

髂骨块并血管束植入治疗头下型股骨颈骨折

戴培光 姚汝芝 张静 赵学军 张兴华

(博兴县第二医院, 山东 博兴 256504)

我们采用带旋髂深血管髂骨块并血管束植入加内固定治疗头下型股骨颈骨折, 收到非常满意的效果。现仅就 1995 年实施手术的 12 例病例作回顾性调查, 分析报告如下。

1 临床资料

12 例中男 8 例, 女 4 例; 年龄 25~64 岁。受伤原因: 车祸伤 7 例, 摔伤 5 例。左侧伤 8 例, 右侧伤 4 例。X 光片证实均为头下型股骨颈骨折, 其中 Garden III 型 9 例; IV 型 3 例; 新鲜骨折 10 例, 陈旧性骨折 2 例。

2 治疗方法

新鲜骨折应尽早手术, 陈旧性骨折, 先用胫骨结节骨牵引, 一周后手术治疗。手术切口自髂前上棘上 5cm 沿髂嵴向腹股沟区延伸, 再转向大腿前外侧, 长约 20cm。先在腹部切口内寻找旋髂深血管, 向近远端解剖游离血管蒂, 距起始部 5~7cm 处旋髂深血管分为髂嵴支和腹壁肌支, 将髂嵴支游离至髂骨, 切取约 5cm × 1.5cm × 1.5cm 带血管骨块, 将腹壁肌支游离约 5cm, 远端结扎切断备用。按解剖层次显露髋关节, 检查股骨颈骨折情况, 清理骨折断端, 骨折解剖复位, 用多根针多方位固定股骨颈骨折。本组应用骨圆针 7 例, 三棱针 4 例, 螺钉针 1 例, 穿针 3~5 枚。然后, 根据髂骨块大小, 跨股骨颈骨折线凿一骨槽, 近端向股骨头内凿入约 2cm, 于骨槽旁用骨钻向股骨头外上方打洞。将带蒂骨块、血管束自髂腰肌深面引至股骨颈处, 分别植入骨槽、骨洞内, 骨膜及血管束远端分别与关节囊缝固几针, 温盐水冲洗, 放置引流, 逐层缝合切口。术后常规“三抗”治疗 1 周, 2 周后开始床上活动。

3 治疗结果

随访 2.5~3.5 年, 骨折全部愈合, 无股骨头坏死及股骨头外上方囊变、塌陷发生。2 例患者髋关节屈曲受限, 但不影响正常生活, 余关节活动良好。

4 讨论

股骨颈骨折后股骨头血液供应可严重受损, 头下型股骨颈骨折后股骨头血流可减少 83%^[1], 易造成股骨头缺血坏死和骨不愈合。因此, 如何改善股骨头血运, 成为头下型股骨颈骨折治疗的关键。许多学者采用带血管骨移植治疗此类骨折已收到较好效果。我们在施行带旋髂深血管髂骨块移位的同时, 将旋髂深血管的腹壁肌支游离成 5cm 长血管束, 一并植

入股骨头内, 这样更进一步改善股骨头血运, 既促进骨折愈合, 又防治股骨头坏死。

旋髂深血管解剖位置恒定, 变异少, 血管管径粗, 血供丰富, 手术操作比较容易。术中应避免血管蒂、血管束的损伤, 防止血管蒂过紧、扭曲、受压。腹壁肌支的游离不另作切口, 不增加损伤, 同时也不影响腹肌的血运和功能。由于股骨头发生囊变塌陷多在股骨头外上方, 所以, 术中应将血管束植入此区, 以提高治疗效果。

本组切取髂骨块的长度达 5cm 以上, 将其近端向股骨头内插入约 2cm, 可进一步改善股骨头血运, 减少骨不愈合和股骨头坏死率。同时, 因骨块插入股骨头内, 也增加了移植骨块的固定牢固程度。术中仅将骨块骨膜与关节囊缝合 2~3 针, 就比较牢固, 无再移位。有些股骨颈骨折伴有后侧骨缺损, 在复位固定时, 应自髂骨取松质骨填塞缺损处, 以使骨折断端紧密接触, 不留空隙, 既加强了骨折的牢固固定, 又减少了骨不愈合。

头下型股骨颈骨折股骨头活动度大, 容易发生错位, 特别是旋转、翻转移位, 闭合手法复位非常困难, 即使复位成功也容易再移位, 而骨折的良好复位又是骨折愈合的重要条件。因此, 我们主张头下型股骨颈骨折采用切开解剖复位内固定。

手术时机: 新鲜骨折手术愈早愈好, 因骨折的尽早复位, 可减少骨折断端出血, 减低髋关节囊内压力。另外, 也有利于伤后扭曲受压及痉挛的血管尽早恢复^[1]。陈旧性骨折, 术前应常规牵引, 以便术中骨折复位。

多根针内固定治疗股骨颈骨折较其他内固定方法有明显优越性, 其固定牢固, 抗旋转力强, 对股骨头、股骨颈骨质和血运破坏小、疗效好, 大量的临床实践也充分证明了这一点。手术中应注意穿针的部位、方向及进针深度, 最好在 C 型臂指导下进行。

本术式虽操作简单, 但手术费时较长, 对重要脏器功能不全的老年患者应慎重, 青年患者、陈旧性骨折、头下型骨折以及 Garden III、IV 型股骨颈骨折为本术式的良好适应症。

参考文献

- [1] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 637.

(收稿: 1998 08 02 编辑: 李为农)