

髋关节后脱位合并股骨头骨折的诊疗方法

于珂 于洪文

(青岛市市立医院, 山东 青岛 266011)

【摘要】 目的 总结髋关节后脱位合并股骨头骨折 12 例的诊治情况。方法 根据股骨头骨折 X 线片及 CT 所见采取单纯牵引 7 例, 手术治疗 5 例, 包括关节内游离骨片摘除 1 例, 髋关节碎骨片清理, 髋臼骨折复位内固定 2 例, 行股骨头骨折切开复位可吸收螺丝钉内固定术 2 例。术后早期开始被动及主动髋关节功能锻炼。结果 经过 6 个月~ 3 年随访, 髋关节功能优良率达 91.6%。结论 对髋脱位复位后股骨头骨折对位良好及关节腔外非负重区游离骨片者无需手术治疗, 同时注意关节早期功能锻炼, 以利关节磨造及软骨修复。

【关键词】 股骨骨折 脱位, 髋关节 治疗

The diagnosis and treatment of the femoral head fracture with posterior dislocation of hip joint YU Ke, YU Hong wen. *The Municipal Hospital of Qingdao (Shandong Qingdao, 266011)*

【Abstract】 Objective To review the diagnosis and treatment of 12 patients with femoral head fracture associated with posterior dislocation of hip joint. **Methods** The methods of treatment were selected according to the findings of X ray and CT scanning. 7 cases were treated with traction. Of the 5 cases treated with operation, 1 was treated with resection of intrarticular free bone fragments, 2 cases with débridement, reduction and internal fixation of acetabulum fracture and 2 cases with reduction and internal fixation of femoral head fracture using absorbable screws. **Results** After 6 months to 3 years of follow up, the results were satisfactory, with excellent and good rate of 91.6%. **Conclusion** Surgical treatment is not indicated in the femoral head fractures without free bone fragments in weight bearing zone following the satisfactory reduction of the fracture. Early joint functional exercises should be instituted for joint remodeling and repair of the articular cartilage.

【Key Words】 Femoral fractures Dislocation, hip joint Treatment

髋关节后脱位合并股骨头骨折是一种较为少见的严重创伤, 文献报道不多, 易发生漏诊, 且治疗方法存在分歧。作者自 1977~ 1998 年共收治此类损伤 12 例, 根据骨折类型不同采取不同的治疗方法, 取得了较好效果, 现将其报告如下:

1 临床资料

本组 12 例, 男 10 例, 女 2 例; 年龄 23~ 74 岁, 平均年龄为 37.7 岁, 青壮年多见。均在 48 小时以内就诊。其中合并髋臼后缘骨折 4 例, 骨盆骨折 1 例, Colles 骨折 1 例, 胫腓骨骨折 1 例及小肠破裂 1 例。按 Pipkin^[1] 创伤病理分型: I 型 6 例, II 型 1 例, III 型 1 例, IV 型 4 例。X 线片显示骨折者 8 例, 未能显示骨折而 CT 证实者 4 例。

2 治疗方法

所有病例均在伤后 24 小时内闭合复位, 根据复位后 X 线片及 CT 表现采取相应的治疗方法。单纯牵引治疗 7 例, 其中股骨髁上牵引 5 例, 皮牵引 2 例。手术 5 例, 其中行关节内游离骨片摘除 1 例, 行髋关节碎骨片清理, 髋臼骨折复位内固定术 2 例, 行股骨头骨折切开复位可吸收螺丝钉内固定术 2 例。

3 治疗结果

按刘氏^[2] 功能评定标准: 优: 无疼痛, 步态正常, 关节活动范围至少为正常 75%, 其 X 线片示无明显骨关节改变或骨质

疏松, 关节间隙正常。良: 轻微疼痛, 步态正常, 关节活动范围至少为正常 50%, X 线片示关节间隙有狭窄, 关节面硬化, 股骨头骨折块硬化或有囊性变。可: 中度疼痛, 跛行, 关节活动范围大于正常 30%, X 线片示明显关节间隙狭窄, 关节面硬化, 股骨头密度稀疏或硬化。差: 疼痛严重, 不耐负重, 关节活动范围小于正常 30%, X 线片示关节间隙窄或消失, 有骨赘形成, 股骨头广泛坏死塌陷。本组 12 例, 随访时间 6 个月~ 3 年, 平均 1.5 年, 结果优 7 例, 占 58.3%, 良 4 例, 占 33.3%, 可 1 例, 无差的病例, 只有 1 例股骨头粉碎性骨折发生创伤性关节炎。

4 讨论

4.1 关于本病的损伤机制 本病发生时髋关节处于屈曲内收、股骨干内旋位, 当外力作用于股骨干纵轴方向时, 股骨头向后方猛烈撞击髋臼后壁, 造成股骨头骨折及髋关节后脱位, 或伴有髋臼、股骨颈骨折。由于外力大小、方向及病人受伤时所处的姿态存在差别, 因而出现不同类型骨折。

4.2 关于本病的诊断问题 对于 X 线片上清晰显示了股骨头骨折的病例, 诊断不应存在问题。然而临床上误诊漏诊时有发生, 本组初次就诊时漏诊 5 例, 漏诊率 41.6%, 究其原因不外乎以下几点: (1) 发病机制及临床表现均与单纯性髋关节后脱位极为相似, 由于本病较少见, 认识不足或考虑不全, 复

位后未行 X 线检查或阅片不仔细。(2) 急诊拍片多只有正位片或拍片质量不高, 致骨折线与髌臼影像重叠或分辨不清。(3) 对于整复后骨折对位良好, X 线片难以辨认病例, 未及早行进一步 CT 检查, 本组 4 例误诊属于这种情况。因此, 我们认为对于本病的诊断应提高认识, 认真查体仔细阅片, 完善 X 线检查, 加照髌关节侧位及斜位片, 尽可能采用 CT 检查, 尤其对于合并髌臼骨折者, 不仅可以避免漏诊, 还可为治疗方法的选择提供较好依据, Mayo^[3]指出: CT 可较好地显示关节腔内游离骨块、关节面边缘压缩、髌臼后壁骨折块大小、移位及股骨头损伤情况。

4.3 关于本病的治疗问题 根据国外文献报道, Epstein^[4]主张早期手术复位并固定主要骨折块, 切除小的游离骨片。而 Kelly^[5]则认为闭合复位治疗效果最好。国内文献^[6-8]则多主张手术治疗。从本组治疗效果来看, 我们认为, 是否采取手术治疗应视具体情况而定, 在对骨折全面了解基础上确定最佳治疗方案。

4.3.1 闭合复位牵引治疗 对于单纯股骨头骨折, 骨折块对位佳, 关节腔内无骨碎屑, 已经 X 线片及 CT 证实或游离于关节腔以外的位于非负重区的小骨折片, 以保守治疗为好。这是因为髌关节周围肌肉张力和髌臼之凹状关节面对骨折块已经形成了很好的固定及加压作用。术者对 2 例 X 线证实骨折已完全复位而合并髌臼骨折者行切开内固定时, 我们特意被动活动髌关节, 可见复位后的股骨头骨折块非常稳定地随股骨头移动, 并不影响关节滑动, 因此不必使用内固定, 手术本身只能加重关节血运的破坏, 更不利于骨折愈合。

4.3.2 手术治疗 对于以下情况应考虑手术: (1) 骨折块复位不良或游离于关节内, 根据骨折块大小及是否位于负重部位采取手术摘除或内固定处理。(2) 粉碎性股骨头骨折, 应固

定大块骨折, 清除关节腔内碎骨片及骨屑。(3) 合并大块髌臼后缘骨折, 应行髌臼骨折复位内固定, 保持关节稳定性。(4) 合并股骨颈骨折, 多需做股骨颈骨折复位内固定手术。

手术入路的选择, 应根据创伤病理和手术要求而定, 股骨头后侧骨折合并髌臼后壁骨折取髌关节后外侧入路, 股骨头前内侧或后外侧均有骨折取髌关节前侧入路。

手术内固定物的选择, 有条件时尽量使用可吸收内固定物。黄相杰^[8]等认为: 应用可吸收内固定物治疗股骨头骨折, 完全可以将骨折固定至愈合, 对骨折愈合及术后功能无不良影响, 它避免了金属内固定物留在关节内的后顾之忧, 是位置较深、关节较大的股骨头等松质骨骨折的理想内固定物。

参考文献

- [1] Pipkin, G. Treatment of grade fracturedislocation of the hip. J Bone Joint Surg(Am), 1957, 39: 1027.
- [2] 刘沂, 蔡清华, 杨振宇, 等. 髌关节中心性脱位 40 例随访分析. 中华外科杂志, 1989, 27(6): 323.
- [3] Mayo KA. Fracture of the acetabulum. Orthop Clin North(Am), 1987, 18: 43.
- [4] Epstein, HC. Posterior fracture dislocation of the hip. J Bone Joint Surg(Am), 1974, 56: 1103.
- [5] Kelly PJ, Roeder LF. Primary vitalium mold arthroplasty for posterior dislocation of the hip with fracture of the femoral head. J Bone Joint Surg(Am), 1983, 40: 75.
- [6] 赵勇, 翟绪勇, 王振华, 等. 髌关节后脱位合并股骨头骨折 10 例报告. 骨与关节损伤杂志, 1997, 12(3): 182.
- [7] 朱爱军, 郑国明, 姚舜华, 等. 股骨头骨折的分型与治疗探讨. 骨与关节损伤杂志, 1994, 9(1): 23.
- [8] 黄相杰, 杨茂清, 周志高, 等. 应用可吸收内固定物治疗股骨头骨折. 中华骨科杂志, 1995, 15(11): 758.

(收稿: 1998 12 12 修回: 1999 03 10 编辑: 李为农)

复元活血汤治疗胸肋损伤

刘永林

(苏州市郊区虎丘医院, 江苏 苏州 215000)

以复元活血汤为主方, 辨证论治, 随症加减, 三年来共治胸、肋部损伤患者 158 例, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

男 122 例, 女 36 例; 年龄 17~78 岁; 胸壁、胸肋挫伤 108 例, 肋骨骨折 24 例(其中多根骨折 5 例), 肋软骨炎 12 例, 肋间神经痛 3 例, 陈旧性胸肋损伤 11 例。患者一般均有胸痛, 胸闷及每当咳嗽或胸部体位改变时疼痛加剧, 极个别骨折病人甚至痛厥。

2 治疗方法

方药组成: 全当归 15g, 柴胡 15g, 炙军 10g, 桃仁 10g, 红花 5g, 穿山甲 10g, 天花粉 15g, 甘草 5g。胸痛甚者加薤白; 腕肋痛甚者加川楝子、延胡索及香附(一般均加金铃子散); 瘀而化热者加丹皮、赤芍; 骨断者加续断; 胸闷不舒者加陈皮、茯苓、枳壳; 咳嗽痰多者加半夏、厚朴。

3 治疗结果

胸肋、胸壁损伤服药最长 15 剂(每天一剂, 早晚各煎一次服用, 以下同), 最短服药 4 剂即愈。肋软骨炎, 肋间神经

痛服药 2 剂即减轻症状, 5 至 8 剂基本痊愈。陈旧性胸肋损伤后遗疼痛者, 一般服药 3 剂疼痛即大为减轻, 5 至 7 剂基本痊愈, 且随访未发。肋骨骨折疼不可忍者服药 1 剂疼痛即能缓解, 一般除必要的手法复位和外固定, 仍需随症加减服药至骨折愈合, 一年后随访无明显后遗症。

4 讨论

复元活血汤功效为活血祛瘀, 疏肝通络。主治跌打损伤, 瘀血留于肋下, 痛不可忍者。方中药物均归肝经。

(编辑: 李为农)