

个案报道

经六次手术治疗的股骨颈骨折

北京医科大学临床第三学院 (100083) 姜思权 刘岩

刘××, 女, 31岁, 于1970年9月因坠楼致多发性损伤伴右股骨颈骨折(轻度移位, 稍有嵌插), 在处理其他创伤后, 于伤后48小时行右股骨颈骨折闭合复位、三翼钉内固定术。1972年3月骨折愈合, 拔钉。1974年3月(即骨折后三年半)因右髋疼, X线显示右股骨头变形、不光滑、坏死而做右人工股骨头置换术。1983年10月(即人工头置换术后九年半)因患髋疼痛、肢体短缩、右髋活动受限做闭孔神经关节囊支切断术。1984年12月因上述疼痛未减轻, 做右全髋关节置换术。1991年4月因又出现疼痛、跛行, 故取出原人工全髋关节再次置换新的人工关节。患者在20年间先后共进行六次手术。

分 析

31岁女性的股骨颈骨折(轻度移位, 稍有嵌插), 在当时条件下选择闭合复位三翼钉的治疗是适宜的。但是在伤后三年出现了股骨头坏死, 其原因有二个: 一是病人有多发性损伤, 创伤严重, 股骨头供血遭破坏; 二是在作三翼钉内固定术时复位不良。因股骨头坏死发现时已属晚期, 头已变形。在患者强烈要求下, 于伤后三年半作人工股骨头置换术。

术后八年半又开始不适、疼痛、蹲下站起时费劲伴腰疼。X线检查见头下降0.2cm。以后发现肢体短缩、屈髋功能差、髓内旋消失。为解决疼痛, 于人工头置换术后九年半行闭孔神经切断术。术中检查关节, 头松动不明显, 但髓臼表面粗糙, 表层有纤维组织复盖。术后疼痛依旧。1984年12月(即人工头置换术后十年九个月)作全髋关节置换术。手术中见原髓臼关节面不平整, 有肉芽组织增生, 关节软骨面已消失, 假体仍紧, 不易拔出, 假体Moore孔内无骨质块, 在假体周围及髓腔内有疤痕组织

包囊。Co-mo-Cr珊瑚型假体, 髓臼是高分子聚乙烯。骨水泥仅用于人工髓臼的固定, 用面困式方法固定。术中可见, 在十年九个月之后, 髓臼软骨面已完全磨掉, 且呈凹凸不平状, 肉芽组织增生, 可能是临床剧烈疼痛和功能障碍的主要原因。虽然在作人工头置换术时, 假体柄第一次误入股骨干后上方穿出, 当即拔出重新扩大髓腔成功放入假体。这个原因似乎未造成假体的松动。人工头使用了十年九个月之久, 其效果应予肯定。

全髋关节置换术后六年半又出现关节疼、跛行, X线检查发现: 假体柄下沉、人工髓臼明显移位导致临床症状, 故作第二次全髋关节置换术(1991年4月, 即全髋关节使用了七年二个月)。术中人工髓臼的移位和假体柄于动场得到证实, 在假体柄珍珠颗粒(珊瑚状)表面及髓腔内充满灰色豆渣样组织。病理报告: 异物肉芽组织及坏死, 伴有胶原纤维增生。没有骨性组织长入珍珠颗粒中去, 即未达到骨性固定。

体 会

1. 造成该例股骨颈骨折多次手术的关键因素是在伤后三年出现了股骨头坏死; 2. 造成头坏死的主要原因是: 复位不理想和受伤暴力较强, 伴有多发损伤, 血液循环障碍有关。前者关系更为密切。因为Garden氏指数与坏死率成正比(复位不好, 该指数值高)。提示了行内固定时良好的骨折复位的重要性; 3. 股骨头坏死的早期诊断和治疗是提高疗效的关键。根据蔡如宾教授关于早期诊断三翼钉术后头坏死的观点: 钉痕、硬化透明带、股骨头高度递减及骨折愈合后又疼痛。这四条作为早期诊断头坏死的标准。本例病人虽复查并不及时, 但没有出现钉痕及硬化透明带, 股骨头高度递减也不明

桡骨颈骨骺骨折并同侧尺桡骨下1/4骨折

开封市第一中医院 (475001) 时兴武 夏淑云 时红

桡骨颈骨骺骨折为儿童肘部少见的一种骨折,而同时合并同侧尺桡骨下1/4处骨折者,则更为少见,笔者近期遇到1例,报告如下。

步××,男,学生,门诊号37651。1989年9月16日骑自行车摔倒,左前臂内旋,肘关节伸直外撑,手掌着地致伤。肘部及前臂肿胀,疼痛,活动受限。伤后即时送往当地医院诊治,经拍X线片提示左前臂尺桡骨骨折,给予复位固定。10日后,因患肘肿疼不减,故来本院就诊。

检查:全身情况佳,左肘关节外侧肿胀,桡骨小头处压痛明显,同侧前臂下1/4处微肿胀、压疼、旋转活动受限并疼痛,后旋时更甚,肘关节伸屈功能亦受限。X线片示:左尺桡骨下1/4骨折,尺骨为短斜型,桡骨为横断型,尺骨高于桡骨;桡骨颈骨骺Ⅱ型骨折,骨骺倾斜,侧方移位。

治疗:手法复位。因尺桡骨骨折无明显移位,只整复桡骨颈骨骺骨折。患者取坐位,令肘关节伸直,一助手牵引上臂,术者立于患侧,一手牵引前臂在肘关节内收位来回旋转,另一手拇指用力自桡骨头的下外方向上及向尺

侧推挤移位骨骺片即可复位。术后用前臂夹板固定,置前臂中立位,屈肘90°,腕颈带悬吊于胸前。四周后拍片复查,骨折已愈合,解除固定,加强功能锻炼。一年后随访,左肘关节及前臂外形、功能活动均正常。

讨论 此类骨折属传导暴力致同侧上肢多发性骨关节损伤中的一种类型,是儿童较为少见的上肢严重损伤之一,其病因亦系传导暴力所致。当患者摔倒时,肘关节处于伸直外翻位,手外撑扶地,强力旋转前臂而首先造成尺桡骨远端无移位或移位不明显的双骨折,骨折后,力犹未尽,暴力继续向上传导,使桡骨头向近侧尺侧冲击。与此同时,体重力沿上臂向下传导,使肱骨小头向下向桡侧冲击。结果作用力与反作用力所形成的向心挤压力集中与桡骨颈干骨骺端薄弱部位,致桡骨颈发生Ⅱ型骨骺骨折。

此损伤症状体征典型,临床一般诊断并不困难。但它具有传导暴力致同侧上肢骨关节损伤的复杂性特点,易发生误诊、漏诊。因此,检查时,除仔细检查外,还应摄包括肘关节尺桡骨全长X线片,以免延误治疗。

显(只是在X线显示坏死后,股骨头高度才变低)。但右髌疼是从骨折后一年九个月已开始,即病人在骨折愈合后出现疼痛。当时如果能做骨的闪烁摄影(Scintigraphy)——r照相可能会比X线早发现数月。在治疗上就可处于主动地位。磁共振检查比r一照相可以发现得更早;4. 闭孔神经切断术治疗髌部疼痛效果并不理想,该项手术常常限于治疗髌部某些特定部位(与闭孔神经解剖有关)的疼痛,要掌握好适应症;5. 本例人工头长期使用后假体松动和头下沉不明显,而髌白软骨面的严重磨损,成为髌部疼痛的主要原因;6. Co-mo-Cr珍珠面全髌关节使用七年多后出现:(1)人工髌白移位,

其原因除了骨水泥质量之外,还因为我们以往不使用面团式的粘合方法,这种方法使骨水泥不均匀,在假体与皮质骨之间骨水泥的厚薄不均,大大降低了粘合的牢固度和使用时间;

(2) 假体松动:珍珠颗粒内没有骨组织生长。相反,有大量异物肉芽组织和坏死,由此可见进一步改进假体微孔结构和进行假体的生物学固定的研究是人工关节中当务之急的问题;7. 本例在当时如果选择类似截骨术等方法,其后果可能好些。近年来的方法就更多了,如:胎儿软骨移植、自体肋骨骨膜移植等,在治疗效果上将会好些。