

· 临床报道 ·

Kocher-Langenbeck 入路治疗髋臼后壁骨折
合并股骨头骨折梁笃¹, 杨冰¹, 郑永华¹, 陈群群², 潘乘龙¹, 何建东¹

(1. 广东省广州市正骨医院, 广东 广州 510030;

2. 广州中医药大学第三附属医院, 广东 广州 510405)

摘要 目的: 观察 Kocher-Langenbeck 入路切开复位内固定治疗髋臼后壁骨折合并股骨头骨折的临床疗效和安全性。方法: 2005 年 10 月至 2010 年 9 月, 采用 Kocher-Langenbeck 入路切开复位内固定治疗髋臼后壁骨折合并股骨头骨折患者 14 例, 男 9 例, 女 5 例; 年龄 23~61 岁, 中位数 39.5 岁。均为 Pipkin IV 型。合并髋关节后脱位、尺桡骨双骨折 1 例; 合并髋关节后脱位、股骨干骨折、肋骨骨折 1 例; 合并髋关节后脱位、颅脑损伤、肱骨外科颈骨折 1 例; 合并骨盆骨折、髋关节后脱位 3 例; 合并骨盆骨折、髋关节后脱位、颅脑损伤 1 例; 合并肋骨骨折 2 例; 合并桡骨远端粉碎性骨折 1 例; 合并坐骨神经损伤 1 例; 合并颅脑损伤 1 例。受伤至手术时间 1~10 d, 中位数 5.5 d。术后随访观察切口愈合、骨折愈合、患肢功能恢复及并发症发生情况。结果: 本组手术切口均甲级愈合; 骨折均愈合, 愈合时间 2~4 个月, 中位数 2.5 个月。14 例患者均获随访, 随访时间 20~62 个月, 中位数 35.5 个月。依据 Thompson-Epstein 评分评价疗效, 优 8 例、良 3 例、可 2 例、差 1 例。术后并发股骨头缺血性坏死 2 例, 经口服透明质酸钠联合股骨头髓芯钻孔减压治疗, 病情控制 1 例; 行人工全髋关节置换术 1 例。术后并发创伤性关节炎 1 例, 口服西乐葆治疗后疼痛缓解。无感染、异位骨化、髋关节再脱位等并发症发生。结论: 采用 Kocher-Langenbeck 入路手术治疗髋臼后壁骨折合并股骨头骨折, 有利于骨折解剖复位和患肢髋关节功能恢复, 减少股骨头缺血坏死和创伤性关节炎的发生。

关键词 髋臼 股骨头 骨折 骨折固定术, 内

髋臼后壁骨折合并股骨头骨折是严重的髋关节复合损伤, 为高能量损伤。2005 年 10 月至 2010 年 9 月, 笔者采用 Kocher-Langenbeck 入路切开复位内固定治疗髋臼后壁骨折合并股骨头骨折患者 14 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 14 例, 男 9 例, 女 5 例; 年龄 23~61 岁, 中位数 39.5 岁。致伤原因: 车祸伤 10 例, 高处坠落伤 3 例, 重物砸伤 1 例。均为 Pipkin IV 型^[1]。合并症: 髋关节后脱位、尺桡骨双骨折 1 例; 髋关节后脱位、股骨干骨折、肋骨骨折 1 例; 髋关节后脱位、颅脑损伤、肱骨外科颈骨折 1 例; 骨盆骨折、髋关节后脱位 3 例; 骨盆骨折、髋关节后脱位、颅脑损伤 1 例; 肋骨骨折 2 例; 桡骨远端粉碎性骨折 1 例; 坐骨神经损伤 1 例; 颅脑损伤 1 例。受伤至手术时间 1~10 d, 中位数 5.5 d。

2 方法

2.1 术前处理 入院后常规拍摄骨盆正位、闭孔斜位、髂骨斜位 X 线片, 并进行 CT 检查, 评估骨折移位

及髋关节周围组织的损伤情况。合并髋关节后脱位者, 于伤后 12 h 内麻醉下手法复位髋关节, 并行胫骨结节骨牵引。合并颅脑损伤者, 经脑外科会诊, 行 CT 定位下微创碎吸术引流血肿。待患者病情稳定、完善各项检查后行手术治疗。

2.2 手术方法 采用腰硬联合麻醉, 患者半俯卧位, 采用 Kocher-Langenbeck 入路, 以大转子为中心, 自髂后上棘外下 5~6 cm 处经大转子至大腿外侧中线向下切一 15~20 cm 长切口。逐层切开皮肤、皮下组织和深筋膜, 切开髂胫束, 钝性分离臀大肌, 沿股方肌后侧寻找坐骨神经, 在距股骨大转子 1 cm 处切断梨状肌和闭孔内肌肌腱并用 7 号缝线标记。用髋臼拉钩在坐骨小切迹处牵开外旋肌群以保护坐骨神经, 环形切开发关节囊进入关节腔(合并髋关节后脱位者沿撕裂的后方关节囊进入), 仔细分离软组织, 游离、保护髋臼后壁, 尽量内旋患侧下肢, 清除髋关节腔内的游离骨块。解剖复位股骨头, 以可吸收螺钉固定, 钉尾埋于软骨面下。解剖复位髋臼后壁, 以 AO 重建钢板固定, 并用空心螺钉固定撕脱的小骨折块。术中尽量恢复髋关节的正常解剖结构, 即恢复股骨头和髋臼的同心圆关系。合并坐骨神经损伤者, 骨折复位后, 沿坐

骨神经走行方向进行探查,切开神经外膜减压。7 号线吻合外旋肌肌腱,在阔筋膜和外旋肌群之间放置负压引流管 1~2 根,缝合、包扎切口。合并四肢骨折者,切开复位、内固定骨折。合并骨盆骨折者,骨折无明显移位者采用非手术治疗,骨折移位明显者行切开复位钢板、空心螺钉内固定。合并肋骨骨折者,未出现血气胸者进行对症处理,出现血气胸者进行胸腔闭式引流。

2.3 术后处理 术后 48 h 内,24 h 引流量 < 50 mL 时拔除负压引流管。术后胫骨结节骨牵引 2 周后,改皮牵引 3~5 周;术后 1 周,开始行髋、膝关节被动功能锻炼及肌肉静力收缩功能锻炼;术后 3 周,开始行髋关节主、被动屈伸功能锻炼;术后 6 周,开始扶拐不

负重行走锻炼;术后 12 周,根据骨折愈合情况开始部分负重行走锻炼。

3 结果

本组手术切口均甲级愈合;骨折均愈合,愈合时间 2~4 个月,中位数 2.5 个月。14 例患者均获随访,随访时间 20~62 个月,中位数 35.5 个月。依据 Thompson-Epstein 评分^[2]评价疗效,优 8 例、良 3 例、可 2 例、差 1 例。术后并发股骨头缺血性坏死 2 例,经口服透明质酸钠联合股骨头髓芯钻孔减压治疗,病情控制 1 例;行人工全髋关节置换术 1 例。术后并发创伤性关节炎 1 例,口服西乐葆治疗后疼痛缓解。无感染、异位骨化、髋关节再脱位等并发症发生。典型病例 X 线片见图 1。

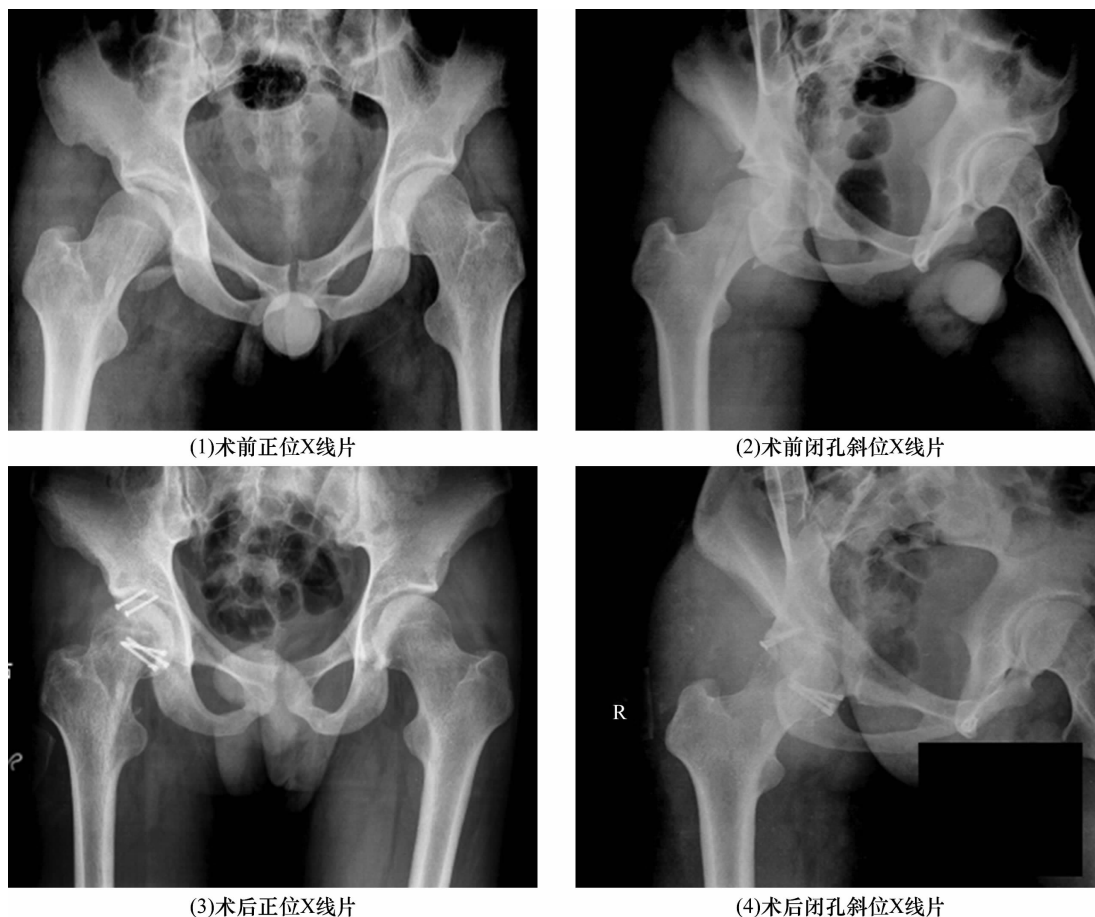


图 1 患者,男,28 岁,右侧髋臼后壁骨折合并股骨头骨折

4 讨论

髋臼后壁骨折合并股骨头骨折的损伤机制与髋关节后脱位相似^[3],是由更高能量的暴力所致,常合并髋关节后脱位。该类患者受伤时髋关节多处于屈曲内旋位,此时强大暴力传递至股骨头,股骨头撞击髋臼后壁致髋臼后壁骨折,同时由于髋臼后缘的反作用力致股骨头骨折。

股骨头缺血坏死是髋臼后壁骨折合并股骨头骨折术后最常见的并发症。因此,对于合并髋关节后脱位的患者,由于髋关节后脱位造成后关节囊破裂,股骨头血供受到破坏,如再切开前关节囊,将切断股骨头残存的血供,从而增加术后发生股骨头缺血性坏死的几率^[4-6]。而采用 Kocher-Langenbeck 入路不仅可以保护前关节囊,且可修复后关节囊并 (下转第 41 页)