

# 76 例髌臼骨折的治疗

高辉\*

(甘肃省中医院骨科, 甘肃 兰州 730050)

**【摘要】** 目的 评价髌臼骨折不同的治疗方法、疗效。方法 本文报告了 76 例有移位髌臼骨折经骨牵引治疗及手术治疗的临床疗效观察, 并进行了 2~ 10 年的随访。结果 牵引治疗组 36 例病例优良率 63. 9%, 手术治疗组 40 例优良率 92. 5%, 经卡方检验,  $P < 0. 05$ , 显示二种治疗方法的疗效的显著性差异。结论 手术治疗对有移位髌臼骨折的治疗的远期疗效明显高于骨牵引治疗。

**【关键词】** 髌臼; 骨折; 治疗学

The treatment of the acetabular fracture clinical report of 76 cases GAO Hui. Gansu Hospital of TCM ( Gansu Lanzhou, 730050, China)

**【Abstract】 Objective** To evaluate the curative effect of different ways in the treatment of acetabular fracture **Methods** 76 cases of acetabular fracture were treated by surgery and skeletal traction and were followed up 2~ 10 years. **Results** The results showed that 63. 9% of the 36 cases treated by skeletal traction and 92. 5% of the 40 cases treated by surgery obtained excellent results. It showed a significant difference of the two ways. **Conclusion** The results indicate that long term curative effect of acetabular fracture with surgery is better than that with skeletal traction.

**【Key words】** Acetabulum; Fractures; Therapeutics

髌臼骨折是髌关节较为严重的损伤, 因合并股骨头中心性脱位, 治疗上较为困难。传统的治疗方法多采用骨牵引治疗, 但近年来更多的学者提出了手术治疗的必要性<sup>[1, 2]</sup>。自 1987 年以来, 我院收治了 76 例有移位髌臼骨折, 对其中 36 例采用骨牵引疗法, 另 40 例进行了手术治疗, 现就我们观察的临床疗效总结如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 76 例病例中男 48 例, 女 28 例; 年龄 17~ 60 岁, 平均 36. 2 岁。单侧 68 例, 双侧 8 例; 车祸伤 38 例, 坠落伤 24 例, 挤压伤 12 例, 其它伤 2 例; 合并创伤性休克 14 例, 颅脑脊柱损伤 8 例, 股骨头、颈骨折 6 例, 内脏损伤 4 例, 肢体骨折 8 例。

**1.2 分型资料** 按 Letournel<sup>[3]</sup>分型方法, 本组病例分为: 后壁骨折 20 例, 后柱骨折 8 例, 前壁骨折 12 例, 前柱骨折 9 例, 横形骨折 5 例, 双柱骨折 8 例, T 形骨折 3 例, 前柱伴后半横形骨折 6 例, 半横形骨折 5 例。

## 2 治疗方法

**2.1 牵引方法** 先做股骨髁上或胫骨结节持续外展骨牵引, 之后在大小粗隆处套入布带向外侧手法拔伸牵引, 使所产生的双方向的合力与股骨颈方向形成一致, 重量 8~ 15 kg。牵引 1~ 3 d 后拍床头 X 线片, 如股骨头负重区与髌臼顶部的关系已恢复正常, 以 5~ 8 kg 重量维持 8 周, 早期行髌、膝关节及股四头肌功能锻炼。3 个月下地活动。

**2.2 手术方法** 根据不同骨折类型, 分别采用髂腹股沟入路、Kocher langenbeck 入路、延长髂股入路、Smithr Petersen 入路。手术前应常规下肢骨牵引以减少术中复位困难。内固定材料的选择以简单有效为原则, 可用骨盆重建钢板、螺丝钉、克氏针、钢丝等。术后无需外固定或骨牵引, 3 d 后 CPM 被动活动关节, 2 周后扶拐患肢不负重行走, 3 个月后弃拐下地活动。

## 3 结果

**3.1 疗效标准** 参照美国矫形外科研究院标准, 分为优、良、可、差四个等级<sup>[4]</sup>, 优: 无痛, 步态正常, 关节至少为正常活动范围 75%, X 线片无明显关节或轻度关节间隙狭窄或硬化; 良: 轻微疼痛, 步态正常, 关节活动范围大于正常的 50%, X 线片示关节面硬

\* 作者现于北京大学人民医院读博士, 邮编: 100044

化, 间隙狭窄, 有骨赘形成; 可: 中度疼痛或轻度跛行, 关节活动范围少于正常的 50%, X 线片可见有明显的关节间隙狭窄, 关节面硬化和骨赘形成; 差: 显著疼痛, 明显跛行, 关节僵硬并伴有明显畸形, X 线片所见有明显关节炎改变, 股骨头向髋臼中心明显移位。

3.2 随访结果 本文所述 70 例病例均进行了 6 个月~ 5 年的随访, 平均 2 年 6 个月, 其结果见表 1。

表 1 二种治疗方法结果比较

观察组 分类	病例 数	优	良	可	差	骨性关节炎	股骨头缺血性 坏死	优良率
牵引组	36	10	13	10	3	14(38.9%)	4(11.1%)	63.9%
手术组	40	17	20	3	0	10(25%)	3(7.5%)	92.5%

两组优良率经  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$ , 按  $\alpha = 0.05$  水准, 两组优良率差异显著, 有统计学意义。

#### 4 讨论

4.1 受伤机制 髋臼骨折系由于直接或间接暴力经股骨颈使股骨头直接撞击髋臼的结果, 如受伤时大腿处于轻度外展旋转中心位, 暴力作用于臼中心, 即发生髋臼横形、T/Y 形或粉碎型骨折; 如受伤时大腿轻度外展并内旋或外旋, 暴力沿股骨头作用于髋臼后壁或前壁, 则产生后柱或后壁骨折, 或者前柱或前壁骨折<sup>[5]</sup>。

4.2 髋臼影像学检查 髋臼骨折的常规 X 线检查是必要的, 采用 Judet 等<sup>[6]</sup> X 线检查包括摄患髋正位、髂骨斜位(骨盆向患侧斜 45°)和闭孔斜位(骨盆向健侧斜 45°)片。这能检查出髋臼骨折外貌及移位情况, 但对某些线形骨折或较小的局限性骨折及骨折块位置、关节间隙有无碎片等, 仍难以作出判断。随着现代影像学在临床的广泛应用, 利用 CT 作髋臼横断面扫描比 X 线片更能明确髋臼复杂骨折的形态(包括骨折片的位置、关节间隙有无骨碎片等), 这对髋臼骨折是否进行手术及手术入路都是很有帮助的<sup>[7]</sup>。但是, CT 断层扫描需要阅片者有良好的空间想象力, 并熟悉髋臼周围的解剖结构。EBCT 三维重建可以得到髋臼骨折最直观、最全面的图象, 如同观察骨盆实体标本, 对髋臼骨折的诊断和治疗优势显著<sup>[8]</sup>。

4.3 手术的必要性 髋臼骨折是一种严重的损伤, 常有致命的合并症, 因此宜早期处理。合并明显股骨头脱位的病例, 延迟过久影响股骨头血运有造成股骨头缺血性坏死的可能。尽管在骨牵引复位的病例中, 由于后期疤痕组织充填白底而使观察到的临床效果要好于 X 线片反应的骨折对位情况, 但由于

手术治疗能彻底清除关节内的游离体, 尽可能地使骨折移位达到或接近解剖复位, 使几何构形复原, 关节面完整、光滑、无梯坡、无缺损, 内固定可获得稳定的髋臼解剖位置, 减少卧床时间, 早期功能锻炼, 因此远期效果明显优于牵引治疗组。

4.4 手术适应证<sup>[1]</sup> ①凡入院后采用骨牵引治疗 7 d 复查 X 线片, 骨折移位大于 3 mm 者; ②凡经髋臼负重顶的骨折移位大于 3 mm 者; ③关节腔内有游离骨片阻碍股骨头复位不良者; ④骨折块占整个后壁 40% 以上的后壁骨折以及后柱骨折导致关节不稳定者; ⑤合并有坐骨神经损伤需及时手术探查者。

4.5 预后 髋臼骨折属关节内骨折, 晚期并发症高且严重。股骨头缺血性坏死和骨性关节炎是最主要的晚期并发症, 严重影响疗效。股骨头缺血性坏死与股骨头不同程度的损伤和髋关节囊内动脉环血供障碍有关, 而骨性关节炎的发生与骨折复位关系密切<sup>[9]</sup>。在我们采用骨牵引组的病例中, 骨性关节炎的发生率 38.9% (14 例) 明显高于手术治疗组 25% (10 例)。采用骨牵引的方法, 仅重视股骨头的复位, 却很难使髋臼骨折达到理想复位, 有时则根本不可能, 即使复位也难以维持。手术则可能使髋臼骨折达到良好的复位和固定, 还有利于关节早期活动和磨造, 促进关节内软骨愈合, 减少并发症。无论是骨牵引治疗或手术治疗, 早期功能锻炼非常重要, 它既能防止肌肉萎缩, 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, 避免长期卧床的并发症。

#### 参考文献

- 常敏, 苏开荣, 李群辉, 等. 髋臼骨折的治疗. 中华骨科杂志, 1996, 16(4): 215.
- 唐天驷, 孙俊英. 髋臼骨折的诊断和处理. 中华骨科杂志, 1999, 19(12): 749.
- Letournel E. Acetabulum fracture: Classification and management. Clin Orthop, 1980, 151: 81.
- Ceunnar Andersson. Hip assessment: A comparison of nine different methods. J Bone Joint Surg (Br), 1972, 54(4): 421.
- 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1999. 647.
- Judet R, Letournel EJ. Fracture of the acetabulum. J Bone Joint Surg (Am), 1964, 46: 1615
- 宋护飞摘. 计算机断层摄影术(CT)对髋臼骨折的估计. 国外医学·创伤分册, 1983, 4(3): 187.
- 陆维举, 赵健宁, 李斌, 等. 电子束 CT 三维重建在髋臼骨折诊断与治疗中的应用. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(5): 321.
- 毛宾尧, 应忠追, 盖维综, 等. 髋臼骨折与髋脱位. 中华骨科杂志, 1995, 15(8): 509.