

下复位、内固定的需要。对骨折固定材料一般可选用克氏针、螺钉、钢板等。但由于髌臼部位形态特殊,骨折呈多样性,有时骨折端不易把持、操纵,而使整复、固定较为困难,这需要医生具有丰富的手术经验和良好的手术技巧。

从本组病例的疗效来看,由于骨牵引组大多是前壁、前柱骨折及未波及负重顶的骨折并且移位不明显者,故无法进行统计学处理来对比骨牵引组和手术治疗组的疗效。但 7 例骨折错位明显,因合并伤严重而放弃手术治疗,其疗效均为不满意,这说明错位明显的髌臼骨折积极争取手术治疗较传统的骨牵引治疗有明显的优点。

无论是手术治疗,还是非手术治疗,在牵引下早期功能锻炼非常必要。牵引能稳定骨折,加大关节间隙,缓减股骨头的压力,降低股骨头坏死率。早期功能锻炼既能防止肌肉萎缩,又可防止关节粘连,同时产生关节研磨作用,使关节重新塑形,促进关节软骨的愈合和功能恢复,避免了长期卧床的并发症。

**4.4 预后分析** 髌臼骨折属关节内骨折,晚期并发症高且严重。骨性关节炎和股骨头坏死是最主要的晚期并发症,严重影响疗效。骨性关节炎不仅与骨

折复位好坏有关,也与股骨头和髌臼软骨、软骨下骨的损害部位与程度有密切关系<sup>[6]</sup>。而股骨头缺血坏死与股骨头不同程度的损伤和髌关节囊内动脉环血供障碍有关。从随访结果看,无论手术治疗组还是骨牵引组,骨性关节炎和股骨头缺血坏死发生率均较高(手术组 17/21,骨牵引组 34/44)。分析原因有:(1)合并伤多且严重延误早期诊断和治疗;(2)骨折复位不良;(3)髌臼负重区骨折;(4)股骨头软骨或软骨下骨遭受损伤和关节血供环障碍。尤其是后者,值得临床和实验进一步探讨和研究。

#### 参考文献

- [1] Letournel E. Acetabular fractures: classification and management. Clin Orthop, 1980, 151: 81
- [2] 陆裕朴,胥小汀,葛宝丰,等. 实用骨科学. 北京:北京人民军医出版社,1991. 827.
- [3] Rowe CR, Lowell TD. Prognosis of fractures of the acetabulum. J Bone Joint Surg (Am), 1961, 43: 30.
- [4] Matta SM, Anderson LM, Epstein HC, et al. Fractures of the acetabulum: a retrospective analysis. Clin Orthop, 1986, 205: 230.
- [5] 张伯勋,卢世壁,朱盛修,等. 髌臼骨折. 中华骨科杂志, 1991, 11(4): 246.
- [6] 毛宾尧,应忠追,盖维缤,等. 髌臼骨折与髌脱位. 中华骨科杂志, 1995, 15(8): 509.

(收稿:1998-09-21 编辑:李为农)

## 病例报告

### 痛风性肩关节炎一例

周立飞 周晓波

(临海市中医院,浙江 临海 317000)

患者戴××,男性,26岁。于1996年8月10日初诊:右肩部间歇性红肿疼痛活动受限3年,复发加剧2天。于3年前右肩部轻微扭伤致局部红肿疼痛,夜间尤剧,活动不利,持续一周后好转。此后每隔数月或半年发作一次,但近一年来发作频繁。2天前饮酒后复发红肿疼痛,活动受限,补液抗炎止痛治疗不见缓解来院。以往均作“风湿痛”屡治屡发。家族中其叔父足趾关节有类似肿痛病史。查体:T38.3℃、R20次/分,P86次/分,BP130/80 mmHg,右肩关节红肿,皮温略高,肩峰下压痛明显,肩关节

运动障碍。实验室检查:抗“O”(-),类风湿因子(-),血沉20 mm/h,血尿酸6.8 mg%、白细胞7100/mm<sup>3</sup>、中性87.4%、淋巴12.6%。X线片示:右肱骨头边缘局限性穿凿状骨质破坏缺损区,关节间隙稍窄无骨膜反应。予秋水仙碱,消炎痛,保泰松及中药内服治疗,肿痛消失,活动如常,嘱注意饮食,随访至今未见复发。

**讨论:**笔者认为本例属原发性与家族遗传有关,由于内源性尿酸增多,肾脏排泄尿酸的能力降低所致。本病需与类风湿性关节炎;假性痛风及松毛虫性骨

关节病等骨病相鉴别。类风湿多见女性,好发于双手近端指间关节,极少累及远端指间关节及肩关节,且关节呈对称性梭形肿胀,类风湿因子(+),可作鉴别参考。假性痛风无明显的性别的优势,血尿酸不高,多发于膝关节以透明软骨及纤维软骨钙化为主要放射学改变。松毛虫性骨关节病,好发于掌指关节,有接触松毛虫史,多发于夏秋季节,无特征性放射学表现,血尿酸正常。总之本病是以突发性红肿疼痛与血清尿酸增高为特点,发生部位不限于手足关节,临床上应引起注意,以免误诊。

(编辑:李为农)