

# 髋关节脱位合并股骨头骨折的治疗

## Treatment of hip dislocation combined with femoral head fracture

叶晖, 林其仁  
YE Hui, LIN Qiren

关键词 髋脱位; 股骨骨折; 治疗方案    **Key words** Hip dislocation; Femoral fractures; Treatment protocols

自 1995-2003 年收治合并髋关节脱位的股骨头骨折 22 例, 现就治疗的有关问题加以讨论。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 22 例中男 16 例, 女 6 例; 年龄 20~64 岁, 平均 35 岁。左髋 8 例, 右髋 14 例。交通伤 17 例, 高处坠落伤 5 例。髋关节后脱位 18 例, 前脱位 4 例。合并膝关节韧带损伤 4 例, 髌骨骨折 2 例, 股骨骨折 2 例, 胫腓骨骨折 1 例; 颅脑外伤 3 例, 胸、腹部损伤各 1 例。采用 Pipkin 创伤病理分型<sup>[1]</sup>: I 型 6 例合并髋关节脱位, 股骨头骨折位于中央凹的远侧; II 型 8 例合并髋关节脱位, 股骨头骨折位于中央凹的近侧; III 型 3 例合并髋关节脱位, 股骨头骨折伴股骨颈骨折; IV 型 5 例股骨头骨折伴有髌臼骨折。

**1.2 治疗方法** 所有病例均于伤后 12 h 内进行手法复位, 除一例于伤后 48 h 行切开复位外其余复位失败者均急诊行切开复位。伤后 3 d 内复查 X 线片、CT 决定后续治疗。非手术组 6 例, 均采用骨牵引治疗, 常规牵引 6 周; 手术组中摘除骨折 4 例; 切开复位螺钉固定骨折块 6 例; 螺钉或重建钢板固定髌臼骨折 5 例; 全髋置换术 1 例。采用 Gibson 入路 12 例, Smith Peterson 入路 4 例。术后常规使用抗生素, 术后 12~16 周骨折愈合后开始负重。

### 2 结果

术后骨折均愈合, 无一例感染。所有病例均随访 1~8 年, 平均 3.2 年。采用 Epstein 标准<sup>[2]</sup>进行功能评定, 结果: 非手术组 I 型优 1 例, 良 1 例, 可 1 例; II 型可 1 例, 差 2 例。手术组: I 型优 2 例, 良 1 例; II 型优 1 例, 良 3 例, 差 1 例; III 型优 1 例, 差 2 例; IV 型优 1 例, 良 3 例, 可 1 例。

### 3 讨论

**3.1 治疗方法的选择** 我们主张对于较小的骨折

块应早期予摘除, 较大的骨折块应予内固定。尤其对于 Pipkin II 型骨折因骨折处于髋关节负重区, 应强调解剖复位以防止创伤性关节炎的发生。本组手术病例中关节内有骨碎片或游离软骨片者 11 例。另有一例髋关节脱位复位后 X 线片提示骨折解剖复位, 而 CT 示关节内尚有游离骨片, 患者早期拒绝手术。半年后复查, 诉髋关节疼痛弹响, 手术探查发现软骨面破坏严重。本组中 3 例 Pipkin II 型骨折 2 例行切开复位内固定, 随访 2 年均发生股骨头缺血性坏死; 1 例行全髋置换术, 效果良好。故我们认为对于 Pipkin III 型骨折全髋置换术是最好的治疗方法。对于 Pipkin IV 型骨折则应根据髌臼骨折的类型决定手术方式。

**3.2 手术入路的选择** 我们认为股骨头骨折多伴髋关节后脱位, 后侧支持带血管已遭到破坏, 采用 Smith Peterson 入路无疑加重了股骨头血运的破坏, 且无法修复后方髋脱位造成的关节囊破口, 不利于早期功能锻炼。故应当根据股骨头脱位的方向以及髌臼骨折的部位决定手术的入路。

**3.3 内固定材料的选择** 使用钛质内植物或可吸收材料有助于用 MRI 随访股骨头的存活情况, 尤其是可吸收钉棒, 其优点: ①可在体内降解, 无需二次取出内固定; ②在体内 48 h 后有膨胀作用, 可使固定更加牢固; ③避免因骨折块坏死塌陷导致内植物突入关节内<sup>[3]</sup>。因此可吸收钉棒是一种治疗股骨头骨折较为理想的内植物。

**3.4 并发症** 本组病例中共发生创伤性关节炎 4 例。究其原因: ①未能解剖复位骨折, 恢复关节面的光滑和平整; ②未能彻底清除关节内的骨折片或游离体; ③与关节软骨的原始损伤程度有关。本组共发生股骨头缺血性坏死 3 例, 2 例为 II 型骨折, 考虑与创伤的严重程度有关, 1 例 II 型骨折因骨折块嵌顿, 未能急诊复位, 于伤后 48 h 行切开复位术, 随访

1 年后出现股骨头缺血性坏死。

#### 参考文献

1 Dreinhofer KE, Schwarzk SR, Haas NP, et al. Femur head dislocation fractures. Long term outcome of conservative and surgical therapy. Unfallchirurg, 1996, 99(6): 400-409.

2 Krepasky O, Knybel T. The Pipkin fracture. Acta Clin Orthop Traumatol Cech, 2001, 68(5): 304-310.  
3 王建, 曾维权. 可吸收拉力螺钉治疗股骨头骨折. 骨与关节损伤杂志, 1999, 14(4): 256.

(收稿日期: 2004-10-18 本文编辑: 王玉蔓)

## 髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤的治疗

### Treatment of fracture-dislocation of acetabulum and injury of sciatic nerve

胡根法

HU Genfa

关键词 髌臼骨折; 脱位; 坐骨神经损伤 **Key words** Fracture of acetabulum; Dislocation; Injury of sciatic nerve

自 1990 年 1 月-2002 年 10 月, 共收治髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤患者 38 例, 获得满意效果。

#### 1 临床资料

本组 38 例, 男 26 例, 女 12 例; 年龄 18~62 岁, 平均 40 岁。左侧 24 例, 右侧 14 例; 按 Letournel 分类: 前柱骨折 5 例, 前壁骨折 4 例, 后壁骨折 14 例, 后柱骨折 9 例, 横形骨折 3 例, 双柱骨折 3 例。合并颅脑外伤 3 例, 胫腓骨骨折 4 例, 腹部多发损伤 3 例。

#### 2 治疗方法

**2.1 保守治疗** 5 例髌臼骨折程度较轻, 后脱位合并坐骨神经损伤, 均行闭合牵引复位和牵引治疗 4~6 周。

**2.2 手术治疗** 33 例在受伤后 7 d 内采用后侧入路切开复位内固定并行坐骨神经松解术。术中发现有 24 例坐骨神经于梨状肌下缘从坐骨神经出口处被脱位的股骨头顶压, 骨块压迫 8 例, 血块受压 6 例, 均有神经外膜溢血水肿, 但无根性撕脱伤及坐骨神经断裂伤。

#### 3 治疗结果

手术 33 例, 都在术中得到解剖复位或满意复位。按 Matta<sup>[1]</sup> 关节功能评分, 优 18 例, 良 15 例, 差 5 例, 优良率 78%。手术组中有 6 例发生创伤性关节炎, 7 例发生移位性骨化, 其余(包括保守治疗组 5 例)牵引 4~6 周解除, X 线片复查复位满意, 通过功能锻炼, 随访 3 个月~3 年, 髌臼关节功能恢复良好,

下肢感觉正常, 无其他后遗症。

#### 4 讨论

髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤是否需要手术治疗、何时实施手术, 刘卓等<sup>[2]</sup>主张早期手术探查及时对骨折、脱位进行复位固定, 及时对坐骨神经松解; 毛宾尧等<sup>[3]</sup>认为手术不能解决神经根撕裂和牵拉伤的问题, 只能对原已受损的神经增加再次创伤的机会, 故不主张手术。我们认为髌臼骨折脱位本身就是关节内损伤, 应尽早进行解剖复位, 以免影响髌臼关节的功能及稳定性, 根据临床经验对髌臼骨折脱位伴坐骨神经损伤的患者, 在行切开复位的同时应探查松解坐骨神经, 这种早期切开减压、清除神经内外血肿、解除神经压迫因素是十分必要的, 一般而言, 早期手术有助于功能恢复, 如果坐骨神经长期受到脱位的股骨头、移位骨块或异位骨化的嵌压, 神经继发性缺血、瘢痕粘连则难以恢复神经功能。

手术治疗注意的问题: 手术尽可能在 1 周内进行; 术中尽可能直视下使骨折达到解剖复位, 且固定要牢固; 术中最好使用持骨器械复位, 不要用下肢牵引复位法, 以免引起坐骨神经损伤, 避免广泛剥离, 降低异位骨化, 减少坐骨神经周围瘢痕粘连。

#### 参考文献

1 Matta JM, Anderson LM, Epstein HC, et al. Fracture of the acetabulum: a respective analysis. Clin Orthop, 1986, 205: 230.  
2 刘卓, 刘磊, 吕智. 髌臼骨折脱位合并坐骨神经损伤的临床特点及疗效分析. 中国骨伤, 2002, 15(9): 9.  
3 毛宾尧, 应忠追, 善维滨, 等. 髌臼骨折与髌脱位. 中华骨科杂志, 1995, 15: 507-508.

(收稿日期: 2005-03-25 本文编辑: 李为农)