

2009年临床执业医师：髋关节脱位临床助理执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/647/2021_2022_2009_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_647867.htm

髋关节脱位(dislocation of the hip)青壮年男子多见，占大关节脱位第三位。脱位形式在髋坐线上方为后脱位，在下方为前脱位，股骨头突破臼底入骨盆者为心性脱位，以后脱位最多见。该疾病的病因：该疾病是由于外力作用而造成脱位，脱位分为前、后脱位和中心脱位三种类型，以后脱位最常见。 后脱位：后脱位是由于髋关节在屈曲、内收，受到来自股骨长轴方向的暴力，可使韧带撕裂，股骨头向后突破关节囊而造成后脱位。 中心脱位：若髋关节在屈曲和轻度内收位，同样外力可使髋臼顶部后缘骨折，股骨头向后脱位。如髋关节在中位或轻度外展位，暴力可引起髋臼骨折，股骨头沿骨折处向盆腔方向移位，叫作中心脱位，很少见。 前脱位：如髋关节处于外展位，股骨大粗隆与髋臼上缘相顶撞，以此为支点继续外展，暴力沿股骨头长轴冲击，可发生前脱位，股骨头可停留在闭孔或耻骨嵴处。如在下蹲位，两腿外展，窑洞倒塌时，也可发生前脱位。 临床表现 1.症状 外伤后患髋肿痛，活动受限。后脱位患髋屈曲，内收、内旋、短缩畸形。 前脱位，患髋伸直外展外旋畸形。 中心脱位，患肢短缩畸形，髋活动受限。 2.诊断 有明显外伤史。 患髋肿、痛，活动受限。患髋屈曲内收、内旋畸形，或外展外旋畸形。 X线拍片：可见脱位，或合并髋臼骨折。 3.并发症：髋关节脱位，尤其是先天性髋关节脱位治疗后出现的发症大多与手法粗暴、牵引不够，手术指征未掌握，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。常见并发症有：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。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。髌关节骨性关节炎：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。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。

医技检查

- 1.X线检查：X线平片是诊断髌部脱位、骨折的最基本方法，大部分的髌关节脱位X线片都能正确显示。但是，髌关节结构复杂，前后结构重叠，虽然大多数髌部骨折X线片均能确定骨折的有无，但难以显示骨折的确切程度、确切部位、移位的确切方向以及与关节囊的关系。且股骨头向后半脱位、髌臼后缘骨折、关节内小的骨折碎片、臼顶骨折、髌臼或股骨头小的撕脱骨折等X线平片均易漏诊。
- 2.常规CT：常规CT对大多数的髌关节脱位均能做出正确的诊断，较X线片其优势在于能清楚的显示脱位的方向与程度，更重要的是它能清晰准确地显示髌关节内是否有碎骨片的存在，这一点直接决定着患者的治疗方案与预后。如果嵌入的关节内碎骨片不能及时发现与清除，随着时间的延长，患者股骨头缺血坏死率、创伤性关节炎的发生率明显上升。
- 3.3D-CT：CT的三维重建最大的优点在于立体地显示了关节的表面，图像逼真，并且可以任意角度旋转图像而获得最佳暴露部位。但3D-CT本病也有

不足之处： 在髌关节的三维重建过程中，3D-CT可出现“假骨折”征。 三维重建空间分辨率差，重建过程中容易丢失图像的细节。移位不明显的线样骨折($< 2\text{mm}$)不易显示。

对关节内碎骨片亦可出现漏诊。 来源：www.examda.com 诊断依据 1.有外伤史。 2.髌部疼痛及压痛，功能障碍。后脱位者患肢短缩内收、屈曲、内旋畸形，股骨大粗隆上移，髌骨后可摸到隆起的股骨头；前脱位者下肢变长，外展、外旋畸形，腹股沟处可摸到股骨头；中心脱位者体征不显，或有伤肢短缩，活动障碍。应注意合并盆腔内脏损伤。 3.注意有无神经损伤。 4.X线摄片可明确脱位位置、类型及有无髌臼骨折。 容易误诊的疾病 因髌关节的解剖结构稳定，脱位常需强大外力，因此脱位时多合并其他部位多发损伤，也因此易被漏诊、误诊。尤其多发生在一些复杂伤中，如合并四肢多发骨折，颅脑损伤，或同侧股骨干骨折者，而单纯髌关节脱位漏诊、误诊者虽少有报告。临床上常应与股骨颈骨折相鉴别。

治疗原则 1.新鲜脱位的治疗 后脱位的复位方法： 问号法（Bigelow's法）：在腰麻下，病员仰卧，助手固定骨盆，髌、膝屈曲至 90° ，术者一手握住患肢踝部，另一前臂放在窝处向上牵引，开始先使髌关节屈曲、内收、内旋（使股骨头离开髌骨），然后一面持续牵引，一面将关节外旋、外展、伸直、使股骨头滑入髌臼而复位（助手可协助将股骨头推入髌臼）。因为复位时股部的连续动作呈“？”形，似一问号，故称“问号法”复位，左侧后脱复位时，股部的连续动作如一个正“问号”，反之，右侧后脱位为一反“问号”。

提拉法（Allis法）：患者仰卧，助手的动作和术者的位置同上法，复位时术者先将患侧髌和膝关节屈至 90° ，使髌股韧

带和膝屈肌松弛，然后一手握住小腿向下压，另一前臂套住膝后部向上牵拉，使股骨头向前移位接近关节囊后壁破口，同时向内外旋转股骨干，使股骨头滑入髋臼，助手可同时将股骨头向髋臼推挤复位。复位时常可听到或感到一明显响声。此法比较安全。 复位后的处理：固定：复位后可用单侧髋人字石膏固定4~5周（或平卧用砂袋固定患肢使呈轻度外展内旋位），以后可架拐早期活动，但患侧不能负重，待6~8周后，进行X线检查，显示无股骨头坏死时再负重走路。

手术复位的适应症：手法不能复位，应考虑及时手术复位。髋臼上缘大块骨折，须手术复位并作内固定。 前脱位治疗原则同前，仅手法方向相反，复位后处理亦同。 来源：考试大的美女编辑们 中心脱位宜用骨牵引复位，牵引4~6周。如晚期发生严重的创伤性关节炎，可考虑人工关节置换术或关节融合术。 2.髋关节陈旧性脱位，因髋臼内充满纤维瘢痕，周围软组织挛缩，手法复位不易成功。可根据脱位时间、局部病变和伤员情况，决定处理方法。脱位未超过三个月者，或试行手法复位。先行骨牵引1~2周，将股骨头拉下至髋臼缘，再在麻醉下试行轻缓手法活动髋关节，以松解粘连，获得充分松动后再按新鲜脱位的手法进行整复。但切忌粗暴，以免发生骨折。手法复位不成功或脱位已超过三个月者应手术复位。对关节面破坏严重者，可根据患者职业决定做髋关节融合术或人工关节置换术。 3.近愈标准：复位、固定良好。 4.治愈标准：症状消失，功能完全或基本恢复。 预防该疾病是由于外伤性因素引起，注意生产生活安全，避免受伤是预防本病的关键。另上需注意，髋关节脱位，应及时诊治。因为有少数脱位会合并髋臼骨折，必须有X线摄片确诊

。早期重定容易，效果也较好。陈旧者，多数要手术重定，效果相对不好。此外，治疗不当会引起股骨头缺血性坏死，严重地影响关节功能。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏相关推荐：2009年临床执业医师：脊柱结核 2009年临床执业医师：肩锁关节脱位 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