

1 年后出现股骨头缺血性坏死。

参考文献

1 Dreinhofer KE, Schwarzk SR, Haas NP, et al. Femur head dislocation fractures. Long term outcome of conservative and surgical therapy. Unfallchirurg, 1996, 99(6): 400-409.

2 Krepasky O, Knybel T. The Pipkin fracture. Acta Clin Orthop Traumatol Cech, 2001, 68(5): 304-310.

3 王建, 曾维权. 可吸收拉力螺钉治疗股骨头骨折. 骨与关节损伤杂志, 1999, 14(4): 256.

(收稿日期: 2004-10-18 本文编辑: 王玉蔓)

髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤的治疗

Treatment of fracture-dislocation of acetabulum and injury of sciatic nerve

胡根法

HU Genfa

关键词 髌臼骨折; 脱位; 坐骨神经损伤 **Key words** Fracture of acetabulum; Dislocation; Injury of sciatic nerve

自 1990 年 1 月-2002 年 10 月, 共收治髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤患者 38 例, 获得满意效果。

1 临床资料

本组 38 例, 男 26 例, 女 12 例; 年龄 18~62 岁, 平均 40 岁。左侧 24 例, 右侧 14 例; 按 Letournel 分类: 前柱骨折 5 例, 前壁骨折 4 例, 后壁骨折 14 例, 后柱骨折 9 例, 横形骨折 3 例, 双柱骨折 3 例。合并颅脑外伤 3 例, 胫腓骨骨折 4 例, 腹部多发损伤 3 例。

2 治疗方法

2.1 保守治疗 5 例髌臼骨折程度较轻, 后脱位合并坐骨神经损伤, 均行闭合牵引复位和牵引治疗 4~6 周。

2.2 手术治疗 33 例在受伤后 7 d 内采用后侧入路切开复位内固定并行坐骨神经松解术。术中发现有 24 例坐骨神经于梨状肌下缘从坐骨神经出口处被脱位的股骨头顶压, 骨块压迫 8 例, 血块受压 6 例, 均有神经外膜溢血水肿, 但无根性撕脱伤及坐骨神经断裂伤。

3 治疗结果

手术 33 例, 都在术中得到解剖复位或满意复位。按 Matta^[1] 关节功能评分, 优 18 例, 良 15 例, 差 5 例, 优良率 78%。手术组中有 6 例发生创伤性关节炎, 7 例发生移位性骨化, 其余(包括保守治疗组 5 例)牵引 4~6 周解除, X 线片复查复位满意, 通过功能锻炼, 随访 3 个月~3 年, 髌臼关节功能恢复良好,

下肢感觉正常, 无其他后遗症。

4 讨论

髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤是否需要手术治疗、何时实施手术, 刘卓等^[2]主张早期手术探查及时对骨折、脱位进行复位固定, 及时对坐骨神经松解; 毛宾尧等^[3]认为手术不能解决神经根撕裂和牵拉伤的问题, 只能对原已受损的神经增加再次创伤的机会, 故不主张手术。我们认为髌臼骨折脱位本身就是关节内损伤, 应尽早进行解剖复位, 以免影响髌臼关节的功能及稳定性, 根据临床经验对髌臼骨折脱位伴坐骨神经损伤的患者, 在行切开复位的同时应探查松解坐骨神经, 这种早期切开减压、清除神经内外血肿、解除神经压迫因素是十分必要的, 一般而言, 早期手术有助于功能恢复, 如果坐骨神经长期受到脱位的股骨头、移位骨块或异位骨化的嵌压, 神经继发性缺血、瘢痕粘连则难以恢复神经功能。

手术治疗注意的问题: 手术尽可能在 1 周内进行; 术中尽可能直视下使骨折达到解剖复位, 且固定要牢固; 术中最好使用持骨器械复位, 不要用下肢牵引复位法, 以免引起坐骨神经损伤, 避免广泛剥离, 降低异位骨化, 减少坐骨神经周围瘢痕粘连。

参考文献

- 1 Matta JM, Anderson LM, Epstein HC, et al. Fracture of the acetabulum: a respective analysis. Clin Orthop, 1986, 205: 230.
- 2 刘卓, 刘磊, 吕智. 髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤的临床特点及疗效分析. 中国骨伤, 2002, 15(9): 9.
- 3 毛宾尧, 应忠追, 善维滨, 等. 髌臼骨折与髌脱位. 中华骨科杂志, 1995, 15: 507-508.

(收稿日期: 2005-03-25 本文编辑: 李为农)