

• 综述 •

股骨转子部骨折分型与治疗概况

山东省聊城地区中医医院 (252000) 刘刚

股骨转子部骨折, 包括转子间和转子下。近年不少学者对股骨转子部骨折进行了多方面的研究与探讨, 本文就其分型与治疗作一综述。

分 型

1. 根据骨折线的方向和位置分: 顺转子间型, 反转子间型, 转子下型; 2. 根据损伤机制分: 外旋型, 内翻型, 内旋型; 3. 从治疗和预后分, 即Evans分型法: 稳定型, 不稳定型; Boyd、Griffin则分为4型, I型为稳定型, II、III、IV为不稳定型。4. Trouzo根据整复形式分: 第I型, 不完全骨折; 第II型, 非粉碎性; 第III型, 粉碎性; 第IV型, 转子粉碎; 第V型, 转子骨折。5. 转子下骨折, Fielding根据骨折离小转子平面的距离分为I、II、III型。

治 疗

1. 非手术疗法

(1) 丁字鞋制动或外展夹板固定, 适用于无移位骨折。保持外展(30°~40°)中立位, 4~5周后, 可扶双拐下床行不负重活动。

(2) 皮牵引, 适用于6岁以下或60岁以上体健、骨折移位者, 牵引时间成人6~8周, 儿童3~4周。

(3) 胫骨结节或Russell's合力牵引法, 适用于移位的各类型的转子部骨折。将患者置于布朗氏架或托马斯架上, 行胫骨结节牵引, 一周内复位, 保持患肢外展中立位, 牵引6~10周。王亦聪^[1]报告采用传统牵引方法治疗转子间骨折216例, 平均住院天数为88.5天, 去牵引后1~2月恢复一般功能, 死亡率为2.7%, 在随访的70例中, 髓内翻占21例。

(4) 外展固定架, 适用于成人转子间骨折稳定型者。其特点: ①病人痛苦少, 可免受长期卧床之苦。②符合“动静结合”原则, 骨折愈合快, 关节功能恢复满意。③操作简单。④外展固定符合生物力学原理, 可防止髓内翻畸形。杨述华^[2]等报告采用外展牵引固定架治疗胫骨转子间骨折20例, 平均年龄51.4岁, 骨折愈合时间为1.9月, 无关节僵硬, 无不愈合及髓内翻等并发症。李汉民^[3]等报告应用外展支具治疗转子间骨折100例, 骨折平均临床愈合时间为9.8周, 解剖对位率12%, 优良率达98%。

(5) 闭合穿针内固定, 适用于移位严重、复位后不稳定的外旋型与内翻型骨折。骨折复位后, 在大转子下2~4cm处, 顺股骨颈纵轴打入三枚交叉骨圆针。该法操作简便、组织损伤小、利于早期锻炼, 但易形成针眼炎。李万民^[4]等报告闭合穿针治疗顺转子间型骨折25例疗效满意。

2. 手术疗法

(1) 加压螺丝钉内固定, 适用于顺转子间型骨折。骨折复位后, 在大转子下2~4cm处作3cm长切口至骨膜下, 顺股骨颈方向打入一枚合适加压螺丝钉术后两周下床不负重活动, 摄片骨折愈合后方可负重行走。此法创伤小, 固定可靠, 骨折端紧密接触, 愈合快。王福权^[5]等用加压螺丝钉治疗转子间骨折21例, 半年后随访19例, 其中8例愈合, 功能恢复良好, 无髓内翻畸形, 1例术后疼痛, 并发股骨头塌陷坏死。

(2) 目前国内外常用的内固定转子部骨折方法有: 固定钉与侧方接骨板结合使用。①鹅头钉、Jewett、Richards内固定, 前二者对稳定性骨折固定效果良好, 但应用于不稳定的复位, 易造成固定钉陷入和断裂。对于不稳定骨折, 国外多采用压缩螺丝钉装置, 使骨折处加压, 增强稳定性, 即Richards, 其具有以下特点: 固定作用强, 但操作复杂, 创伤大, 手术技巧高, 并发症多, 如感染, 板钉内移, 穿透股骨头或钢板断裂。Bannister^[6]报告采用随机对照法以Jewett钢板、Richards钢板治疗转子间骨折155例, 术后一年X线片复查, Richards钢板组50例, 8例(16%)内固定失败, Jewett钢板组36例, 25例(69%)内固定失败, (P<0.01)。病例主诉髋部疼痛者, Richards钢板占12%, Jewett钢板占25%。按Erars分类法, 34%属稳定骨折, 66%属不稳定骨折。在稳定骨折中Richards组的内固定失败率为18%, Jewett钢板组为38%; 在不稳定骨折中, 前者内固定失败率为15%, 后者为86%。陈鸿儒^[7]报告澳大利亚阿德雷特皇家医院创伤骨科, 在股骨转子间骨折复位后, 用鹅头钉或Jewett打入的滑动螺丝钢板固定, 在股骨上段钉入5~6枚螺丝钉, 有持续加压作用。该法在澳洲各大医院成为常规治疗方法, 具有并发症少, 愈合率

高等优点。陈正形⁽⁹⁾报告在Lauloka Hospital利用C臂电视图象监察以Jewett钉内固定治疗股骨转子间骨折18例取得满意疗效。我科采用鹅头钉加翼形接骨板治疗转子下长斜形骨折2例,效果可靠。

③Ender钉, 髁头棒(Singlecondylo—Cephalic rod)内固定。两者插钉方法和生物力学作用基本相似,其理论上的优点与钉接骨板比较是:手术显露小,骨折部位不需切开,手术时间短,出血少。但目前国内应用于转子间骨折的报道不多。Pankovich等列举了Ender钉治疗转子部骨折的四个优点:手术时期短;病人在几天内可开始行走;进钉部位和骨折部位感染的危险是微不足道的;延迟愈合和不愈合的发生较少。Davies等的经验是应用多枚可屈性Ender钉治疗老年股骨转子间骨折。蒋俊怀⁽⁹⁾等报告应用自行研制的Ender钉治疗股骨转子部骨折45例,效果满意。韩平良⁽¹⁰⁾等应用Ender钉治疗股骨转子部骨折共78例,提出Ender钉主要适用老年人稳定型转子间骨折,对不稳定型及青壮年应视为相对禁忌。

④其它。尖端钢板内固定,适用于转子下骨折Seinsheimer I、II、IIIa型。本院采用此板治疗转子下骨折2例,固定可靠。谷遐龄⁽¹¹⁾等报告采用A₀-130°角钢板治疗转子间骨折30例,疗效满意。温贵满⁽¹²⁾报告应用钩尾钉张力带钢丝内固定治疗转子间骨折27例,收到满意效果。Zickel内固定装置、交锁髓内钉也可用于转子下骨折,目前国内尚未见报道。

参 考 文 献

1. 王亦聪. 股骨粗隆间骨折的发生机制及其保守疗法. 中华外科杂志1964; 12:727.
2. 杨述华等. 外展牵引固定架治疗股骨粗隆间骨折. 中华创伤杂志1991; 7(1):53.
3. 李汉民等. 外展支具治疗转子间骨折(附100例分析). 中华骨科杂志1991; 11(4):255.
4. 李万民等. 股骨粗隆间骨折治疗的改进. 中国骨伤1991; 4(4):30.
5. 王福权等. 加压滑动鹅头钉的应力测试和对髋部骨折治疗的初步结果. 中华骨科杂志1990; 10(3):165.
6. Bannister GC. 股骨粗隆间骨折的内固定和预后. 国外医学(创伤与外科基本问题分册)1991; 12(1):61.
7. 陈鸿儒. 澳大利亚骨科近况. 中华骨科杂志1990; 10(1):70.
8. 陈正形. Jewett钉内固定治疗股骨粗隆间骨折. 骨与关节损伤杂志1992; 7(1):31.
9. 蒋俊怀等. Ender弹性髓内钉治疗股骨转子间骨折. 1985; 5(6):340.
10. 韩平良等. Ender钉治疗股骨转子部骨折. 中华骨科杂志1986; 6(2):107.
11. 谷遐龄等. 130°角钢板治疗股骨粗隆间骨折(附30例报告). 骨与关节损伤杂志1992; 7(1):29.
12. 温贵满. 钩尾钉张力带钢丝内固定治疗股骨粗隆间骨折. 骨与关节损伤杂志1992; 7(1):32.

(上接45页)

颈5、6、7. 骨折, 椎间隙、钩椎关节模糊不清, 无侧方移位。诊断: 颈5、6严重分裂性骨折、椎体完全性重叠脱位。处理: 行颌枕带颈椎牵引, 重量1.5kg, 半月后症状消失。

讨 论

本例患者如此严重的颈椎骨折、椎体完全性重叠脱位, 而未发生脊髓损伤, 实属罕见。分析其原因, 可能是患者跌入沟内时, 颈部后方的冲击力造成颈椎骨折, 由于骨折脱位时, 颈5、6椎体与椎板、椎弓根等附件裂开, 椎体

向前方重叠脱位, 形成椎管内自然减压, 脊髓在松弛位状况下, 未受到牵拉、压迫等损伤。所以, 未发生截瘫。对这种颈椎严重骨折脱位而无截瘫的病例, 不主张再进行整复, 以免在复位过程中导致脊髓损伤或压迫; 但有人主张在原骨折脱位的情况下行植骨融合术, 以加强稳定性。本例患者由于受伤2月后, 出现了颈丛神经根受压症状, 到我院就诊时已3月之久, 采用颈椎牵引, 症状消失, 说明骨折部位已趋稳定, 骨融合并无必要, 故未施行植骨融合手术。