

特发性脊柱侧凸 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__E7_89_B9_E5_8F_91_E6_80_A7_E8_c22_304644.htm 名称特发性脊柱侧凸所属科室骨科临床表现一、

幼儿型 幼儿型脊柱侧凸是指3岁以前出现的结构性脊柱侧凸。这阶段的特发性侧凸比较少见。其特点是男性多于女性，多为胸椎的左侧凸，常并发有其它畸形，最常见的斜头畸形，其次是智力低下，或先天性髋脱位。检查时将幼儿从腋下悬吊起，观察侧凸的僵硬度可屈性，进行神经系统检查，有无肌张力增高或低下，了解有无其它先天性畸形，拍悬吊位及仰卧位脊柱全长正侧位片，观测Cobb角，Mehta征及肋椎角差异。所谓肋椎角差异是指在胸弯的顶椎中心点划一条与终板垂直的线，再在相应肋骨的头颈部划一条正中轴线，两线的交角即为肋椎角（图1A）。正常脊柱两侧肋椎角差异为0，脊柱侧凸时，凸侧的肋椎角小于凹侧者，两侧肋椎角差异大于0。另外Mehta描述了两种征象，即在正位X线片，早期幼儿型侧凸的肋骨头不与椎体相重叠，此为Mehta征象（图1B）。如凸侧的肋骨头与椎体相重叠为Mehta征象（图1C）。如由征象变为征象表明侧凸有进展，Mehta用此征象与肋椎角差异将幼儿型特发性脊柱侧凸区分为恢复型与进展型。这对猜测幼儿型侧凸的预后有一定参考价值。图1 肋椎角（A）与Mehta征象（B）Mehta征象（C）二、少年型 发生在3岁以后青春期以前的特发性脊柱侧凸约占15%左右。此时见到侧凸一部分系幼儿型侧凸在3岁前未被检出者，多为胸椎左侧凸，而7~10岁期间发生的侧凸常具有青春期侧凸的特性。Koop（1988年）

报告，认为少年型特发性脊柱侧凸多系单纯胸椎右侧凸，其次为胸腰段双侧凸。三、青春型 青春期是骨骼生长发育的迅速阶段，也是侧凸进展增快的时期。影响侧凸进展的因素很多，除年龄外，与侧弯类型、月经初潮、Risser征及Harrington因子等有关。Lonstein普查中关于不同年龄侧凸发生率不同的报道：9岁以下为2.5%，10岁为4.1%，11岁8.8%，12岁19.8%，13岁24.5%，14岁19.5%，15岁以上为20.8%。说明了年龄与发展的关系。Lonstein根据1970~1979年期间普查的结果得出的意见是：侧凸角度的进展与原来角度大小成正相关，同年龄和Risser征呈反相关，如原侧凸角度小于19deg.~29deg.时，应早期治疗。可考虑在麻醉下行矫正石膏背心固定，待患者长大后改Milwaukee支具固定治疗。若支具不能控制其进展时，可考虑行皮下支撑内固定术，但不作融合。除非不得已，保守方法不能控制的僵硬型侧凸，才考虑脊柱融合的问题。

二、少年型特发性脊柱侧凸男女发病率随患者年龄不同而有变化。但大多数学者认为少年型女性多于男性，并多数认为胸弯右侧凸为多见。治疗少年期特发性脊柱侧凸比治疗青春期脊柱侧凸指征要宽，因为少年期侧凸有加重的趋势。对20deg.~40deg.，但侧弯较软，可屈性较大，可采用皮下置棒支撑矫正术。若侧凸僵硬、可屈性差，或无论是支具治疗或皮下置棒支撑术治疗，如侧凸继续加重，Cobb角不能控制在50deg.以下发育成熟的患者，可不予以治疗。若对未成熟患者，可行体疗，每半年拍片随诊观察直至发育成熟。如侧凸超过25deg.以上者，不应再保守治疗，而应直接行脊柱矫形固定融合术，一般以Harrington器械为最常用。对骨骼发育成熟前发病，于成年后就诊的成年患者，有的作者指出其

胸弯角度在50deg.范围者，仍有进展的可能，而侧弯小50deg.则较少进展，主张对骨骼成熟后的进展性胸椎侧凸，如角度达50deg.时，为防止引起腰疼也可考虑手术治疗。总之，特发性脊柱侧凸的治疗，应根据患者不同年龄，侧凸类型等选择适当的治疗方法。 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