

· 经验交流 ·

老年股骨粗隆间粉碎骨折未固定小粗隆 26例疗效观察

Study on therapeutic effects of the treatment without fixation of lesser trochanter in 26 senile patients with intertrochanteric comminuted fractures

赵振亚, 郑朝军, 王宇宙

ZHAO Zhen-ya, ZHENG Zhao-jun, WANG Yu-zhou

关键词 股骨骨折; 骨折固定术; 老年人 Key words Femoral fractures Fracture fixation

Aged

由于股骨粗隆间粉碎性骨折非手术治疗存在着很高的病死率(住院病死率达 10.5%)及髓内翻发生率(46%)^[1],自 2002年 1月-2005年 1月应用动力髋螺钉(DHS)治疗老年股骨粗隆间粉碎骨折 26例,均未行小粗隆骨折块固定,术后至少随访半年以上,取得良好的疗效。

1 临床资料

本组 26例中,男 11例,女 15例;年龄 65~87岁,平均 77.8岁,均为顺粗隆间骨折。左侧 10例,右侧 16例。跌伤 24例,车祸伤 2例。按 Evans标准分为 IIIA型 19例,IV型 7例。BMD显示均伴有不同程度的骨质疏松,合并糖尿病 3例,高血压冠心病 4例,慢性支气管炎肺气肿肺心病 7例,脑梗死 2例。

2 治疗方法

采用切开复位行 DHS内固定。手术采用硬膜外麻醉,患者仰卧于骨科牵引床上,呈外展内旋位。外侧切口进入,显露大粗隆及骨折处,复位骨折,不强求小粗隆复位,选好进针点。用 135°动力髋螺钉/角度导向器打入导针,在 C形臂 X线机下 2个平面透视,观察导针进入颈中的位置,要求导针在股骨头的下 1/3股骨颈的中心,侧位导针在股骨头的中心稍后,深度至头软骨下 2 cm。依据导针测控器读数选定扩孔深度至头软骨下 1.5 cm,并以动力髋螺钉三联扩孔器扩孔,攻丝深至头软骨下 1.5 cm,沿导针旋入长度合适的动力髋螺钉直至头软骨下 1 cm,安装套管钢板,骨折端用钢板嵌紧器使之加压,拧紧钢板螺钉,放松牵引。术后回病房嘱患肢抬高,术后 1 d开始主动行股四头肌锻炼,患肢被动按摩。1~2周主动活动患肢,8~12周患肢部分负重。患肢完全负重根据复查结果而定。

3 结果

本组随访 26例,平均随访时间为 6个月,骨折全部愈合,术后 5个月均可负重行走。髓内翻 2例,3例功能轻度障碍,行走轻度疼痛 2例。按 Garriis评分标准评定:负重有力,稳定不痛,髋关节活动达到正常活动范围者 15例,为优;负重行走有力,稳定不痛,髋关节活动稍差于正常者 8例,为良;差为

3例,其中 2例髓内翻,出现患髋关节活动受限,行走时患髋疼痛,欠有力稳定。

4 讨论

4.1 小粗隆是否应复位 我们参阅大量文献,一般认为小粗隆部骨折移位后,股骨内侧骨皮质压陷或粉碎,失去支撑作用,为防止髓内翻,应考虑行小粗隆骨折块的复位与拉力螺钉内固定或行外翻或内移截骨后的 DHS内固定。但我们认为患者高龄,多伴有原发内科病,术中若行小粗隆复位及拉力螺钉内固定或行外翻或内移截骨,术中创伤太大,且大多数小粗隆根本无法解剖复位。根据我院回顾分析 26例股骨粗隆间粉碎性骨折,使用 DHS内固定,小粗隆未固定的疗效观察,认为小粗隆解剖固定不是必须的。

4.2 滑动髋螺钉在股骨头和颈内的位置很重要 滑动髋螺钉的位置不理想是手术失败的主要原因。滑动髋螺钉放在股骨头的下 1/3股骨颈的中心,侧位上钉在股骨头的中心稍后是最合适的位置。中心放置拉力螺钉一方面可以防止偏心放置所致的头颈围绕拉力螺钉产生的旋转移位,另一方面由于张力骨小梁和压力骨小梁交叉在股骨头力的中心,所以股骨头中心的骨质最致密,滑动髋螺钉不易穿出。从生物学上分析,如螺钉位于股骨颈的外上限,螺钉的受力点为股骨头端与股骨外侧皮质 2点,而位于内下限时受力点增加了股骨矩,变成了点受力,侧位加压螺钉位于股骨头、颈中心,使骨折间的剪切力变成了嵌插力,这样使骨折的稳定性大大增加。有学者经过实验和临床生物力学测试,证明了这种位置为最佳安全位置^[2]。

4.3 骨折愈合之前限制负重行走 早期负重行走是手术失败原因之一,本院 2例髓内翻均与早期负重行走有关,因此定期复查,患肢功能锻炼待复查结果而定非常必要。

参考文献

- 1 吴岳高,禹宝庆.现代髓内钉外科学.上海:第二军医大学出版社,2003 163
- 2 刘洪江,黄杰文.动力髋螺钉治疗高龄股骨转子间骨折.中医正骨,2005 17(4): 221

(收稿日期: 2005-11-29 本文编辑: 连智华)