

疼痛可有 70% 以上的疗效。股骨旋转截骨术的目的是矫正股骨颈前倾角过大,使头臼达同心圆。一般认为前倾角 $>45^\circ$ 者需行此手术^[8]。可单独用于髋臼发育较好的 DDH,但多数作为其他术式的附加手术。股骨缩短截骨术应用于大龄儿童、股骨头脱位高、软组织广泛松解后复位仍困难者。

3 DDH 的术式选择

DDH 的手术选择需要根据病理解剖、生物力学、年龄、术式的特点等结合医师的技术和经验。其原则是^[9]:①纠正髋臼发育缺陷;②保持头臼同心圆复位;③保持髋臼透明软骨对股骨头的合理覆盖;④术者有丰富的经验和精湛的技术;⑤掌握手术适应证。常用方法是 Salter、Pemberton、Chiari 和髋臼扩大术,亦可根据情况联合应用或附加股骨截骨术。

3.1 Chiari 术 ①7 岁以上儿童,未经治疗的 DDH 伴有髋臼发育不良;②保守或手术治疗失败的 7 岁以上者;③股骨头大,髋臼小,二者极度不对称,且不宜作 Salter 术的 7 岁以下小儿;④严重髋臼浅平, AI $>50^\circ$ 或已有骨关节炎者。

3.2 Salter 术 ①1~6 岁;② AI $<45^\circ$;③头臼极度不对称及后上或后外侧脱位者应为禁忌。

3.3 Pemberton 术 ①7 岁以下;②浅平髋臼, AI $>45^\circ$ 者;③头臼极度不称及后脱位为禁忌。然而,国内有学者认为^[10] Pemberton 术更适应 7 岁以上儿童,若年龄太小,髋骨、髋臼的骨质薄,弧形截骨靠近 Y 形软骨时容易穿破髋骨内板或髋臼软骨,影响手术效果。

3.4 髋臼扩大术 ①臼外缘发育不良者;②骨块移植不受年龄限制,多用于大龄儿童;③臼前缘发育不良者疗效不佳。

3.5 Zahradnick 术 ①头臼极度不称;②后脱位;③半脱位者禁忌。Colonna 术与其相同。虽然二者均能达到最理想的复位,但正常髋关节软骨被破坏,关节间隙变窄,术后易发生关节强直。

总之,对术式的选择,各学者都有自身的经验,但因病理改变不同,有时一种术式难以解决所有问题。如不能解决,则

以联合手术为宜。Lynn 等^[11]采用 Pemberton 术 + shelf 术联合治疗 3~7 岁、头相对大的 DDH,克服了头大白小的矛盾。Perlik 等^[12]采用 Salter + Pemberton 术联合术式,应用于髋臼指数过大或前方缺损及 Y 形软骨已骨化者。

4 参考文献

1. Thomas DB, Daniel TS. In vivo contact stress distributions in the natural human hip. J Biomechanics, 1983, 16: 373~384.
2. 阿良, 吉士俊, 范慈方. 有限元分析先天性髋关节脱位及髋臼发育不良的应力变化. 中华小儿外科杂志, 2000, 21(6): 327~330.
3. Carter DR, Rapperport DJ, Fihire DP, et al. Relation of coxarthrosis to stresses and morphogenesis: a finite element analysis. Acta Orthop Scand 1987, 58: 611~619.
4. Staheli LT, Chew DE. Slotted acetabular augmentation in children and adolescence. J Pediatr orthop 1992, 12: 569~580.
5. 孙丹舟, 唐成林, 赵宝林, 等. 治疗先天性髋关节脱位的强力造盖术及其应用. 中华小儿外科杂志, 1997, 18: 298~300.
6. 王继孟, 杨吉义, 陈新国, 等. 带骨膜及软骨的髋骨移植髋臼成形术治疗先天性髋关节脱位. 中华小儿外科杂志, 1998, 19(4): 226~228.
7. Kalamachi A. Modified salte osteotomy. J Bone Joint Surg, 1982, 64(A): 183~187.
8. Blockey NJ. Derotation osteotomy in the management of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg, 1984, 66(A): 485~490.
9. 顾章平, 赫荣国, 马承宣. 髋臼发育不良的现代认识及其处理. 中华小儿外科杂志, 1994, 15(3): 177~178.
10. 刘卫东, 张立军, 吉士俊, 等. 大龄儿童先天性髋关节脱位的四种手术方式分析. 中华小儿外科杂志, 1996, 17(6): 341~343.
11. Lynn TS. Sugical management of acetabular dysplasia. Clin Orthop, 1991, 264: 111~115.
12. Perlik MP, Marafioti RL. A combination pelvic osteotomy for acetabular dysplasia in children. J Bone Joint Surg, 1985, 67(A): 842~853.

(2003-03-07 收稿)

· 短篇与个案 ·

开塞露肛注治疗体外循环术后尿潴留

高振双 王仁鸿
张 慧 (山东省立医院 250021)

2000 年 7 月至 2002 年 5 月, 我院施行体外循环手术 1027 例, 术后都给予 5 小时至数日(多为 15~36 小时)导尿。对于拔除尿管后 6~8 小时有尿意而不能自行排出者, 我们给予诱导(听流水声、腹部热敷、按摩、协助站立及蹲位等)方法协助排尿, 但仍有数据例(男 88 例, 女 27 例)经以上处理无效

而发生尿潴留, 发生率为 11.2%。

方法与结果: 给予开塞露 20~30ml 肛注。患者取侧卧位, 剪开开塞露封口, 挤出一滴润滑尖端及肛周, 轻轻插入, 将全部挤入肛管, 忍耐 5 分钟。在便意急迫时, 取便于用力的排便姿势, 同时嘱患者做排便动作。本组 115 例中, 71 例排便排气的同时尿液排出, 42 例排便排气先于排尿, 总有效率达 98.3%; 2 例只排便排气而无排尿, 故行再次导尿。

讨论: 人体大小便均为一反射过程, 其反射弧都有盆神经参与, 反射的初级中枢都在脊髓腰骶段, 因此排便一定伴随排尿。本法应用开塞露刺激直肠壁内感受器致该段脊髓兴奋而引起排便排尿反射, 同时腹压增高, 以助排尿。笔者体会, 本法不仅治疗尿潴留效果显著, 而且可促进排便排气, 减轻腹胀, 促进肠蠕动恢复, 增进食欲, 以利机体康复。