

手法闭合复位及可变角外展固定架治疗 小儿先天性髋关节脱位 118 例报告

山东省巨野县医院中医骨科 于 汉 涛

中国中医研究院广安门医院 李 祖 谟

先天性髋关节脱位是儿童中常见的一种先天性畸形,在我区比较多见。从 1981 年起经手法闭合复位及使用自行设计的可变角外展固定架,治疗先天性髋关节脱位 118 例,复位率达 99.2%。现报告如下:

一、一般情况

本组 118 例中,男性 39 例,女性 79 例。其中 1 岁以内 6 例,1~2 岁 50 例,2~3 岁 44 例,3~4 岁 13 例,4 岁以上的 5 例。单侧 65 例,双侧 53 例,共 171 个髋关节。有家族史者 12 例。曾在外院用其他方法治疗未愈者 7 例,其中 4 例入院时已有股骨头坏死征象。

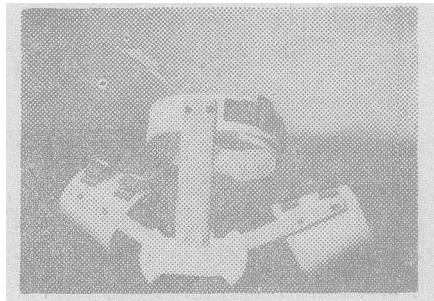
二、治疗方法

1. 手法闭合复位方法:手法以左侧为例。

患儿平卧在治疗床上,术者立其左侧,先轻轻揉捏髋周软组织,重点是内收肌,使其尽量达到松弛,助手固定骨盆及右下肢,术者右手握住患肢膝关节部,使患肢屈膝 90 度,屈髋 120 度,左手食、中、环三指自股后方扳住股骨大粗隆部,拇指自前方按在耻骨上。然后使髋外旋到 80 度,外展到 120 度位时,将股骨内旋,使股骨头向前翻转离开髋臼后边缘,同时左手的上下方手指相对用力,髋关节即可复位。如为双侧髋脱位,则让助手固定已复位的左髋,术者再到其右侧用同样的手法复位。

2. 可变角外展固定架的制作及使用:可变角外展固定架由变角板、支臂、腿套和腰带四部分组成(见右图),变角板用 4 毫米厚铝板制作(铝板能被 X 线穿透,不影响带架复查),板上每侧设 60~120 度五个变角孔,借此将两腿

支臂固定于需要的角度。另有两个躯干支臂的固定孔。支臂取材为竹板,取其坚、韧、轻优点,且不影响透视复查。腿套和腰带均用皮革制作,其内用 1 毫米厚白铁板作骨架,以防变形,分别安装在两腿支臂和躯干支臂上。躯干支臂是保持两腿与躯干的相应角度而不易改变的。根据临床情况,需要改变角度时,只要调整两侧变角孔螺丝即可。单侧脱位者与双侧脱位者固定法相同。



3. 三期固定法,固定分为三期:第一期固定定位为屈髋、外展各 120 度,外旋 80 度位,也可称之为“防脱位固定”;第二期固定定位为屈髋、外展各 90 度,外旋 80 度,也可称之为“保持位固定”;第三期固定定位为外展 60 度,可称之为“功能锻炼位固定”。每期固定时间一般 1 岁以内 30~45 天,1~2 岁 2 个月,2~3 岁 3 个月,3~4 岁 4 个月。即随着年龄的增长而延长阶段固定时间。

三、疗效分析

1. 疗效标准:分优、良、失败三级。优:复位好,关节间隙正常,股骨头明显发育,髋臼角缩小至 30 度以下,解除固定后即能行走,

一月内步态基本恢复正常,无并发症。良:复位好,关节间隙稍宽(指股骨头中心点在髌臼外缘垂直线以外者),股骨头发育,髌臼角缩小,但仍大于30度,解除固定后能行走,三个月内步态逐渐恢复正常者。失败:股骨头及髌臼角无改变,解除固定后即刻脱位或经过一段时间出现脱位者。

2. 治疗结果:118例患儿治疗后,经3个月~5年(平均2年)的随访,获优者106例(158个髌关节),良11例(11个髌关节),失败1例(2个髌关节)。失败例系因家长过早自行解除固定出现再脱位,又改用手术治疗而造成失败。入院时4例患儿有股骨头坏死征象,改用本法治疗后有2例在固定过程中已修复,另2例虽仍有股骨头坏死但无加重。

3. 典型病例:

例一:杨××,女,4岁,住巨野县大义乡农技站。X片号22510,左侧髌关节脱位,于1981年5月6日手法闭合复位后行可变角外展固定架作第一期固定,9月10日改第二期固定,1982年元月7日改第三期固定。1982年5月6日复查,股骨头明显发育,髌臼角缩小至29度,解除固定作功能锻炼。3周后步态基本正常。4年后随访,髌臼角为25度,CE角左20度,右40度,股骨头正常大小,无并发症。

例二:邢××,女,3岁,住嘉祥县孟姑集乡邢庄村。X线片号37618,双侧髌关节脱位,于1984年8月7日手法闭合复位后行可变角外展固定架作第一期固定,10月15日改第二期固定,12月15日改第三期固定。1985年2月25日复查,双侧股骨头明显发育,髌臼角右侧26度,左侧28度,解除固定后作功能锻炼,总疗程6个月18天。一月内步态正常,1年10个月复查,髌臼角左24度,右26度,CE角左18度,右10度,双侧股骨头正常大小,髌关节功能正常。

四、体会

1. 手法闭合复位是关键。使用中医手法达到准确的闭合复位,是治疗小儿先天性髌关节

脱位的可靠保证。特别是只有准确的复位才能达到有效的固定,没有复位的固定非但不能达到治疗的目的,反而会增加痛苦和并发症。所以笔者主张于确实复位后再行固定。当然我们也不否认2岁以下的患儿复位是比较容易的,但是在3岁以上的患儿,如采用传统复位手法,不切断内收肌,复位是困难的。对5岁以上的患儿,多数学者认为,闭合复位的可能性不大。我们现已将治疗年龄范围扩大到5岁3个月,亦达到了满意的复位。

2. 闭合复位手法机制的探讨。由于股骨近端向上、外、后方长期移位,造成了臀中肌、臀小肌、髂腰肌的短缩,内收肌群亦有短缩之势,关节囊及圆韧带则处于松弛延长之状态。传统复位手法是屈髌90度,使股骨近端自后上方转向髌臼之后方,再外旋外展髌关节90度时,此时已短缩的内收肌正处在垂直的最大拉力线上,强大的拉力将股骨近端压在髌臼后方,难以超过髌臼后缘而复位,即使能复位也必将造成较大的损伤,或根本不能复位,因此只有切断内收肌。本复位手法不但不需切断内收肌,反而充分利用了内收肌,因在行过度屈髌时,内收肌处于相对松弛状态,股骨头已转至髌臼的后方,当髌关节继续外旋、外展时,内收肌因被拉长而增加了一定的张力,但是内收肌正位于屈髌120度、外旋80度时,因超过了它的垂直的最大拉力线而改变了拉力方向,因而分解成一个向内的和一个向下的分力,这就大大减少了向内的拉力,再将股骨内旋时,股骨头即可向前翻转,此时内收肌的附着点又变成了力的支点,当股骨远端继续外展至120度时,而近端的股骨头则会产生一个向前的力量,加之医生用手自后向前的托按力,股骨头即可超越髌臼后缘而复位,且损伤不大。

3. 改进复位后的固定位置,提高了髌关节复位后的稳定性。本组病例除一例患儿因家长过早自行摘架出现再脱位,改用手术治疗造成失败外,其他病例在固定期间无一例出现再脱位。笔者认为发生再脱位者,多出现在复位后的早期。所以第一期将髌固定于屈髌、外展各

120 度, 外旋 80 度位; 内收肌向下的分力使股骨头的支点自然下移, 同时位于后方的臀中肌、臀小肌因大粗隆翻转至下而增加了张力, 有使股骨内旋的作用, 从而保证了股骨头向内的固定方向, 故能将其稳定地固定在髋臼内。通过一段时间的固定, 复位的髋关节经过不断地、反复地磨合髋关节头臼关系以及周围软组织的张力变化达到基本稳定后, 再改为第二期固定, 就不会出现再脱位了。

4. 相对固定减少了并发症。在小儿先天性髋关节脱位的治疗过程中最主要的并发症就是股骨头缺血性坏死。目前多数学者认为股骨头坏死的发病原因是内收肌太紧张, 股骨头受到过量而持续性的挤压以致血运不良所造成。使用可变角外展固定架就可能避免股骨头因持续性挤压所造成的损伤。现从以下几点阐明这一问题: (1) 分期固定, 各期的角度不同, 股骨头的受压点也随之改变; (2) 每个固定位均有 10~20 度上、下、前、后的活动范围, 当患儿感到疲劳和不适时, 能在一定范围内任意活动, 来缓解局部的挤压; (3) 在超 90 度位固定时, 因内收肌拉力方向的改变能分解出一个向下的力量, 从而减轻了股骨头向内的挤压力; (4) 在整个固定过程中, 牢而不死, 静中有动, 动

中有静, 不断变角, 所以对股骨头的血运也影响不大。本组病例中未见有合并股骨头坏死者。

5. 分期固定提高了复位率。从整个固定过程来看, 本法具有三个最基本的条件: (1) 在第一期超 90 度位固定中, 保证了髋关节复位后的稳定性, 使头、臼逐渐相适应而吻合, 不出现再脱位; (2) 此架每期的固定位均有上、下、前、后 10~20 度的活动范围, 而且本架只固定大腿不固定膝关节及小腿, 髋关节能旋转, 膝节能伸屈, 不断产生一种机械性刺激, 从而促进了股骨头和髋臼的发育; (3) 在第三期固定中, 一般患儿均可站立和扶物行走, 起到了早期的功能锻炼, 同时可使股骨头、臼受到生理性刺激, 能更有效地促进髋关节及周围软组织的发育, 还能大大缩短解除固定后的功能锻炼时间。临床观察证明, 此法疗程短, 效果好。

6. 本固定法使用简便, 费用低廉。本组病例未用麻醉, 也不需住院观察, 利用上述方法复位成功后, 安放固定架一般只需 3~5 分钟即可完成。改变角度也很简单, 只需调整两枚螺丝钉即可完成。在固定过程中, 可以随时检查和观察髋关节的复位情况。另外固定架安置在身体前面, 患儿舒适, 可以穿裤, 可躺, 可坐, 家长可以拥抱, 大小便护理均方便。

培育汤治疗先兆流产习惯性流产

赵 松 泉主治
赵 光 燕整理

培育汤组成: 桑寄生 12 克, 菟丝子 12 克, 川断 10 克, 炒杜仲 10 克, 太子参 10 克, 山药 15 克, 山萸肉 10 克, 石莲肉 10 克, 芡实 12 克, 升麻 6 克, 大熟地 10 克, 苧麻根 10 克, 椿根皮 10 克。

加减法: 肾阳虚加补骨脂、鹿角胶; 肾阴虚加女贞子、旱莲草、枸杞子、桑椹、生地; 血虚加当归、首乌、阿胶; 阴虚血热减熟地, 加地骨皮、黄芩、生地; 气虚加生黄芪、党参、白术、炙甘草。

典型病例: 范某, 26 岁。妊娠 4 个月, 近半月以来腹痛、阴道连续出血, 血色粉红、量多, 腰腿痠软, 少腹坠痛, 曾多次服药无效。昨夜腹痛转甚, 血量增多, 某医院建议刮宫, 因患者不愿手术, 转来治疗。患者面色苍白, 体弱羸瘦, 精神委顿, 头目晕

眩, 心慌气短, 食欲不佳, 腰痛如折, 两腿痠软, 少腹坠痛, 阴道连续出血 3 天, 血色暗红、量多, 舌淡红、苔薄白, 脉沉细而滑、尺脉无力。证属气虚血衰, 冲任失养, 不能摄血载胎。治予补气养荣, 固肾安胎。

处方: 野台参 9 克, 黄芪 24 克, 白术 15 克, 炒白芍 9 克, 菟丝子 9 克, 杜仲 9 克, 桑寄生 9 克, 炒川断 9 克, 生地炭 9 克, 条芩炭 9 克, 阿胶 (烊化) 18 克, 炙甘草 3 克, 升麻 9 克, 山萸肉 18 克。5 剂。

复诊: 阴道出血已停 3 天, 腰腹疼痛已除, 余症亦减。予原方去条芩炭, 加怀山药 15 克, 芡实 18 克, 白扁豆 18 克, 3 剂以善后。药后诸症痊愈, 足月分娩一女婴。

作者以本方共治疗 76 例, 痊愈 60 例, 占 79%。