

内固定治疗髌臼骨折 18 例

Treatment of acetabular fracture with internal fixation

苏永宾, 王宇春, 金俊健, 徐国金, 李金福

SU Yong bin, WANG Yur chun, JIN Jun-jian, XU Guo-jin, LI Jin-fu

关键词 髌臼骨折; 骨折固定术, 内 **Key words** Acetabular fracture; Fracture fixation, internal

髌臼骨折类型复杂, 合并伤多, 且是一种负重关节内的骨折, 常常导致残废和创伤性关节炎, 多数需要切开复位内固定治疗。由于局部解剖结构较复杂, 操作比较困难, 因此应对骨折分类、手术方法的选择和操作要领有充分了解。我们从 2001 年以来共收治髌臼骨折 27 例, 其中 18 例采用切开复位内固定治疗, 收到较好的效果。

1 临床资料

本组 18 例, 男 13 例, 女 5 例; 年龄 21~ 58 岁, 平均 35.5 岁。右髌 11 例, 左髌 7 例。受伤原因: 车祸伤 12 例, 高处坠落伤 4 例, 砸压伤 2 例, 均为新鲜骨折。其中有 5 例伴有多发骨折, 3 例合并有坐骨神经损伤, 2 例合并有股骨头中心性脱位, 1 例合并有失血性休克。

2 治疗方法

所有患者术前均摄伤髌前后位、闭孔斜位、髌骨斜位片及 CT 检查。10 例术前采用股骨髁上骨牵引, 5 例采用下肢皮牵引, 3 例直接在 4 h 内急诊手术。根据本组病情, 11 例采用 Kocher Langenbeck 入路(后方切口), 6 例采用髌腹股沟入路(前方切口), 1 例采用前后联合切口。对 16 例采用切开复位重建钢板内固定, 2 例采用加压螺钉内固定。术后均采用皮牵引 2~ 3 周, 指导患者主动锻炼, 结合使用 CPM 机进行功能练习, 2~ 3 个月后逐渐恢复负重。

3 结果

18 例均获随访, 时间 6 个月~ 2.5 年, 平均 1.2 年, 术后无一例发生切口感染、股骨头坏死及关节周围骨化。参照美国骨科学会(AAOS)拟定的疗效评定标准及徐莘香等^[1]改进意见进行结果评定: 优 11 例, 良 5 例, 尚可 2 例, 优良率 88.9%。

4 讨论

4.1 关于手术指征及手术时机 目前临床对于手术指征, 普遍认为: 单纯前后壁或前后柱骨折的单一骨折, 骨折块小特别是非负重区髌臼骨折, 不宜采用手术治疗。而对髌臼负重区骨折移位 > 3 mm、关节内有游离骨块、合并有股骨头骨折、后壁骨折 > 40% 以及后柱骨折导致关节不稳者、合并有坐骨神经损伤而需手术探查者和对于前后壁或前后柱两处或两处以上骨折, 包括横断骨折和髌臼 T 形和 Y 形骨折, 且分离移位 > 3 mm, 特别是累及臼顶负重部时, 为手术适应证。手术宜在伤后早期进行, 如合并有髌关节脱位应先急诊复位, 适当骨牵引后进行手术, 对于伴有坐骨神经损伤病例应急诊手术。一般情况下手术最好在伤后 2 周内进行, 超过 3 周则不易达到满意复位^[2]。对于单纯髌臼横断骨折我们同意王庆贤等^[3]的观点, 前柱单钢板内固定稳定性高于后柱单钢板内固定。Harnroongroj^[4]通过生物力学测试指出: 髌臼前柱看似纤细, 其强度却大于看似粗壮的后柱, 这可能与特殊的解剖学外形及骨小梁排列有关。临床上我们多选用前柱单钢板内固定。

4.2 手术入路的选择 一般认为: ①Kocher Langenbeck 入路, 主要针对后柱骨折, 但通过坐骨大切迹对于前柱的显露也可有用; ②髌腹股沟入路, 主要显露前柱和无名骨的内面, 沿其内面, 超过骨盆边缘, 也能显露后柱; ③延长的髌股切口入路能很好显露前后两柱, 但若单纯显露前柱不如髌腹股沟入路更理想; ④直外侧切口可显露后柱、髌臼顶和半个髌骨翼, 并且对前柱也能部分显露。

4.3 髌臼骨折内固定物的选择 对于游离的前、后壁骨折和前、后柱的斜形骨折, 可采用单纯拉力螺钉固定。经髌臼顶负重区的一部分单纯骨折也可采用螺钉固定。而前后柱横形或粉碎骨折及经髌臼负重

区的粉碎骨折,尤其是当分离移位较大时应使用钢板螺钉固定。对于较大骨块应采用 2 枚螺钉固定,以防旋转。钢板采用重建钢板,易塑形,可以先用塑形铝片试模,在体外将重建钢板预弯塑形,以此形态植入的重建钢板,可与髌臼骨折周缘达到最佳服帖,使用十分方便。本组均采用杭州中垦公司提供的 OS 重建钢板固定,效果良好。

4.4 术后的功能锻炼 宜尽早进行,在术后 24~48 h 后即可进行,早期可采用 CPM 机进行持续被动的关节活动,以利髌臼骨折的修复和关节面的磨合

塑形。术后 8~12 周,待骨折完全愈合,关节面模造较好时,才能逐渐恢复负重活动。以避免或减少骨关节炎和股骨头坏死等并发症的发生。

参考文献

- 徐莘香,刘一,金安.髌臼骨折的切开复位内固定治疗.骨与关节损伤杂志,2001,16(3):175-177.
- 杜敦进,张鹏程,王世松,等.切开复位内固定治疗髌臼骨折 17 例报告.中国矫形外科杂志,2000,7(10):1029-1030.
- 王庆贤,张英泽,潘进社,等.髌臼横断骨折前路及后路钢板内固定的生物力学研究.骨与关节损伤杂志,2001,16(4):292-293.
- Harnroongroj T. The role of the anterior column of the acetabulum of pelvic stability: A biomechanical study. Injury, 1998, 29(4): 293-296.

(收稿日期:2005-01-24 本文编辑:连智华)

• 短篇报道 •

伤科七厘散加味治疗骨折及软组织挫伤临床应用

陈淡峰¹,朱宗明²

(1. 普宁市人民医院,广东 普宁 515300;2. 惠来慈云中医院)

自 1993 年 10 月—2004 年 6 月运用伤科七厘散加味治疗骨折及软组织挫伤 200 例,疗效显著,介绍如下。

1 临床资料

骨折 138 例,闭合性骨折 129 例,开放性骨折内固定手术 9 例。男 90 例,女 48 例;年龄 4~78 岁。颅骨骨折 3 例,锁骨骨折 18 例,肋骨骨折 16 例,腰椎压缩性骨折 19 例,肱骨骨折 21 例,尺桡骨骨折 10 例,桡骨远端骨折 21 例,手掌指骨骨折 8 例,左股骨粗隆间骨折 1 例,股骨颈骨折 1 例,颅骨骨折并双侧耻骨左上支、右下支骨折 1 例,左侧耻骨上支骨折 3 例,胫腓骨骨折 5 例,胫骨外踝 3 例,内踝 2 例,跖骨骨折 4 例,髌骨骨折 2 例。治疗软组织挫伤 62 例,男 43 例,女 19 例;年龄 6~86 岁,伤后就诊时间 1~12 d,均为新鲜骨折。以上所有病例,均 X 线摄片或 CT 检查,以明确诊断,排除气胸、血胸以及内脏损伤、内出血症危急病例。均手法整复、夹板外固定、外敷万花油或消炎膏,或手术内固定,在对立对线良好基础上采用本方法治疗。

2 治疗方法

自制伤科七厘散加味:血竭 30 g,麝香、冰片、朱砂各 0.36 g,红花、乳香、没药各 4.5 g,儿茶 7.2 g,共研细末,每次 0.2 g,早晚各服 1 次,小儿酌减,损伤早期配合大黄末 1~2 g,中后期加田七 1~2 g,骨折患者自损伤后当天开始应用,开放性骨折骨固定开始时应用,直至临床愈合,同时配合应用中医骨折三期辨证施治,应用大成汤加减。方药:大黄 10 g,

芒硝(冲服)、当归、枳壳、厚朴、苏木、陈皮各 10 g,木通 6 g,甘草、红花各 5 g,每日 1 剂,加白芍、乳没各 10 g,头面部加川芎、白芷各 10 g;上肢加桂枝 10 g;胸胁加桔梗、花粉、黄芩、栀子、麦冬各 10 g;腰部加杜仲、泽兰、熟地、泽泻、淮山药、茯苓各 10 g;下肢加牛膝、木瓜各 10 g;骨折中后期加骨碎补、续断各 10 g。

3 治疗结果

本组骨折及软组织损伤疗效标准参照 1982 年广东省卫生厅出版《广东省常见疾病诊断治愈标准》,骨折分为优良、显效及差,软组织损伤分为优良、显效及可。本组骨折治疗最快 3 周,最迟 24 周,经治疗临床愈合后,3 周~1 年后随访,优良 121 例,显效 16 例,差 1 例。软组织挫伤随访 2 周~1 个月,优良 59 例,显效 2 例,可 1 例。治疗时间最快 1 周,最迟 4 周,局部肿胀开始减轻,7~15 d 后皮肤瘀肿消退,肿胀消失,伤处无压痛,活动正常。

4 讨论

中医认为:骨折、软组织挫伤,病理核心是气血与损伤的关系,其主要病理机制为气滞血瘀。采用伤科七厘散加味进行治疗,方中血竭为主药,具有活血化瘀、消肿止痛的作用,配以麝香、朱砂、冰片,辅助加强活血止痛功效,防止瘀血攻心,乳没、红花、儿茶通络化瘀、消肿止痛。本方法在临床应用中,使用方便,疗效显著,无不良反应,值得推广应用。

(收稿日期:2004-11-05 本文编辑:连智华)