

三叉扩展型入路治疗髌臼横断伴后壁骨折的体会

李宝林

(海南省农垦那大医院,海南 儋州 571700)

【摘要】 目的 探讨三叉型扩展型入路骨盆重建钛板内固定治疗髌臼横断伴后壁骨折的可行性及临床效果。方法 对26例髌臼横断伴后壁骨折患者采用三叉扩展型入路,应用专用骨盆髌臼复位器械行骨盆重建钛板和螺钉内固定治疗。结果 骨折复位治疗按Matta标准评价:解剖复位20例,满意复位6例。术后随访14~36个月,平均25个月,采用改良Merled Aubigne评分和Postel评分标准评价临床结果:优20例,良3例,一般2例,差1例。1例出现深部感染,1例发生股骨头坏死,1例发生异位骨化。结论 采用三叉扩展型入路骨盆重建钛板治疗髌臼横断骨折伴后壁骨折,可使髌臼骨折达到最大限度复位及坚强固定,并获得理想的髌关节功能康复。

【关键词】 髌臼骨折;股骨头;复位;内固定

【中图分类号】 R683.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)05-048-03

Experience of trident-type extended approach in the treatment of transverse acetabular fractures with posterior wall fractures. LI Bao-lin. *Nada Hospital of Hainan Provincial Bureau of Agriculture, Danzhou 571700, Hainan, CHINA*

【Abstract】 Objective To explore the feasibility and the clinical effects trident-type extended approach in the treatment of transverse acetabular fractures with posterior wall fractures. **Methods** 26 patients with transverse acetabular fractures and posterior wall fractures were treated with trident-type extended approach and pelvic acetabulum reposition device-specific for pelvic plate reconstruction and screw fixation. **Results** Fractures were evaluated by Matta standard: 20 cases with anatomic reposition, 6 cases with satisfactory reposition. All the patients were followed up for 14~36 months (with a mean of 25 months). The clinical effects were evaluated with improved Merled Aubigne and Postel score standarde: excellent in 20 cases, good in 3 cases, general in 2 cases and poor in 1 case. One patient was found with deep infection, and another one with femoral head necrosis and one with heterotopic ossification. **Conclusion** For transverse acetabular fractures with posterior wall fractures, pelvic reconstruction plate fixation with trident-type extended approach can achieve the maximum reposition and firm fixation, and get a good functional recovery of hip.

【Key words】 Acetabular fracture; Femoral head; Reposition; Fixation

根据Letournel分型复杂髌臼骨折包括“T”形,脊柱伴横形后柱,横形伴后壁、后柱伴后壁及双柱骨折^[1],其中横形伴后壁骨折为常见类型,对髌臼横断伴后壁骨折单一Kocher-Langenbeck (K-L)入路,有时难以完成。自2005年1月至2009年10月笔者共收治髌臼骨折伴后壁骨折53例,其中26例为一期行三叉扩展型髌臼入路加重建钛板内固定治疗,取得满意疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组26例,男18例,女8例,年龄21~60岁,平均(42±2)岁。左侧16例,右侧10例,致伤原因:交通事故伤16例,重物砸伤8例,坠落伤2例;24例为新鲜骨折,2例为陈旧性骨折。受伤到手术时间5~27 d,其中18例患者在伤后6 d手术,按Zetournel分型,均为髌臼横断伴后壁骨折,其中12例

伴有股骨头后脱位。3例合并有创伤性休克,2例合并颅脑损伤,4例肋骨骨折,2例内脏损伤,合并坐骨神经损伤6例,其中4例为腓总神经损伤,2例为完全坐骨神经损伤。

1.2 手术方法 在全身麻醉下或腰硬联合麻醉下行健侧卧位,可将三叉扩展型入路分解成后方K-L入路与前外侧Smith-petersen (S-P)入路。先设计三叉型入路,后方由髌后上棘至大粗隆尖端然后再顺股骨外侧纵形向下达预定长度,前方由髌前上棘至大粗隆尖端,此时切口呈“Y”形,两个斜切口与纵切口之间成120°角,先健侧卧位并向前倾斜30°角,采用后斜切口及纵切口入路,暴露髌臼上部、后柱和后壁、坐骨大切迹。清理髌臼,通过牵引使股骨头后脱位复位,利用撬拨、顶棒推压,骨钩提拉及两点加压等方法复

作者简介:李宝林(1971—),男,海南省儋州市人,副主任医师,本科。

位。如复位满意,选择合适可塑形骨盆钛板及螺钉内固定。如复位不满意,可将患侧体位由前倾30°变为后倾20°,取前侧斜切口,使之成三叉扩展型髋臼入路,大粗隆截骨,暴露髂骨翼、前柱、髂骨内壁,同法复位和维持复位骨折,并可用塑形骨盆钛板固定,合并坐骨神经挫伤患者均给予探查,连续性存在,给予松解减压。C形臂X线透视下证实髋臼复位满意和排除螺钉误入关节及腹腔,大量生理盐水冲洗,置负压引流管,逐层缝合,术后24~48 h内拔出引流管,并嘱患者进行股四头肌等长收缩运动或在CPM机锻炼下肢关节。

2 结果

本组手术时间4~7 h,输血800~2 500 ml,平均1 200 ml,术前术后常规摄髋关节正位X线片(见图1),闭孔斜位和髂骨斜位X线片,复位质量按Matta标准评价,解剖复位20例,满意复位6例,无不满意复位者,骨折全部骨性愈合。临床评价采用改良Merled Aabigne和Poste评分标准评价临床结果,优20例,良3例,一般2例,差1例,优良率为88.5%,无医源性坐骨神经损伤,出现1例深部感染,1例股骨头坏死,1例异位骨化。6例坐骨神经损伤患者中3例完全恢复,2例部分恢复,1例未恢复。

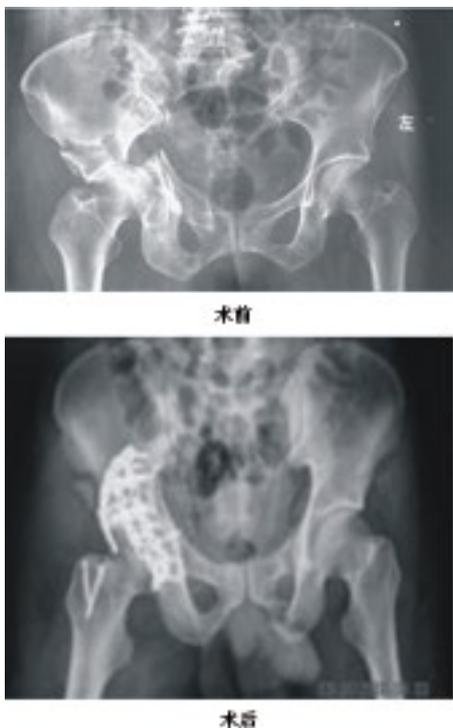


图1 常规摄髋关节正位X线片

3 讨论

3.1 临床特点 (1)髋臼横断伴后壁骨折是髋臼复合骨折常见类型。(2)X线正位片示:髂耻线,髂坐线,髋臼前缘及髋臼后缘均断裂,可见后壁骨折块的

“帽子”征。CT三维重建图像能直观、真实和多方位反映髋臼横断骨折-后壁骨折的立体关系,判定骨折的移位方向,及是否有其他部位骨折,能够有效地指导手术的切口及固定方法的选择。(3)部分病例单独行K-L后侧入路复位固定,达不到理想的髋臼关节面的准确对位和牢固的关节固定。(4)临床常见并发症是坐骨神经损伤(PSNI)、继发性股骨头坏死(FHN)及创伤性的骨性关节炎。

3.2 三叉扩展型入路优点 (1)可先试行单一分解的K-L后侧入路,如不能完成复位和固定,可在体位略改变情况下行三叉扩展型入路。三叉型入路通过同一切口,可完好地完成显露髋臼前柱、后柱、髋臼内板及髌髌关节,对于髋臼横断及后壁骨折术野显露清晰,能够充分复位固定。(2)避免了采用前后联合入路,术中转换体位,增加感染且出现两个切口。(3)避免了臀上血管损伤造成的髋外展肌大部分缺血坏死。在利用扩展的髌髌骨入路手术中易造成臀上动脉损伤。臀上动脉断裂,出血多,可导致致命大出血,必须紧急处理,止血很困难,有时需经腹腔外入路结扎臀上动脉,且结扎后造成外展肌组织缺血坏死和抗感染能力下降的并发症^[2]。

3.3 并发症预防及技术要点 髋臼横断伴后壁骨折多为车祸伤或建筑物倒塌砸伤等高能伤所致,往往出现严重并发症,如股骨头坏死、创伤性的骨关节炎及异位骨化等,伤后尽早行髋关节脱位闭合复位或进行患髋股骨髁上骨牵引,使脱位的关节复位,如复位不满意在全身状态允许的情况下应尽早行手术治疗,如全身情况不允许早期手术,可持续进行牵引治疗。术中尽可能减少软组织剥离保护股骨头血运,术后持续骨牵引3~4周以减轻股骨头压力,保护内固定。根据术中骨折固定牢固程度决定负重时间,一般在术后3个月以后,骨折粉碎严重且骨折固定不牢固者负重时间要延长。髋臼骨折术后异位骨化发生率高达60%~90%^[3],采用三叉扩展型入路,术后异位骨化发生率高,术后服用吲哚美辛可减少异位骨化的发生率,本组患者术后常规服用吲哚美辛4周并随访24个月无异位骨化出现。术中维持坐骨神经松弛体位(膝关节屈曲60°~90°和髋关节伸直位),避免器械误伤和接骨板直接压迫神经等,可以有效地减少坐骨神经医源性损伤。对于已有坐骨神经损伤的患者,在内固定时行坐骨神经探查术,查明并去除病因,必要时还可行减压或吻合,从而促进神经早期恢复,缓解神经痛^[4],尽早手术不仅提高髋臼骨折的整体疗效,还可

保留骨桥乳突鼓室成形术治疗慢性化脓性中耳炎18例疗效观察

赵家利,陈小梅,刘成,高春生

(深圳市南山区人民医院 第六人民医院,广东 深圳 518052)

【摘要】 目的 研究保留骨桥乳突鼓室成形术治疗慢性化脓性中耳炎的临床疗效。方法 对本院收治的18例慢性化脓性中耳炎患者采取保留骨桥乳突鼓室成形术(IBM)进行治疗。开放患者上、中鼓室以及乳突,将骨性外耳道后壁切除,经面部隐窝将后鼓室开放,保留低位骨桥去除不可逆的病灶,同期行鼓室成形术。结果 手术成功率为72.22%;术后患者听力与术前相比显著改善($P<0.01$)。结论 保留骨桥乳突鼓室成形术可以根治慢性化脓性中耳炎病灶,有效提高患者听力,是治疗慢性化脓性中耳炎的良好选择。

【关键词】 慢性化脓性中耳炎;保留骨桥乳突;鼓室成形术;IBM

【中图分类号】 R764.21 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)05-050-02

慢性化脓性中耳炎是耳科临床中最为常见的一种可危及患者生命的疾病^[1]。是中耳黏膜、黏膜下层或者直至骨膜与骨质的一种慢性化脓性的炎性病变,通常并发慢性乳突炎。随着患者生活条件的改善和社会医疗水平的提高,颅内并发症发病率明显下降,但患者对患耳听功能保留和恢复的要求日益提高,能否给予恰当地手术治疗、有效根除病灶、恢复听力是手术治疗成功的关键因素^[2]。本院对18例慢性化脓性中耳炎患者采取了IBM术进行治疗取得了令人满意的临床疗效,现将具体情况汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次入选资料为2009年1月至2010年1月间在本院接受保留骨桥乳突鼓室成形术治疗的18例(18耳)慢性化脓性中耳炎患者,其中男13例(13耳),女5例(5耳);年龄18~56岁,平均(36.03±11.27)岁;慢性化脓性中耳炎疾病史为3~20年,平均(11.27±4.67)年。本次入选资料均排除外耳

道的骨性后上壁以及上鼓室的外壁具有严重型骨质破坏患者,排除胆脂瘤型中耳炎患者,排除合并迷路瘘管以及其他的耳源性耳病患者。

1.2 方法

1.2.1 检查与诊断 全部患者均于术前行耳镜检查、纯音测听、冠状位与颞骨轴位CI扫描^[3]。依据检查结果及患者临床症状表现进行诊断。

1.2.2 手术方法 行耳后切口,制备乳突皮瓣,使乳突骨区、上鼓室的外壁以及筛区充分暴露;切除骨质性的外耳道后壁以及乳突皮质,完成乳突、上鼓室与鼓室的开放,对肉芽、胆脂型瘤类的不可逆型病变组织给予完全清除,对低位骨桥进行保留,保留的厚度及宽度不可低于1.0~1.5 mm;充分探查中鼓室、下鼓室部位的病变以及听骨链;通过面部隐窝处将后鼓室完全开放,清除此处的病变组织;采取乳突处的皮质骨粉分隔填充原鼓室入口部位;术中探查咽鼓管的通畅程度,有鼓膜穿孔的采取游离颞筋膜进行修

作者简介:赵家利(1965—),男,黑龙江籍,副主任医师,硕士。

以明显降低下肢深静脉血栓形成(DVT)的发生率,术后连续7 d常规应用低分子肝素钙,加强下肢肌肉主动收缩或在空气波压力治疗仪下辅助治疗,能够有效的预防DVT的发生。髓臼骨折解剖复位和良好头臼匹配是防止发生创伤后骨性关节炎的主要因素和关节恢复良好功能的基础^[5],同时还应注意避免螺钉进入关节内。根据髓臼横断骨折线的走向及骨折移位的方向,后侧应用1~2枚钛板固定,前侧应用1枚钛板,最终可达到髓臼横断伴后壁骨折的牢固固定。

参考文献

[1] 孙俊英,唐天骊,朱国良,等.髓臼骨折的Letournel分类与X线表

现(附45例报告)[J].中华骨科杂志,1994,14(3):132-136.

[2] 安志刚,李力更,陈杰,等.累及双柱(壁)髓臼骨折手术入路的选择[J].中国骨与关节损伤杂志,2010,25(1):57-58.

[3] 党小伍,徐烁,刘环.复杂髓臼骨折的手术治疗方法探查[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(5):397-398.

[4] 王志岩,孙俊英,朱伟,等.髓臼后壁骨折伴髋关节后脱位与坐骨神经损伤的临床分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(6):456-458.

[5] 蓝旭,梁军,文益民.髓臼骨折的手术治疗[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(10):805.

(收稿日期:2011-07-28)