

· 经验交流 ·

手术治疗髋关节后脱位合并股骨头与髋臼骨折的体会

万仲梅¹, 张艺平¹, 申明高², 肖军德¹

(1. 湘乡市中医院骨科, 湖南 湘乡 411400; 2. 邵阳市中医院骨科)

【摘要】 目的: 探讨髋关节后脱位合并股骨头与髋臼骨折的手术治疗效果与预后。方法: 回顾性总结 17 例髋关节后脱位合并股骨头骨折与髋臼骨折患者的手术治疗经验。所有患者于伤后 12 h 内行髋关节手法复位, 并于术前通过 CT 定位, 股骨头骨折采用切开复位可吸收螺钉内固定, 髋臼骨折根据情况或予切除, 或予钢板内固定。结果: 17 例患者术后 6 个月内所有骨折均骨性愈合, 无股骨头坏死, 按 Modifie Daobigne and Postal 临床分级标准评定关节功能恢复情况, 优 8 例, 良 7 例, 可 2 例。优良率为 88.2%。结论: 髋关节后脱位伴股骨头骨折与髋臼骨折, 采取手术治疗可获得较好的预后。

【关键词】 股骨骨折; 髋关节; 脱位; 骨折固定术, 内

Surgical treatment for posterior hip dislocations complicated with fractures of femoral head and acetabulum WAN Zhong-mei, ZHANG Yi-ping, SHEN Ming-gao, XIAO Jun-de. Department of Orthopaedics, the TCM Hospital of Xiangxiang, Xiangxiang 411400, Hunan, China

ABSTRACT Objective: To explore the effectiveness and prognosis on surgical treatment of posterior hip dislocations complicated with fractures of femoral head and acetabulum. **Methods:** Seventeen patients with posterior hip dislocations complicated with fractures of femoral head and acetabulum were reviewed in the study. All the patients were treated with manual reduction within 12 hours after injury. CT location was used before operation. Absorbable screw fixation was performed for the femoral head fractures, while plate fixation or resection was performed for acetabular fractures. **Results:** All the patients got bony union within 6 months after operation without femoral head necrosis. Evaluate joint function according to Modifie Daobigne and Postal clinical classification criteria, 8 patients got an excellent result, 7 good and 2 fair. The excellent and good rate was 88.2%. **Conclusion:** Surgical treatment can have a satisfactory prognosis for patient with posterior femoral head and acetabulum.

Key words Femoral fractures; Hip joint; Dislocation; Fracture fixation, internal

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(9): 672-673 www.zggszz.com

髋关节后脱位同时伴股骨头与髋臼骨折临床报道较少。由于创伤严重, 损伤机制复杂或治疗不当, 常引起髋关节功能障碍, 影响临床疗效, 严重者将终身残废。因此如何正确诊断和治疗髋关节后脱位伴股骨头与髋臼骨折十分重要。自 1999 年 10 月至 2006 年 8 月共收治髋关节后脱位合并股骨头与髋臼骨折患者 17 例, 通过手术切开复位及对骨折采用相应的复位内固定, 取得了良好疗效。

1 临床资料

本组髋关节后脱位同时伴股骨头与髋臼骨折 17 例(见图 1), 男 11 例, 女 6 例; 年龄 16~62 岁, 平均 38 岁。右髋 10 例, 左髋 7 例; 股骨头骨折 I 型 11 例, II 型 6 例, 均由交通事故损伤。伤后手术时间 1~10 d, 平均 5 d, 3 d 内手术者 6 例, 3 d 后手术者 11 例。

2 治疗方法

所有患者入院后均先予髋关节脱位手法复位, 17 例中伤

后 6 h 内复位者 11 例, 伤后 6 h 之后复位者 6 例。复位后予牵引维持, 并进行手术前准备, 择期行骨折复位内固定。手术入路采用 S-P 入路或 Gibson 入路。髋臼骨折中 3 例无明显错位而未作固定; 5 例为少许边缘骨折给予摘除骨片; 9 例有明显移位的大块骨片给予开放复位重建钢板内固定。在处理髋臼病变同时探查股骨头骨折, 17 例均采用可吸收螺钉内固定, 其中 2 枚固定 5 例, 3 枚固定 12 例。术毕放置引流管, 逐层缝合伤口。

术后给予伤肢皮牵引或骨牵引 4 周制动, 同时嘱患者作伤肢肌力锻炼, 4 周后 CPM 功能锻炼, 3~6 个月后部分负重行走^[1-2]并定期复查 X 线片。

3 结果

3.1 疗效评定标准 评定内容及标准参照 M·D·P(Modifie Daobigne and Postal)临床分析标准^[3]进行, 见表 1。总分 18 分为优, 15~17 分为良, 13~14 分为一般, <13 分为差。



图 1 男,36 岁,因车祸致伤 1a.髋部 CT 见髋关节脱位,髋臼骨折,股骨头骨折 1b.X 线片见髋关节后脱位,股骨头骨折

Fig.1 Male, 36-year-old, injured in a traffic accident 1a.Preoperative CT show hip joint dislocation fractures of acetabulum and femoral head 1b.Preoperative X-ray showed posterior dislocation and femoral head fracture

表 1 M·D·P 临床评价标准

Tab.1 M·D·P clinical evaluation criteria

评分 (分)	评定内容		
	疼痛	行走	关节活动范围(%)
6	无	正常	95~100
5	轻度或偶尔	不用拐杖轻度跛行	80~94
4	行走疼痛休息后缓解	用拐杖可长距离行走	70~79
3	中度疼痛但仍可行走	即使用拐杖行走距离也有限	60~69
2	严重疼痛而不能行走	行走距离非常有限	50~59
1	持续疼痛	无能力行走	<50

3.2 结果 本组 17 例均获得随访,随访时间平均 2.5 年(1~4.5 年),无伤口感染及排斥反应。术后每 2 个月复查 X 线片,6 个月内所有骨折均完全愈合,无股骨头坏死。按 M.D.P 标准评定,本组 18 分 8 例,17 分 2 例,16 分 3 例,15 分 2 例,14 分 1 例,13 分 1 例,平均(16.65±1.62)分。本组优 8 例,良 7 例,

可 2 例。

4 讨论

髋关节后脱位伴股骨头骨折与髋臼骨折较少见,占髋关节后脱位中的 0~16%,多见于交通事故伤,当屈髋屈膝时,膝部受到撞击,股骨头向后撞击髋臼后缘易发生骨折^[4]。

髋关节是一个复杂和重叠的立体结构,常规的髋关节正侧位 X 线片虽然能给脱位骨折提供分类依据,但脱位后图像多有重叠,CT 可以断层分辨骨折脱位后的情况,CT 三维重建图像不但可以从各个角度观察骨折脱位情况,还可以立体再现髋关节脱位、股骨头与髋臼骨折的部位、类型和移位方向,为手术入路的选择和手术方案的设计提供客观依据^[5]。因此,CT 检查是髋关节后脱位伴股骨头髋臼与骨折影像检查的必须和首选。

髋关节后脱位并发股骨头和髋臼骨折后,选择何种方式进行治疗对愈后的影响很大。作者认为,首先对髋关节进行手法复位,再复查 X 线片和 CT,对决定治疗方式有重要意义。如果复位成功,X 线片及 CT 扫描显示股骨头骨折块解剖复位,髋臼骨折移位不明显,持续骨牵引 6 周有可能获得良好效果。如果后脱位复位成功,但股骨头骨折块非解剖复位,髋臼骨折移位 ≤2 mm,采用 S-P 前切口,于股骨头关节面下拧入 2~3 枚可吸收螺钉,固定股骨头骨折而无须处理髋臼骨折,亦可达到较满意的疗效。如果后脱位无法复位或闭合复位后大的股骨头骨折块仍留于髋关节后方或髋臼骨折移位 >2 mm,则采用后方入路,直视下复位,股骨头骨折采用可吸收螺钉 2~3 枚软骨下固定,髋臼骨折用皮质骨螺钉或重建钢板固定。本组 17 例中股骨头骨折均采用可吸收螺钉固定,髋臼骨折中移位明显的大块骨片予钢板固定,术后均获得良好效果。

随着手术的普遍开展,对髋关节后脱位伴股骨头与髋臼骨折,内固定选择不当或固定不充分引起的复位失败、螺钉进入关节、股骨头坏死、创伤性关节炎等并发症日益突出^[6],术前准确影像定位、合适的手术入路和适当的内固定、早期手法复位和适宜的手术治疗、术中精确对位、术后早期积极的功能锻炼是髋关节后脱位伴股骨头与髋臼骨折治疗的关键。本组病例通过不同的手术方式进行治疗达到较好的效果,但样本量较小,股骨头骨折 III 型尚无病例,有待继续观察。

参考文献

- 禹宝庆,张春才,苏佳灿,等.改良联合入路治疗复杂性髋臼骨折.中国骨伤,2007,20(7):465-466.
- 陆春,董桂甫,朱金荣.髋关节后脱位合并髋臼后柱(壁)骨折的手术治疗.中国骨与关节损伤杂志,2007,22(6):510-511.
- Browner D. 骨创伤(Skeletal trauma)(英文影印版).第 2 版.北京:北京科学出版社,2001.1217.
- 侯树勋.现代创伤骨科学.北京:人民军医出版社,2002.8.
- 徐伟,沙广钊,缪昌杰,等.高能量创伤髋臼骨折 78 例治疗分析.中国骨伤,2007,20(7):467.
- 牛云飞,王家林,张春才.髋臼前壁厚度的解剖学测量及其意义.中国骨与关节损伤杂志,2007,22(6):459-461.

(收稿日期:2008-06-30 本文编辑:连智华)