臼外上缘右侧脱位：股骨干轴线经过髌前上棘（五）兴登（Shenton）线 正常骨盆X线中耻骨下缘之弧形线与股骨颈内侧之弧形可以连成一条完整的弧度称做兴登氏线。凡有髋脱位，半脱位病例中，此线完整性消失。此线在任何脱位中都消失，因此不能区别炎症、外伤、先天性等情况。但是仍不失为最简单的诊断方法这一。（六）股骨颈前侧角摄片 偶然需要X光摄片进一步明确前倾角的情况，最简单的方法是患儿平卧，髋部向上作骨盆正位摄片。同样，将大腿完全内旋再作骨盆正位摄片，

将两片比较可以看出完全内旋时股骨颈全长出现，股骨头清楚，髌骨向上时股骨头与大小粗隆重叠，可以估计前倾角的存在。（七）关节造影 一般情况下很少有必要进行关节造影来明确诊断，但是在某些情况下需要明确盘状软骨、关节囊狭窄、复位失败原因时，造影术偶有必要。在全身麻醉下，髌关节进行皮肤消毒无菌操作，在关节前作穿刺注射1~3ml35%碘油造影剂（diodone diodast）。在透视下可以发现髌臼外缘有无障碍，髌臼外缘的软骨情况以及关节囊有无狭窄，必要时手法复位后可以再次造影明确股骨头是否完全进入髌臼，盘状软骨的复位与变形。由于操作复杂，造影充盈不足，读片困难，近年来较少有人应用造影诊断。（八）中心边缘角（CE角）随访病例时常需测定股骨头进入髌臼的程度，伟氏（Wibeng）取股骨头中心为一点，髌臼外缘为一点，连此两点成一直线。髌臼外缘作垂直线向下，两线成钝角于髌臼外缘称边缘中心角。此角正常范围为20~46deg.；15~19deg.，甚至负角，表示股骨头外移，为脱位或半脱位（图8）。图8 边缘中心角测量法E=髌臼外上缘C=股骨头中心点（即髌线中心点）在有条件时可应用CT或MRI检查便可明确诊断。并发症先天性髌关节脱位，治疗后出现的发症大多与手法粗暴、牵引不够，手术指征未把握，未弄清阻碍复位因素和固定不当等原因所致。多数可以避免。常见发症有：（一）再脱位 常因阻碍复位因素未消除。X线出现假象，换石膏时不小心，前倾角过大或髌臼发育不良，因而即使复位后，还是较易再脱位。（二）股骨头缺血性坏死 这类发症主要是由于手法粗暴或手术创伤过大，损伤了股骨头的血供；固定时强力极度外展；复位前牵引不够或内收肌、髂腰肌未松

解，复位后股骨头受压过度及还有一些原因不明。（三）髋关节骨性关节炎是晚期的发症，一般在年龄较大患儿手术后，待到成年后往往较难避免有些类发症出现。（四）股骨头骨骺分离，股骨上段骨折，坐骨神经损伤等，这些均为牵引不足，复位时使用暴力或麻醉太浅等原因引起，一般均可避免。治疗对先天性髋关节脱位的治疗应强调早期诊断，婴儿期的治疗效果最佳，年龄越大效果越差，一般认为2~3岁后治疗，即使非常成功。于35岁以后，都将发生髋关节痛，因此大多数学者强调要对新生儿进行普查，以便早期诊断与治疗是获得痊愈的重要措施。畸胎性脱位，目前尚无良好的治疗方法，一般需作切开复位，但效果不好。典型性先天性髋脱位，若能早期正确治疗，在正常功能刺激下，发展成正常髋关节可能性很大。在3岁以内治疗者，有很高治愈率，随着年龄的增长，股骨头和髋臼的骨性成份增加，可塑性减少，病理变化加重，虽经正确治疗，功能难于达到正常。治疗方法有闭合复位 支架，闭合复位 蛙式石膏；闭合复位 旋转截骨 纠正前倾角；切开复位，并根据不同情况附加髋臼再造和各种截骨术。具体治疗原则如下：（一）出生至2个月不需牵引和麻醉，可用屈曲双髋至90deg.，外展70deg.，两下肢本身重量的自然位置而达到外展，使其自然复位和维持复位位置，地髋关节的发育和塑形均有利，并有一定的髋关节活动范围。缺点是由于帆布做成，比较硬，肩胸部假如包扎过紧，影响呼吸，过松轻易滑脱，影响治疗。图9 外展尿枕 图10 Begg塑料支架图11 Barlow支架图12 Rosen支架 图13 Pavlik挽具（二）3个月以上，2~3岁以下 这组病例因脱位时间长，髋周的软组织有不同程度的挛缩，因而在复位之前，先作牵引，

一般不超过2周，如有肌肉挛缩比较明显者，必须在复位前作松解，如内收肌切断，髂腰肌延长等，而后经床旁X线片证实，股骨头的位置已与髋臼水平时，在全麻下用手术复位，如复位后，位置满足，则应用蛙式石膏固定。为了适应小儿生长发育需要，每2~3月更换石膏1次，每次均需要X线片以证实股骨头在髋臼内的位置。如发现更换石膏后又脱位者，必须再行复位。每次更换石膏使大腿逐步内收，直到髋臼发育正常后，才能拆除石膏固定。假如复位失败，则应考虑髋臼内有脂肪纤维组织增生，圆韧带肥厚，哑铃状关节囊等情况存在，阻碍股骨头进入髋臼，因而需作切开复位。（三）3岁以上至8岁该组患儿脱位时间长，软组织挛缩更为明显，髋臼发育更差，往往小而浅，而且臼底有大量脂肪纤维组织存在，手法复位极为困难，因而绝大多数需作切开复位。但在切开复位前必须做牵引2~3周，直至股骨头牵引到髋臼平面才能行手术治疗，如不能牵到髋臼平面，则说明软组织挛缩明显，假如这时作切开复位，股骨头缺血性坏死的可能性很大，因而必须先作软组织松解，再作牵引。切开复位后，根据不同情况附加施行其它手术有：1.股骨头加盖手术 一般适用于半脱位患儿，髋臼发育差，股骨头不能完全被盖住。这类手术主要有三种：（1）骨盆截骨术（Salter手术）：手术前必须要有良好的复位，如手法复位有困难，手术时还须行切开复位，而后进行骨盆截骨，手术中必须将下截骨片向前下方拉，以增加股骨头的覆盖面和髋关节的稳定性（图14）。图14 Salter手术（2）骨盆截骨造架术（Chiari手术）：这种手术必须在牵引床上进行，并配有X线监视，定位要正确，关节囊的附着点要辨认清楚，手术中有时会损伤坐骨神经，

手术中的污染机会亦多，因而目前采用这种方法比较少（图15）。图15 Chiari手术（3）关节囊四周截骨术（Pemberton手术）：该手术使髋臼上部向前，外侧折转，增加其覆盖面。在髌骨上取骨片嵌入撬开之截骨处，稳定髋臼之重建。术后石膏固定（图16）。图16 Pemberton手术2.Zahradnick手术先作切开复位，加深髋臼。复位后，由于股骨颈前倾角大，因而下肢在极度内旋位才能得到复位，因而必须在粗隆下作旋转截骨，而后用钢板螺丝钉固定，手术后石膏固定，4~6周后拆除前半石膏，锻炼髋关节屈伸功能，夜间继续固定。X线片检查截骨处愈合，可下床进行功能锻炼。对于8岁以上的儿童，一般行切开复位均有困难，而且并发症多，故一般不作切开复位，而应用一些保守的以稳定髋关节为目的的手术，如髋臼植骨加盖术（图17），股骨口端截骨术（图18）。近年来应用缩短股骨的方法再作切开复位，短期疗效尚可。图17 髋臼植骨加盖术图18 转子下分叉截骨术对于成年的先天性髋脱位，一般较多见于产后妇女，并较多为半脱位，由于长期在不正常髋关节负重情况下，易造成创伤性关节炎，产生髋关节疼痛。对于这类病例，一般采用闭孔神经切断可暂时缓解疼痛，假如已影响髋关节功能者，则可应用人工全髋关节置换手术。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