

· 临床研究 ·

髋关节后脱位伴同侧转子间骨折的治疗

Treatment of posterior dislocation of the hip associated with intertrochanteric femoral fracture

张兴修

ZHANG Xingxiu

【关键词】 髋脱位； 股骨骨折 【Key words】 Hip dislocation； Femoral fracture

我院自 1987 年 8 月 - 2000 年 3 月采用 Gibson 切口治疗髋关节后脱位伴同侧转子间骨折 16 例,经 0.5~5 年随访,取得较好疗效,现总结如下。

1 临床资料

本组 16 例,男 10 例,女 6 例;年龄 45~64 岁。左髋 9 例,右髋 7 例。车祸伤 7 例,砸轧伤 5 例,坠落伤 4 例。合并髋臼后缘骨折 2 例,坐骨神经损伤 1 例。转子间骨折按 Evans 标准^[1]分型: II 型 5 例, III 型 8 例, IV 型 3 例。所有病例均经 X 线片或 CT 确诊。

2 治疗方法

本组病例均采用髋关节 Gibson 切口手术治疗,转子间骨折则采用麦氏鹅头钉内固定,术后卧床 2 个月,患肢“T”形鞋制动。其中最初 3 例行保守治疗,经大重量(达体重 1/6)胫骨结节牵引 3~4 周,因治疗失败后改用手术治疗,术中见除股骨头后脱位外,转子间骨折近端向前横向翻转(股骨颈远端指向前方)。7 例经胫骨结节牵引 1 周后手术治疗,术中见骨折近端轻度横向翻转,后来 6 例均在 6~8 h 内急诊手术,术中见骨折近端亦有横向翻转趋势。

3 治疗结果

行保守治疗的 3 例,骨折脱位无一例复位,且在牵引过程中 3 例均出现了足下垂,足趾运动乏力,小腿后外侧麻木等坐骨神经损伤症状。改手术治疗后经 0.5~5 年随访,3 例坐骨神经损伤症状均消失,但其中 1 例发生股骨头无菌性坏死。经术前牵引 1 周的病例,其中 1 例有原发坐骨神经症状,在牵引 5~7 d 时发现坐骨神经症状逐渐加重,同种方法术后半年,坐骨神经症状仍未消失,再次入院行神经探查

术,术中见坐骨神经部分神经束被髋臼后缘骨折块挫伤,予神经吻合及瘢痕松懈,2 年后随访踝及趾背伸肌力由原来的 0 级提高到 II 级,小腿后外侧麻木亦明显减轻。所有病例治疗后经 0.5~5 年随访无一例复发股骨头脱位,转子间骨折按黄公怡等^[2]疗效评定标准:优 10 例,良 5 例,差 1 例。髋关节功能根据 Merle D'Aubigne 分类法^[3]:优 6 例,良 5 例,可 3 例,差 2 例。

4 讨论

4.1 骨牵引产生坐骨神经症状的可能原因 股骨头后脱位时,转子间骨折的近端受外旋肌群的外旋力,髂腰肌的向上拉力以及髋臼后缘的阻挡,三力综合作用,使骨折近端有向前横向翻转的趋势,如果再加上向下的骨牵引力,使外旋肌及髂腰肌更加紧张,造成骨折近端的翻转成为可能,当骨折近端翻转后股骨头将会更加将坐骨神经顶向后方,造成坐骨神经张力过大,再加上骨牵引还可使患肢延长,这样坐骨神经的张力将会更大而导致损伤。另外,若髋臼后缘还有移位的骨折块,在外力牵引过程中将会更加重骨折块对坐骨神经的挫伤。

4.2 治疗方法的选择 这类病例一经确诊,就应立即手术,保守治疗无效。作者认为最好能急诊(6~8 h 内)手术,这样既避免了因明显肿胀而导致的手术困难,又避免了在牵引过程中有可能引起的坐骨神经损伤并缩短了住院时间,但若无法急诊手术,应积极术前准备,术前采用小重量牵引(体重 1/8~1/9) 5~7 d,因牵引的目的不是复位,主要是制动以减轻疼痛及利于消肿,给手术提供方便,术前准备时间越长,术后股骨头坏死的可能性越大。术中的内固定材料我院一律采用的是麦氏鹅头钉,这种内固定虽操作方便,易于成功,但生物力学的研究和临床结果

都证明这种内固定设计不能用于早期负重,且病人术后 2 个月才能负重,卧床时间偏长,因而若医院条件许可,可采用加压滑动鹅头钉,这种钉设计较好,能承受 280 kg 抗弯能力^[4],因而它固定牢固,病人能够早期活动。

4.3 手术入路的选择 髋关节手术入路常用的有三种:Smith-Petersen 切口可以照顾到转子间骨折,但对股骨头后脱位的处理较困难,Moore 切口可以弥补前者的不足,但对伴有近端向前横向翻转的转子间骨折复位固定又不易,因而在实践中采用 Gibson 切口,完全可以同时整复髋脱位及内固定转子间骨折。至于坐骨神经损伤,一般情况下,当脱位整复后,坐骨神经麻痹可逐渐得到缓解,若 3 个月,坐骨神经症状不见缓解时,可能坐骨神经有原发

损伤、粘连、瘢痕压迫或骨折片压迫,可行坐骨神经探查术^[5],因而,这类病例,我院采用 Gibson 切口获成功。

参考文献

- 1 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991.652-659.
- 2 黄公怡,王福权.鹅头钉治疗股骨转子间骨折的疗效分析.中华骨科杂志,1984,4(6):349-353.
- 3 Kuderna H, Boller N. Treatment of the trochanteric and subtrocantalic fracture of the hip by Ender method. J Bone Joint Surg (Am), 1976, 58:604-607.
- 4 王福权,骆燕禧,黄公怡,等.加压滑动鹅头钉的应力测试和对髋部骨折治疗的初步结果.中华骨科杂志,1990,10(3):165-167.
- 5 赵炬才,张铁良.髋关节外科学.北京:中国医药科技出版社,1992.236-241.

(收稿:2002-08-22 修回:2002-12-05 编辑:李为农)

· 短篇报道 ·

跟骨骨折的手术治疗

王国平 华饶锋 陈金洪 盛新君 周军 郇元
(富阳市中医骨伤科医院,浙江 富阳 311400)

我院从 2000 年 6 月-2001 年 10 月,应用切开复位重建钢板内固定治疗跟骨骨折 38 例 40 足,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 38 例,男 30 例,女 8 例;年龄 21~65 岁,平均 41 岁。受伤原因均为高处坠落伤,其中 6 例合并有胸腰椎压缩性骨折,5 例有双足同时骨折。所有患者术前均摄 X 线侧位、轴位片,进行水平面和冠状面 CT 扫描。按 Sandens 分型[J Bone Joint Surg (Am), 2000, 82:225], 38 例 43 足跟骨骨折中, I 型 3 足, II 型 13 足, III 型 16 足, IV 型 11 足。伤后至手术时间最长 43 d,最短 3 d,平均 8 d。

2 治疗方法

对无移位的 I 型骨折 3 足采用单纯夹板固定;其余 40 足跟骨骨折后关节面塌陷,或距下关节面不平整者 II~IV 均行切开复位,重建钢板内固定。手术在气囊止血带下进行,切口应用“L”形的跟骨外侧切口,起自外踝后上方 3 cm,垂直向下,距足底 1 cm 弯向前,达骰骨外。用锐骨刀切下向外膨出的跟骨外侧壁,暴露距下关节,清除血块,直视跟骨后关节面,认清凹陷移位的骨折块,使其复位。应用 5~7 孔的弧形重建钢板作固定,钢板凸面向上,前端止到跟骰关节,后端止到跟骨结节,对已复位的跟骨丘部要利用螺钉固定到跟骨的内侧壁或载距突上,与载距突相对应的钢板几个螺孔也要用螺钉倾斜尽可能固定到载距突上,以增强其稳定性。对跟骨结节舌形骨块位置较上者,可另用螺钉辅助固定。术毕负压吸引,棉垫加压包扎。抬高患肢 3 d,术后 24 h 开始足趾活动,48 h 开始踝活动,并拔除引流,完全负重需术后 3 个月。

3 治疗结果

本组行切开复位重建钢板内固定的 38 例 40 足,按皮肤切口愈合标准甲级愈合 34 足,乙级愈合 6 足,无出现皮缘坏死及钢板外露,切口裂开者经换药而愈。随访时间 3~18 个月,平均 5.3 个月。按张铁良跟骨关节内骨折评分标准[中华骨科杂志,2000,20:117],优 18 足,良 15 足,可 7 足,优良率 82.5%。

4 讨论

跟骨关节内骨折占跟骨骨折中的 85%~90% 以上,所以传统非手术疗法难以恢复跟骨正常的宽度和高度,多遗留足跟加宽、足弓消失和足外翻畸形。所以近年来国内外有学者认为处理跟骨骨折要象处理关节内骨折一样,必须切开精确复位。从本组病例分析,我们也认为涉及关节面的跟骨骨折,特别是涉及后关节面的骨折必须行手术切开复位内固定,只有恢复了跟骨关节面的解剖形态,方能较好地恢复足的功能。但切开复位如手术操作不当,易造成皮肤切口不愈合、坏死、钢板外露及骨折块的复位不良等并发症。所以我们在手术操作中要注意:切口要选择得当,不要作皮下分离,直达骨质后用圆刀切剥,全层掀起皮瓣,跟骨外侧壁须用锐利骨刀切下,翻转后方能直视复位跟骨塌陷移位的距下关节面,在纠正跟骨的高度、宽度同时,应注意矫正跟骨的外翻。同样,植骨时也应注意外高内低,矫正跟骨外翻,最后用重建钢板固定时须塑形,弧度向上弯曲,通过跟骨前方的骰骨、后侧的跟骨结节和内侧的载距突,使塌陷的后关节面得到有效的支撑固定,术后不需要作外固定。

(收稿:2002-08-26 修回:2002-12-13 编辑:王宏)