

手法复位外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折

何忠,王飞龙,李永斌,刘宇河

(广西壮族自治区玉林市骨科医院,广西 玉林 537000)

关键词 髋骨折 骨折固定术 外固定支架 临床研究

随着人口老龄化的增加,股骨转子间骨折的发病率呈上升趋势。目前的治疗方法还未有一个统一的金标准。针对老年患者体弱多病、身体条件差、害怕手术这一特点,我们于 2008 年 11 月开始,采用手法复位外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折 27 例,取得了满意效果,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 27 例,男 9 例,女 18 例。年龄 65~94 岁,中位数 82 岁。左侧 18 例,右侧 9 例。摔伤 22 例,坠落伤 3 例,交通伤 2 例。按 Evans 分型,Ⅱ型骨折 6 例,Ⅲ型 8 例,V 型 3 例。合并有高血压病者 4 例,Ⅱ型糖尿病 3 例,心肌缺血 7 例,中风后遗症 1 例。伤后至就诊时间 1~6 d,平均 3 d。

2 方法

患者仰卧位,腰部麻醉,常规消毒铺巾,首先进行骨折复位(以左侧为例),近端助手双手固定两腋窝,远端助手握住左踝关节对抗外展牵引,纠正骨折重叠移位,术者立于患者左侧,应用端挤提按手法矫正骨折端的前后及侧方移位。骨折复位后,经皮从大转子钻入 1~2 枚克氏针至股骨颈内作定位及临时固定,术中用移动 DR 投照显示骨折复位满意及导针位置合适后,用 2 支直径为 6.0 mm 的松质骨固定钉顺导针方向经过大转子外侧,并沿颈干角方向进入股骨颈内,直达股骨头软骨下,2 枚针要求在同一冠状切面并尽量靠近股骨颈上下两侧皮质,平行或呈 15°左右夹角,再于股骨上段外侧拧入 2 枚直径为 6.0 mm 的皮质骨固定钉,然后拔除克氏针。上述操作完毕将 4 针以骨折端为中心加压并以外固定棒将其联结固定。术后预防性使用抗生素 5 d,局部钉口定期换药,术后第 1 天开始髋、膝关节 CPM 屈伸练功,术后 2 周扶双拐下床活动,根据患者耐受程度决定不负重或部分负重,定期摄 X 线片复查,骨折愈合后完全负重。

3 结果

本组 27 例均顺利完成手术,手术时间 18~36 min(平均 27 min),均未输血。住院 10~16 d,平均 12 d。骨折愈合时间 8~16 周,平均 12 周。无螺钉松动移位现象,平均 3 个月拆除外固定支架。5 例出现钉道感染,去除外固定支架后愈合。经 9~13 个月,平均 11 个月随访,按黄公怡标准^[1]评定,优 15 例,良 10 例,可 2 例,优良率 92.6%。

4 讨论

股骨转子间骨折是老年人常见的一种骨折,预后较差,病死率较高。但股骨转子间部血液循环丰富,修复能力极强,骨折很少发生不愈合;愈合后也很少有股骨头坏死等并发症。股骨转子间骨折的治疗目的是重建股骨近端的稳定性和连续性,使患者短期内减轻疼痛,早期下床活动,从而有效减少并发症,提高生活质量。治疗方法多主张采用手术切开复位,内固定材料多选择解剖钢板^[2]、动力髋螺钉^[3]及髓内钉^[4]。老年股骨转子间骨折患者往往伤前已伴发各种疾病,如糖尿病、高血压、中风及心肺疾病等,不能耐受大手术的麻醉、失血及创伤,同时伴有骨质疏松症的比例较高,即使行坚强内固定也不能保证手术后早期下床,内固定失败率较高。传统的牵引治疗虽可避免手术创伤,但患者需长期卧床,容易发生各种并发症。因而,具有创伤小、术中失血少、闭合复位及早期功能锻炼等优点的外固定支架,尤其适用于伴发多种疾病、不能耐受手术及害怕手术的老年股骨转子间骨折患者。

目前对于股骨转子间骨折的闭合复位常规是借助牵引床纠正骨折端的重迭移位,然后在 C 形臂 X 线机透视下穿钉固定。这在许多医院因不具备上述条件而难以实施,而且在透视下操作医护人员容易受到射线的损害。为解决这一问题,我们在普通手术台上完成手术全程操作,先应用传统的正(下转第 80 页)

析,定性定位,从而做出正确评判,选取最佳治疗方法,取得最佳治疗效果。

4 参考文献

- [1] 彭太平. 中医骨伤科学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2004:430.
- [2] 杨友发,洪流. 颈椎病的六经分型辨治[J]. 中医正骨,2005,17(11):70-71.
- [3] 周立武. 颈椎病诊断与针灸推拿治疗规范化临床研究[J]. 光明中医,2007,22(7):2-3.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:201-203.
- [5] 蒋连泓. 颈椎病分型论治初探[J]. 天津中医学院学报,1997,16(3):21-22.
- [6] 向道义,李金枝. 颈椎病分型论治 100 例[J]. 湖南中医杂志,1993,9(4):37-38.
- [7] 赵崇清,薛原,薛兴平. 颈椎病与中医辨证关系的探讨(附 100 例分析)[J]. 中国中西医结合影像学杂志,2006,4(3):199-200.
- [8] 杨慧敏. 颈椎病中医辨证施治[J]. 河北中西医结合杂志,1997,6(1):65.
- [9] 方捷,张克俭. 颈椎病分型与治疗[J]. 实用中医内科杂志,2006,20(6):609-610.
- [10] 孙宇,陈琪. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472-476.

- [11] 马庆军,付治安. 颈椎病的定义、分型与发病机制[J]. 中国全科医学,2001,4(7):511-512.
- [12] 于栋. 颈椎病的分型及临床表现[J]. 中国社区医师,2005,21(5):7-8.
- [13] 郑忠斌,王经贵,肖小炜. 颈椎病的分型与 X 线诊断[J]. 基层医学论坛,2007,11(4B):360-361.
- [14] 朴香珠. 探讨颈椎病[J]. 中国民族民间医药杂志,2006,(01):35-36.
- [15] 唐洪星. 颈椎病分型治疗点滴[J]. 中华现代临床医学杂志,2004,2(6A):820-821.
- [16] 何浪. 颈椎病的分型及临床表现[J]. 中国社区医师,2008,24(11):13-14.
- [17] 孙宇. 颈椎病的命名与分型应与病理损害相结合[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2003,139(4):204-206.
- [18] 李主一,邹培. 颈椎病的专科分类法[J]. 西南国防医药,2002,12(1):83-85.
- [19] 魏征. 脊椎病因治疗学[M]. 香港:商务印书馆,1987:163.
- [20] 何生华. 经筋理论在治疗颈椎病中的作用探讨[J]. 时珍国医国药,2005,16(3):181-182.
- [21] 韦以宗. 颈曲紊乱分型诊断与胸椎关系-颈椎病病因探讨之二[J]. 世界中医骨科杂志,2004,6(2):13-16.

(2010-09-17 收稿 2010-12-20 修回)

(上接第 73 页)骨手法进行手法整复,骨折复位后,经皮从大转子钻入 1~2 枚克氏针至股骨颈内作定位及临时固定,医护人员离开手术台,然后应用移动 DR X 线机投照 1 次,在显示器上了解骨折对位及导针定位情况,如复位满意、导针位置合适,则拧入固定钉。第 2 次用 DR 投照,了解固定钉的位置,如位置合适,则安装连接杆进行固定,对于难以复位的转子下骨折可借助远端固定钉进行提拉复位。一般要投照 3 次 DR 即可完成手术。这样既能减少 X 线投照次数,又能避免医护人员受到射线的损害。利用克氏针定位有利于固定钉一次性准确安装,避免因进钉不准确而反复调整,容易引起钉孔的感染^[5]。

外固定支架具有以下优点:①手术时间短。多可在 30 min 左右完成。②创伤小、失血少,减少了手术风险性,术后不需要输血。由于不暴露骨折端,不破坏骨折端血液循环,更有利于骨折的愈合。③复位方便、固定可靠,具有生物力学优势。④术后可早期下地活动,从而减少了卧床所致的并发症。⑤拆除简单,不需二次住院手术。

尽管外固定支架在股骨转子间骨折的治疗中有诸多优点,但临床仍未能广泛应用,主要因为其术后并发症,尤其是钉道感染最常见,需要定期换药,给护理带来一定的困难。

总之,外固定支架属于微创疗法,手术创伤小、失血量少、手术时间短,风险较小,病人及家属容易接受,是一种较好的临床治疗方法。

5 参考文献

- [1] 黄公怡,王福权. 鹅头钉治疗股骨转子间骨折的疗效分析[J]. 中华骨科杂志,1984,4(6):349-351.
- [2] 何忠,李永斌,黄永森,等. 股骨解剖钢板治疗股骨转子间骨折[J]. 中医正骨,2007,19(5):28.
- [3] 黎高明,严雪忠,邵敏,等. DHS 加用拉力螺钉内固定治疗股骨转子间骨折[J]. 中医正骨,2008,20(12):51-52.
- [4] 陈剑虹,蒋招波. Gamma 钉治疗股骨逆转子间骨折[J]. 中医正骨,2007,19(5):51-52.
- [5] 王凯,刘桂杰,张晓卫. C 型臂引导下闭合复位外固定器固定治疗 IIIA 型股骨转子间骨折临床研究[J]. 中医正骨,2008,20(8):56.

(2010-10-21 收稿 2011-01-15 修回)