

前路推挤,前路整复固定时,因后路部分固定,而无法满意整复<sup>[5]</sup>。而我们认为,采用健侧“漂浮”侧卧位,先显露髂腹股沟入路待用,再取后侧切口显露,这样可以前后同时用力拼凑整复,有利于解剖复位,更容易整复骨块。

**4.3 手术技巧** 髂前上棘前下方有股外侧皮神经穿过,需缓慢找出,分离后,保护起来。髂腰肌内侧探到股动静脉,触到下面有耻骨上支的部位,纵向分离约 5 cm,屈髋放松髂腰肌,把股动静脉牵向内,股神经及髂腰肌牵向外,剥离髂腰肌下骨膜,显露出髌前柱、前壁,如果固定还需向中线靠拢,可在股动静脉内侧,同上法再找一个入口,并在耻骨上扩大显露,整复骨块需前后切口同时拼凑、用力,整复后先固定后柱、后壁,勿需打开关节囊,可直接固定前柱、前壁。术中整复先在错位骨块间分别打入 2 枚螺钉,再用骨盆复位钳推挤夹紧。

#### 参考文献

- [1] Matta JM, Anderson LM, Epstein HC, et al. Fractures of the acetabulum. A retrospective analysis. Clin Orthop Relat Res, 1986, 205: 230-240.
- [2] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures; treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg (Am), 1969, 51: 737-755.
- [3] 李文平, 靳方远, 郭斌, 等. 手术治疗复杂髌臼骨折 66 例临床分析. 中国骨伤, 2007, 20(1): 20-21.
- [4] 高金亮, 孙刚, 李明, 等. 复杂髌臼骨折的手术治疗. 临床骨科杂志, 2007, 10(4): 299.
- [5] 王正明, 张根福, 鲍丰, 等. 经前后联合入路治疗双柱型髌臼骨折. 临床骨科杂志, 2007, 10(5): 395.

(收稿日期: 2008-11-25 本文编辑: 王宏)

[1] Matta JM, Anderson LM, Epstein HC, et al. Fractures of the acetabulum.

## 后侧手术入路治疗髌臼骨折的临床报告

李毅, 姚建锋, 马建兵, 许鹏, 张育民, 王军伟, 郑江, 秦四清  
(西安市红十字会医院骨关节科, 陕西 西安 710054)

**关键词** 髌臼; 骨折; 骨折固定术, 内

**Clinical report of posterior approach for treatment of acetabular fracture** LI Yi, YAO Jian-feng, MA Jian-bing, XU Peng, ZHANG Yu-min, WANG Jun-wei, ZHENG Jiang, QIN Si-qing. Department of Bone and Joint Surgery, Xi'an Red Cross Hospital, Xi'an 710054, Shaanxi, China

**Key words** Acetabulum; Fractures; Fracture fixation, internal

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(5): 397-398 www.zggszz.com

髌臼骨折往往由高能量损伤所致, 治疗不当可引起髌关节功能障碍, 严重影响患者生活。2004 年 11 月至 2007 年 12 月, 对 38 例髌臼后部骨折的患者采用 Kocher-Langenbeck 入路行切复内固定治疗, 取得良好疗效。

### 1 临床材料

本组 38 例中, 男 24 例, 女 14 例; 年龄 27~58 岁, 平均 39.5 岁。右髌 18 例, 左髌 20 例。致伤原因: 车祸损伤 25 例, 坠落伤 13 例。骨折按 Letournel<sup>[1]</sup>分型: 髌臼后壁单纯骨折 5 例, 后柱骨折 11 例, 横型伴后壁骨折 13 例, 后柱伴后壁骨折 3 例, “T”型骨折 3 例, 双柱骨折 3 例。合并髌关节中心性脱位 5 例, 后脱位 10 例, 关节内游离碎骨 16 例, 坐骨神经损伤 8 例。手术于伤后 3~14 d 进行。术前常规摄骨盆前后位、闭孔斜位和髌骨斜位 X 线片, 并行三维 CT 扫描, 证实为以后壁及后柱损伤为主的髌臼骨折。

### 2 治疗方法

首先处理合并损伤, 患肢先行骨牵引或皮牵引, 合并髌脱位者在麻醉下手法复位, 再行患肢骨牵引。手术在连续硬膜外麻醉下进行, 取 Kocher-Langenbeck 切口, 患者侧俯卧位, 于

髌后上棘和股骨大粗隆顶点连线的外 2/3 处切开, 然后沿股骨轴向下适当延长。切开髌胫束和臀大肌筋膜, 钝性分开臀大肌纤维, 于股骨转子间窝处将外旋肌群的肌腱附着点切断, 显露并保护坐骨神经, 有神经损伤的行神经探查术。用骨膜剥离器在关节囊浅层向后柱和臼上方剥离。于坐骨结节内侧插 Hohmann 拉钩将臀大肌、短外旋肌和坐骨神经牵向内侧, 在臼上方髌骨上置 2 枚短斯氏针, 将臀中肌牵向上方, 以获得持续良好的暴露。由此可显露后柱自坐骨切迹至坐骨上缘部分以及髌臼顶的后部, 必要时可将 1 根斯氏钉打入坐骨结节作为牵引。行关节内探查时还可切开关节囊, 如 CT 显示关节内有骨折块, 应脱出股骨头将其取出。显露骨折端, 整复骨折, 分别用螺钉、重建钢板加螺钉固定。术中应注意伤肢保持屈膝位, 有利于坐骨神经牵开保护, 避免损伤。术后皮牵引 3 周, 患髌床上功能锻炼, 行髌臼模造; 据拍片情况, 逐渐下地负重。

### 3 结果

坐骨神经损伤为感觉异常和足下垂, 术后 3 个月内感觉均有恢复, 5 例分别于术后 8、12 个月足下垂消失, 3 例足下垂未能恢复。合并异位骨化 5 例, 股骨头坏死 6 例。本组均获随

访, 8 个月~3 年, 平均 2.2 年。疗效评定参照美国矫形外科学会髋关节功能评价方法<sup>[2]</sup>: 优, 无疼痛, 步态正常, 关节活动范围>75%, X 线片示关节正常或轻度间隙狭窄和硬化; 良, 行走轻度疼痛, 步态基本正常, 关节活动范围>50%, X 线片有节面硬化、间隙狭窄、骨赘生成; 可, 中度疼痛, 轻度跛行, 关节活动范围<50%, 关节间隙明显狭窄、节面硬化、骨赘形成; 差, 明显疼痛和跛行, 关节僵硬或畸形, X 线片有骨关节炎改变或关节脱位。本组结果: 优 24 例, 良 6 例, 可 6 例, 差 2 例。

#### 4 讨论

准确的影像学检查对髋臼骨折的全面认识尤其重要<sup>[3]</sup>。术前正确分析骨折类型, 选择合适的手术入路及及时的手术是提高髋臼骨折治疗效果的关键<sup>[4]</sup>。理想的手术时机应于伤后 2~10 d 内, 髋臼骨折并脱位者, 主张伤后 24 h 内复位。伤后 10 d, 骨折块复位不易操作。伤后 3 周, 机化骨痂阻碍骨折复位, 更难操作, 效果不佳。本组患者经 X 线及 CT 证实髋臼骨折以后壁及后柱损伤为主, 手术于伤后 3~14 d 进行, 取得了满意的临床效果。

髋臼骨折能否达到解剖复位与手术中骨折的显露是否充分密切相关, 而显露充分的前提是选择正确的手术入路<sup>[5]</sup>。本组患者均采用 Kocher-Langenbeck 入路。此手术入路操作简单, 创伤相对较小, 能充分显露髋臼后壁及后柱骨折<sup>[6]</sup>。横形骨折及“T”形骨折需显露坐骨结节上部及其大切迹, 从坐骨棘及坐骨结节上切断骶棘韧带和骶结节韧带, 解除二者的牵拉, 也能达到很好的显露。对双柱骨折, 通过坐骨大切迹对于前柱的显露也是有用的, 虽然显露不太充分, 只能靠手术通过坐骨大切迹复位, 而不能在直视下操作, 影响总体解剖复位率, 但往往后柱良好复位后, 前柱也能得到复位。避免了前路联合手术创伤大、出血多、时间长及并发症多的缺点。

髋臼复位常需分步进行, 先复位固定单一的骨折块, 然后再将其他骨折块与此相固定, 包括关节外的骨折块, 这有助于判断最后复位的好坏及复位后的稳定性。钢板在固定前准确地塑形, 可确保复位满意。对于后壁骨折, 固定螺钉应向白柱方向拧入; 骨折块较薄, 无法固定者, 可将钢板非常服贴地安放在后壁上, 压紧骨折块后, 固定便于上螺钉的上下端钉孔; 对于后壁粉碎骨折, 无法复位者, 则清除碎骨块, 取髂骨植骨, 修剪成缺失后壁的形状进行螺钉固定。对于横形或“T”形的髋臼骨折, 术中据情况我们使用双钢板平行或交叉固定。我们体会该骨盆重建钢板具有固定坚强、易对粉碎骨折进行整体固定和有利于早期功能训练等优点。本组均能按术后要求进行早期功能训练, 随访无一例骨折移位, 关节活动功能均有恢复, 说明达到了坚强的固定和早期功能锻炼的要求。

#### 参考文献

- [1] Letournel E. Acetabulum fractures; classification and management. Clin Orthop Relat Res, 1980; 151: 81-106.
- [2] Andersson G. Hip assessment; a comparison of nine different methods. J Bone Joint Surg Br, 1972, 54(4): 621-625.
- [3] Reddix RN Jr, Webb LX. Computer-assisted preoperative planning in the surgical treatment of acetabular fractures. J Surg Orthop Adv, 2007, 16(3): 138-143.
- [4] 毛伟民, 徐荣明, 朱文杰. 复合型髋臼骨折治疗的临床研究. 中国骨伤, 2005, 18(2): 76.
- [5] 禹宝庆, 张春才, 苏佳灿. 改良联合入路治疗复杂性髋臼骨折. 中国骨伤, 2007, 20(7): 466.
- [6] Mehlman CT, Meiss L, DiPasquale TG. Hyphenated - history: the Kocher-Langenbeck surgical approach. J Orthop Trauma, 2000, 14(1): 60-64.

(收稿日期: 2008-12-25 本文编辑: 王玉蔓)

## “奇正杯”止痛消肿外用药临床应用有奖征文通知

奇正止痛贴膏和青鹏膏剂是临床上广泛应用于骨骼肌肉疼痛的外用止痛药。为了更好地总结和评估奇正止痛贴膏和青鹏膏剂的临床疗效和交流临床用药经验,《中国骨伤》杂志社与西藏奇正藏药股份有限公司联合举办“奇正杯”奇正藏药止痛消肿外用药临床应用有奖征文活动。

征文内容: 奇正止痛贴膏和奇正青鹏膏剂在骨伤科临床应用中的疗效观察。

征文要求: 必须是未公开在杂志上发表的原创性的临床研究论文。在论文格式上按照《中国骨伤》杂志的论文格式, 必须设有对照组, 并附中英文摘要, 请注明第一作者姓名、单位及科室、通讯地址和邮政编码, 并附上单位介绍信。征文截止日期: 2009 年 12 月 15 日 (以投稿者当地邮戳为准)。收稿地址: 北京市朝阳区北四环中路 131 号中国藏学研究中心 501 室市场部, 邮编: 100101; 也可通过电子邮件以 Word 格式投稿, E-mail: zhengwen\_qz@sina.com (注明“奇正征文”)。

征文评选: 由主办单位聘请国内著名专家组成评审委员会, 对收到的全部论文进行严格、公正的评审。评出: 特等奖 1 篇, 奖金 10 000 元; 一等奖 2 篇, 奖金 5 000 元; 二等奖 5 篇, 奖金 3 000 元; 三等奖 8 篇, 奖金 2 000 元; 优秀奖 20 篇, 奖金 1 000 元。未获奖论文第一作者将获得价值 200 元纪念品一份。获奖优秀论文通过审稿后择优在《中国骨伤》杂志上发表。