

股骨粗隆间骨折内固定的选择

马勇 王建伟

(南京中医药大学研究生,江苏 南京 210029)

我们就近六年中 86 例股骨粗隆间骨折的治疗方法及其并发症作一分析回顾。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 86 例,男 43 例,女 53 例。年龄 38~89 岁,平均 66.7 岁。合并其它肢体骨折 8 例(其中 Colles 骨折 6 例),胸部损伤 3 例。原有疾病:老慢支伴肺气肿 38 例,冠心病 15 例,脑血管意外后 5 例,糖尿病 14 例,高血压 27 例,肝功能不全 4 例。骨折分型按 Evans 标准: 型 17 例, 型 13 例, 型 31 例, 型 7 例。

1.2 治疗方法 保守牵引治疗 17 例,三枚 Enders 针内固定 8 例,麦氏鹅头钉固定 26 例,角状钢板固定 29 例,滑动式鹅头钉(Richards)固定 6 例。

1.3 结果 17 例失访,其它全部骨性愈合。并发症:髋内翻 14 例(手术组 4 例,保守治疗组 10 例),伤肢短缩 > 3cm 者 9 例(保守治疗 5 例,Enders 钉组 4 例)。麦氏鹅头钉和角钢板穿出股骨头各 1 例。髋关节功能:优 37 例,良 29 例,差 3 例。手术诱发冠心病发作 1 例,死亡 3 例(均在出院后 3 月内死于肺心病),腓总神经麻痹 2 例(手术组、非手术组各 1 例)。

2 讨论

我们通过分析手术与非手术两组的结果,认为手术是股骨粗隆间骨折的首选治疗。但因患者多为高龄,常伴发其他脏器不同程度的功能减退或病变,故手术前检查和支持治疗十分必要。而对于稳定性骨折(Evans 型)、体质极度虚弱、其它脏器功能不全、严重骨质疏松等病人,由于手术危险性大或内固定植入后固定不牢,宜牵引保守治疗。而年龄大小并

非是决定手术治疗的指征。

手术方法的选择:Enders 针和多针内固定术,手术创伤小,手术时间短,生理干扰轻,但内固定强度不够,常易发生伤肢短缩、旋转畸形、髋内翻,且术后活动较晚,故仅适用于 Evans 型、型股骨粗隆内后方皮质无明显缺损,骨折相对稳定或体质较差,有比较严重的其他脏器并发症者,本组 8 例。对 Evans 型、型骨折,由于粗隆间区粉碎,股骨内后皮质失去稳定,骨折需用坚强的内固定支撑,过去曾用麦氏鹅头钉和角钢板、Jewett 钉固定,因这些方法会出现钉板松脱、钢板断裂和早期活动后髋内翻等并发症,不能满足术后早期康复的需要,所以目前已逐渐被 Richards 或 Gamma 钉替代。本组使用 Richards 内固定治疗 6 例。平均术后 2 周开始扶拐下地活动,未出现明显并发症。由于例数有限有待进一步观察。

围手术期处理:股骨粗隆间骨折是老年人常见的损伤,老年人由于各脏器功能减退,合并其他脏器疾患,功能代偿差,如处理不当常导致严重后果,因此手术前综合评估患者健康情况十分重要。首先必须了解伤前日常活动情况,初步评估心肺功能。术前检查患者心、肺功能、血糖、电解质、肝肾功能,如发现问题应请内科和麻醉科协助处理,争取手术时能调整到最佳状态。术中、术后进行心电监护,血气、血糖、电解质、肝肾功能的监测,对突发情况及时组织多学科处理。抗生素的使用:术前 2 日开始,至术后 5~7 日体温、血象正常。术后要加强护理,防止并发肺部、泌尿系感染和褥疮。同时加强伤肢护理,本组 2 例出现腓总神经麻痹(保守治疗 1 例,手术后 1 天 1 例),因患肢不能活动长时期压迫所致。

(编辑:李为农)

脆骨症骨折畸形愈合的治疗

王清 张功林 葛宝丰 张军华

(兰州军区总医院创伤骨科中心,甘肃 兰州 730050)

作者从 1990~1997 年 6 月收治 4 例脆骨症骨折患者,报告如下。

1 临床资料

4 例中 2 男 2 女,年龄 1~5 岁。4 例患者骨折次数均在 5 次以上。手术部位:股骨 8 处。

2 治疗方法

长管状骨弓形畸形,多段截骨,套筒髓内针固定术。本手术适宜于四肢长管状骨折畸形愈合呈弓形畸形,或同时合并骨折者。其手术方法是切开皮肤及深部组织,充分显露弯曲

的长管状骨骨干,进行多段截骨,每段长度为 2~3cm,针筒部分从股骨大粗隆顶端顺行打入,将上部分截骨块贯穿固定。而针芯部分从股骨髁间窝打入,将下部截骨块贯穿固定,同时针芯插入针筒内,针筒及针芯尾部顶端都有一个半径为 6mm 的圆形尾部固定于干骺端,针芯插入针筒部分约 10~15cm 长,防止脱针。本文采用该手术方法治疗 4 例 8 个部位,术后采用上下石膏托或髓人字石膏固定 4~5 周。

3 治疗结果

经过 1~6 年的随访观察,均获骨性愈合,骨折愈合时间