

内固定手术治疗股骨粗隆间骨折 48 例

刘绍武, 刘翔, 代明星, 高曦

(天津市黄河医院骨科, 天津 300110)

关键词 股骨骨折; 骨折固定术, 内; 外科手术

Experience of surgical treatment of intertrochanteric fractures by internal fixation LIU Shao-wu, LIU Xiang, DAI Ming-xing, GAO Xi. Department of Orthopaedics, the Huanghe Hospital of Tianjin, Tianjin 300110, China

Key words Femoral fractures; Fracture fixation, internal; Surgical procedures, operative

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(7):554 www.zggszz.com

自 1998 年 4 月至 2006 年 4 月, 对收治的 48 例粗隆间骨折患者, 用 DHS、PFN 内固定治疗, 效果满意, 总结如下。

1 临床资料

本组 48 例, 男 31 例, 女 17 例; 年龄 58~83 岁, 平均 68 岁。致伤原因: 跌伤 37 例, 车祸伤 11 例。AO 分型: A1 型 16 例, A2 型 21 例, A3 型 11 例。28 例(A1 型 6 例, A2 型 14 例, A3 型 8 例)采用 DHS 内固定; 20 例(A1 型 9 例, A2 型 8 例, A3 型 3 例)采用 PFN 固定。合并内科疾病: 高血压 21 例, 冠心病 14 例, 糖尿病 9 例, 偏瘫恢复期 2 例。

2 方法

2.1 术前准备 行常规术前检查, 排除严重心肺脑部疾患。对合并内科疾病患者, 请相关科室会诊并给予积极治疗, 评估手术风险, 确定手术的可行性。术前常规患肢牵引, 以利骨折复位。伤后至手术时间 6~14 d。

2.2 手术方法

2.2.1 DHS 固定 暴露大粗隆及股骨段外侧面, 在大粗隆与股骨干移行部的骨粗糙面向下 3 cm 范围内选择进针点, 将股骨颈干角定位器置于此处, 并位于股骨外侧皮质前后位中点打入导针。C 形臂 X 线机确定导针理想的位置, 即位于股骨颈长轴, 平行于股骨矩, 侧位于股骨颈长轴正中, 针尖距头软骨下骨板 10 mm, 骨质疏松者可 5 mm。测量导针在骨内长度, 用铰刀扩孔, 攻丝后拔出导针, 置入拉力螺钉, 钢板置于股骨外侧, 钻孔后分别拧入皮质骨螺钉。对大粗隆粉碎者可加用转子稳定钢板, 骨块较大可用松质骨螺钉予以固定。

2.2.2 PFN 组 以大粗隆顶点偏内缘为进钉点, 钻孔、插入导针、扩髓、插入髓钉。C 形臂 X 线机下确定骨折复位及髓钉位置, 满意后先锁远端锁钉, 最后安装钉帽。

2.3 术后处理 术前有内科疾病者要给予积极治疗, 加强监测及护理, 防止肺、泌尿系感染, 深静脉血栓形成, 褥疮等并发症。术后第 2 天即可行股四头肌功能训练及踝关节屈伸活动。A1 型无严重骨质疏松者骨折术后 1 周可行功能训练; A2、A3 型及骨质疏松严重者, 术后 2 周可床上训练, 术后 6~8 周视骨折愈合情况, 离床扶拐活动。

3 结果

本组中, 1 例术后第 2 天患肢肿胀为深静脉栓塞, 经给予

尿激酶治疗后肿胀消退; A2、A3 型不稳定骨折中 2 例发生髌内翻, DHS、PFN 组各 1 例。患者经随访, 时间 6~24 个月, 平均 12 个月。骨折临床愈合时间: DHS 组 10~14 周, PFN 组 9~12 周。术后髌关节功能按 Harris 评定标准, 即疼痛、功能、关节活动、畸形评分, 总分为 100 分, 优 90~100 分, 良 80~89 分, 可 70~79 分, 差 <70 分。本组优 39 例, 良 5 例, 可 4 例。

4 讨论

4.1 手术技巧与体会 ①DHS 进钉点的选择。术中观察大粗隆下缘与股骨干移行部的骨粗糙面向下 3 cm 的范围为导针进针点区域, 比教科书描述的大粗隆顶点下方 2~2.5 cm 更为直观, 便于操作。②骨质疏松严重者, 使用 PFN 或 Gamma 钉, 在置入头颈拉力钉时, 要注意髓内钉有可能上移, 从而造成钉位过高或上位拉力钉偏出颈外。笔者体会术中要注意调正髓内钉位置, 使下位拉力钉位于股骨矩和内侧皮质, 这样可避免上位拉力钉的偏移。③内侧支持结构的重建, 有学者认为重建内侧支持结构对粗隆部骨折稳定有积极的意义, 但目前仍有争议^[1]。体会: 术中粗隆间骨折复位后, 小粗隆多已复位或接近复位, 对未复位者应尽量复位, 但不必为追求解剖复位而强行暴露, 广泛剥离造成出血量增加, 骨折处失去软组织附着更不稳定。

4.2 并发症的防治 粗隆间骨折系老年人常见骨折, 多伴有内科疾患及骨质疏松。术前充分的治疗可降低手术风险; 术后鼓励患者早期肢体活动或使用感应压力系统(SCD), 可有效预防深静脉血栓形成。髌内翻是粗隆间骨折最常见的并发症, 原因除小转子严重移位, 未复位外, 还和患肢过早负重有关^[2]。故对不稳定骨折, 尤其是内后侧骨缺损较多, 骨质疏松患者, 应避免过早负重, 防止髌内翻发生。

参考文献

- 唐吉平, 蒋顺琬, 曾强, 等. 高龄股骨粗隆间骨折治疗方法的选择. 中国骨伤, 2006, 19(2): 67-69.
- 史宝明, 袁培义, 侯效正, 等. 老年股骨粗隆间不稳定骨折的手术治疗. 骨与关节损伤杂志, 2002, 17(1): 22-23.

(收稿日期: 2008-03-26 本文编辑: 王玉蔓)