

股骨转子部骨折 264 例临床分析

戴立争¹ 王惠中² 刘成安³

(1. 南汇县新场医院, 上海 南汇 201314; 2. 南汇县周浦医院, 上海 南汇; 3. 上海市中山医院, 上海)

我院自 1989 年 9 月至 1996 年 6 月共收治股骨转子部骨折 264 例, 采用非手术治疗 111 例, 手术治疗 153 例。现分析报告如下。

1 临床资料

本组 264 例中男 133 例, 女 131 例; 年龄范围 42~83 岁。参照改良 Evans 分类法^[1]分颈基底部、转子间、转子下三类。颈基底部骨折 27 例, 骨折多无移位呈外展骨折。转子间骨折分 4 型: I 型, 转子间骨折, 无移位, 55 例; II 型, 转子间骨折伴小转子撕脱骨折, 有移位, 73 例, 以上两型为稳定型; III 型, 骨折呈粉碎伴小转子撕脱骨折, 62 例; IV 型, 同 III 型骨折折线, 但骨折线延及转子下部, 16 例。转子下骨折, 骨折线多自小转子向外下方, 31 例。III、IV 两型及转子下骨折均为粉碎性, 有明显移位, 属不稳定骨折。致伤原因, 为高处坠落伤、汽车、摩托车、拖拉机及自行车撞伤, 塌方泥石流砸伤, 步行绊倒等。致重伤 61 例, 其中 60 岁以上老人 7 例, 余均为青壮年。中、轻度伤 203 例, 其中 60 岁以上老人 144 人, 59 岁以下 36 例。伴随症: 本组高血压、冠心病 48 例, 慢性支气管炎及肺气肿 39 例, 风湿性关节炎及类风湿关节炎 9 例, 糖尿病 7 例, 264 例中有伴随疾病者 103 例。

2 治疗方法

2.1 非手术治疗 非手术治疗组 111 例, 对无移位的稳定型转子部骨折, 采用持续皮肤牵引术, 6 周后扶拐步行。对有移位不稳定转子部骨折, 采用骨牵引 6~12 周, 患有心血管等伴随症者不抬高床脚, 以水平牵引为主, 全身情况较好的病人以对抗牵引为主, 解除牵引的主要依据是患肢抗地心引力离床平举, 其次是结合 X 线摄片示骨折端呈中等量骨痂生长。

2.2 手术治疗 手术组 153 例, 其中 Ender 钉内固定 39 例, 三枚螺纹钉内固定 57 例, 鹅头钉内固定 25 例, Richards 钉内固定 8 例, 外固定支架 24 例。

3 治疗结果

3.1 死亡率及并发症 非手术组住院期间死亡 4 例, 手术组术中死亡, 术后 2 周死于肾功能衰竭 1 例。除共同并发症, 如肺部感染、泌尿系统感染、褥疮三大并发症外; 非手术组主要是针道感染、皮牵引水泡等; 手术组主要为手术操作不当, 固定器械因素所致的并发症, 如鹅头钉螺丝松动, Ender 钉退出等, 后期为髓内翻畸形。

3.2 住院日 非手术组住院 27~114 天, 平均 64 天; 手术组 14~150 天, 平均 31 天, 两者之间有明显差异。另外, 住院时间长短还与社会因素有关。术前住院日为 3~21 天, 平均 5.8 天, 延误手术的原因包括多发伤病人先行抢救及支持治疗, 如脑外伤、腹部伤等; 控制伴随疾病, 如肺部感染、糖尿病等; 保守治疗失败改为手术治疗等。

3.3 骨折愈合情况 通过三个方面判断骨折愈合^[2], (1) X 线显示连接骨痂及骨小梁跨过骨折线。(2) 临床检查患髋情况, 被动活动时有无疼痛, 有无压痛及纵向叩击痛, 骨传导音是否正常。(3) 负重后病人是否感到疼痛或不适。手术组平均愈合时间为 15 周, 非手术组为 14 周。

3.4 随访及预后 随访时间最短 9 个月, 最长 4 年, 平均 29 月。治疗标准^[1], 其中非手术组 91 例, 预后优良者 69 例, 可 17 例, 差 5 例。手术组 130 例, 预后优良者 121 例, 可 8 例, 差 5 例。手术治疗优于非手术治疗。

4 讨论

由于股骨转子部肌肉附着多, 骨折端具有丰富的血流供应, 不论如何治疗骨折端均能获得连接, 很少发生骨不连, 但在治疗方法的选择方面存在不同意见。非手术治疗, 用对抗牵引或水平牵引法维持骨折端对位直至骨连接, 适用于有严重伴随疾病, 如半年内心肌梗塞史、有严重心律失常及不能控制的心衰患者, 不失为一种行之有效的办法。其缺点是住院及卧床时间较长, 所需护理工作量大, 家人及陪伴负担重。由于转子部骨折多发于 70 岁以上老年人, 骨折后失去行走能力及生活自理能力, 病人可发生卧床并发症, 如心肌梗塞、肺炎、肺栓塞、皮肤压疮及感染, 增加了治疗难度及死亡率。手术治疗是用各种类型的钉和接骨板对骨折端进行固定, 使骨折端达到稳定的复位及安全的内固定, 解除由于骨折块之间活动产生的疼痛, 使病人可以早期行床上活动, 可减少卧床并发症, 有利于骨折愈合及功能恢复、住院日期短。两组病例的治疗结果显示手术治疗优于非手术治疗, 而骨折愈合时间及死亡率, 两组病例之间无明显差异, 采用何种治疗方法, 主要依据为病人愿意接受何种治疗方法, 对希望手术治疗, 又无手术禁忌症者均可得到满足。

早期活动对老年患者十分重要, 可减少并发症的发生, 护理工作也大为简化。以往把能否早期负重作为一种治疗方法的重要优越性加以肯定, 经过长期随访发现术后过早强力活动及负重可导致严重并发症, 如髓内翻, 骨折端劈裂等。近有学者^[3]认为负重不能作统一规定, 下地时间和负重程度应根据患者的年龄、体质、骨折类型、骨质疏松程度、粉碎程度等全面考虑, 逐一审定下地日期与负重程度。对于稳定型骨折术后 2~3 周部分负重, 不稳定型骨折及严重骨质疏松者术后 4~6 周开始部分负重, 循序渐进, 避免过早负重, 当 X 线片证实骨折完全愈合后, 方可去拐负重行走。

参 考 文 献

- [1] 韩平良, 刘正平, 张文林. Ender 钉治疗股骨转子部骨折. 中华骨科杂志, 1986, 6(2): 107-110.
- [2] 鲁英, 罗先正. 203 例股骨粗隆间骨折治疗分析. 骨与关节损伤杂志, 1991, 6(1): 7-9.

(编辑: 李为农)