

# 外伤性髌关节脱位 102 例临床总结

白求恩医科大学第三临床学院 (长春 130021)

刘玉坤 段德生 李柱田 李春荣\*

本文对 102 例外伤性髌关节脱位进行了临床总结, 现报告如下。

## 临床资料

本组 102 例中男 85 例, 女 17 例; 年龄 14~68 岁, 18~30 岁 79 例; 汽车肇事 48 例, 摩托车祸 27 例, 高空坠落伤 9 例, 其他 18 例; 按 Thompson 和 Epstein<sup>[1]</sup> 分类法, 87 例后脱位, 2 例前脱位, 13 例中心性脱位; 单纯脱位 49 例, 53 例伴有不同部位合并伤: 其中伴有颅骨骨折、脑挫裂伤 11 例, 肋骨骨折、血气胸 6 例, 肝、脾或肠破裂 9 例, 肾、膀胱损伤 4 例; 上肢骨折 12 例, 髌白骨折 15 例, 下肢骨折 21 例 (股骨干骨折 8 例, 股骨头骨折 4 例, 胫腓骨骨折 9 例), 脊柱骨折脱位 5 例, 坐骨神经损伤 12 例。

## 治疗方法

48 例后脱位在伤后 24 小时内复位, 其中手法复位 39 例, 切开复位 9 例; 29 例后脱位在伤后 24~48 小时内复位, 其中 18 例手法复位, 11 例切开复位; 6 例后脱位在伤后 48 小时后手术复位。3 例后脱位、6 例中心性脱位和 2 例前脱位在伤后 48 小时切开复位。其中 2 例后脱位在伤后 2 个月切开复位。2 例合并股骨头粉碎骨折者行人工股骨头置换术, 2 例合并股骨头单纯骨折者行切开复位内固定术。其他部位骨折脱位均作了相应处理。7 例中心性脱位和 1 例后脱位 (超过 10 个月) 复位失败。

## 治疗结果

对其中 89 例病人进行随访, 时间 1 年~15 年, 平均 3 年 8 个月。随访内容包括: 步态、髌部疼痛、髌关节活动范围等, X 线片包括: 股骨头形状、密度、髌关节间隙及新生骨赘等。参照吴振东<sup>[2]</sup>等提出的评定标准: 优 47 例, 可 25 例, 差 17 例。

表 1 合并伤与治疗效果的关系

合并伤	治疗效果			合计
	优	可	差	
无*	32	7	5	44
有	15	18	12	45
合计	47	25	17	89

\* P<0.05 (下同)。

治疗结果表明, 合并伤、复位时间与治疗效果有密切关系。见表 1 和表 2。

表 2 伤后复位时间与疗效的关系

伤后复位时间 (小时)	治疗效果			合计
	优	可	差	
<24*	37	8	3	48
24~48	9	14	6	29
>48	1	3	8	12
合计	47	25	17	89

## 讨论

1. C-T 扫描在外伤性髌关节脱位的诊治中至关重要: C-T 能从三维方向对髌关节进行扫描, 能清晰看出股骨头脱出的方向、程度、髌白缘的完整性、骨折片 (即使是很小的) 的数量和位置等。此外, C-T 检查结果能对选择治疗方法提供依据。本组有 1 例外伤性髌关节后脱位病人, 手法复位后, 症状未完全消失, 走路时, 髌关节明显疼痛。X 线拍片未见髌关节有异常改变。但 C-T 检查清楚地显示股骨头内侧缘骨折。手术选择髌关节前内侧入路, 术中见骨折片翻转, 骨折断面与关节囊粘连, 复位内固定后, 疼痛消失。因此, 我们认为, 对于较为复杂的外伤性髌关节脱位, 在复位前除照 X 线平片外, 还应常规进行 C-T 检查。

2. 影响外伤性髌关节脱位疗效的因素: 影响外伤性髌关节脱位疗效的主要因素是合并伤和复位时间 (见表 1、2)。(1) 合并伤越多越重, 疗效越差。外伤性髌关节脱位常合并头、胸、腹部及脊柱等严重的多发伤。在处理这些危及病人生命的损伤时, 髌关节脱位常被忽视, 待以后发现已为时过晚。另外, 外伤性髌关节脱位大多数有局部复合伤; 包括髌白骨折和股骨头、颈骨折。严重的损伤常使髌关节负重面的软骨损伤, 影响复位后髌关节功能的恢复。由于合并股骨头、颈骨折、髌关节制动时间过长, 股骨头血液供应受到影响, 易发生髌关节强直和股骨头坏死。吴振东等<sup>[2]</sup>报告复合损

\* 吉林省人民医院

伤性髋关节后脱位股骨头坏死的发生率为 14.3%，本组为 13.2%。(2) 复位时间越早，疗效越好。新鲜的髋关节脱位在伤后 24 小时内复位疗效最为理想（见表 2）。早期复位有利于髋关节周围血运的早期恢复，早期恢复股骨头与髋臼的对合关系，可减少关节面的异常刺激，防止关节软骨退行性变；解除脱位的股骨头对周围软组织（特别是坐骨神经）的压迫；亦有利于消除疼痛和肌痉挛。Watson Jones 指出，如果伤后立即复位，脱位后并发症下降 20~30%。临床实践也证实了这一点。本组报告的在伤后 24 小时内复位的治疗优良率高于伤后 24 小时以后复位的优良率 ( $P < 0.05$ )。因此，对于外伤性髋关节脱位，一经确诊，应力争在伤后 24 小时内得到处理。近年有人建议在伤后 6 小时内立即复位<sup>[3,4]</sup>，这样可防止股骨头缺血性坏死，大大减少创伤性骨性关节炎的发生。

3. 复位方法的选择：(1) 掌握手术复位时机。大多数新鲜的外伤性髋关节脱位，在麻醉或镇痛条件下，可用手法整复，但由于髋关节周围肌肉痉挛、股骨头或髋臼骨折等，仍有 5~10% 的病人难于用单纯的手法复位。Epstein<sup>[5]</sup> 发现，在 151 例切开复位手术中，仅有 13 例发现游离骨折片，认为单纯的髋关节后脱位，如果在全麻下首次不能复位，则应避免多次闭合复位而应及早手术。我们在 9 例早期髋关节后脱位的切开复位中发现，肌纤维条索阻碍复位者 3 例，髋臼后缘骨折 4 例，其中 2 例因术前反复闭合复位造成坐骨神经麻痹，3 个月后才得以恢复。对于陈旧性外伤性髋关节脱位，如果不超过 6 个月，仍主张切开复位。(2) 牵引不能替代复位，骨牵引对外伤性髋关节脱位的治疗起重要作用，

特别是对那些有合并伤的病例则经常采用。Rosenthal 等<sup>[6]</sup> 指出，用骨牵引治疗髋关节脱位，有利于处理合并伤，在处理其他合并伤之后，再处理髋关节脱位。但是，单纯骨牵引并不能替代髋关节复位。牵引只能防止髋关节周围软组织挛缩，减轻疼痛。因此，应抓住时机及早复位。本组有 1 例合并血气胸的病人，伤后行股骨髁上牵引，X 线片见髋关节假性复位，1 个月去除牵引后始明确髋关节脱位。术中见髋臼后缘骨折，骨折片阻挡股骨头复位。对于中心性髋关节脱位，股骨头卡在骨折后的髋臼、进入盆腔内，再重的牵引亦难以复位。因此，早期切开复位固定是取得良好疗效的关键。

#### 参考文献

1. Thompson VP, Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. A Survey of two hundred and four cases covering a period of twenty-one years. *J Bone Joint Surg* 1951; 33A: 746.
2. 吴振东, 等. 复合损伤性髋关节脱位的远期疗效分析. *中华骨科杂志* 1989; 3: 175~177.
3. Hougard K, Thomsen PB. Coxarthrosis following traumatic posterior dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg* 1987; 69A: 679.
4. Jacob JR, et al. Traumatic dislocation and fracture — dislocation of the hip: A long-term follow-up study. *Clin Orthop* 1987; 214~249.
5. Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1973; 92: 116.
6. Rosenthal RE, Coker WL. Posterior fracture-dislocation of the hip: An epidemiologic review. *J. Trauma*. 1979. 19: 572.

(收稿: 1995-12-11)

## 金华科惠公司 CPM 器供货信息

浙江金华市科惠医疗设备公司，是由科研单位创办的研制、生产各类 CPM 被动活动关节康复器的专业厂家，为国内最大 CPM 器生产厂。审批文号：浙药器监（准）字 97 第 126007 号。现货可供：

1. JK-B 型下肢关节康复器。
2. JK-C 型智能化下肢关节康复器。
3. JK-H 型肘/踝关节康复器。
4. JK-S 型手指关节康复器。
5. S-3 型便携式腰椎牵引器。
6. 外固定架等常规各类骨科消耗品。

地址：金华市青春东路通园南 7 幢。  
电话：0579-2339460, 2319596

邮编：321000  
联系人：方明