

· 临床研究 ·

股骨近端解剖锁定钢板治疗 19 例老年股骨粗隆间骨折

梁 军

(重庆市荣昌县人民医院骨科 402460)

摘要:目的 探讨应用股骨近端解剖锁定钢板治疗老年粗隆间骨折的疗效。方法 对 19 例老年股骨粗隆间骨折患者行股骨近端解剖锁定钢板固定治疗的术中观察及术后随访。结果 采用股骨近端解剖锁定钢板治疗 19 例老年股骨粗隆间骨折,术中操作简单,术后固定可靠。结论 老年粗隆间骨折常合并骨质疏松,应用股骨近端解剖锁定钢板内固定治疗此类疾病,疗效可靠,有利于骨折愈合,并能减少老年患者的并发症,具有良好的临床应用价值。

关键词:股骨粗隆间骨折;老年;解剖锁定钢板

中图分类号:R683.42

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)01-0056-02

Treatment of senile femoral intertrochanteric fracture with dissection locking proximal femoral bone plate

LIANG Jun

(Department of Orthopaedics, Peoples Hospital of Rongchang County, Chongqing 402460, China)

Abstract: Objective To approach the curative effect in the treatment of senile femoral intertrochanteric fracture with dissection locking proximal femoral bone plate. **Methods** Nineteen patients with senile femoral intertrochanteric fracture were treated operatively with dissection locking proximal femoral bone plate. The intra-operative observation and post-operative follow up were carried out. **Results** The treatment of senile femoral intertrochanteric fracture with dissection locking proximal femoral bone plate was a modus operandi. The intra-operative manipulation was easy, and the immobilization was reliable after operation. **Conclusion** Senile femoral intertrochanteric fracture is usually combined with osteoporosis. The curative effect of applying dissection locking proximal femoral bone plate to treat senile femoral intertrochanteric fracture is reliable. This treatment is favorable to fracture healing and can reduce complication. So the dissection locking proximal femoral bone plate has better value in clinical application.

Key words: femoral intertrochanteric fracture; senile; dissection locking proximal femoral bone plate

股骨粗隆间骨折是老年人常见的骨折之一,占全身骨折的 1.4%^[1-2]。随着社会的老齡化,其发病数量逐渐增加,手术治疗已成为国内外公认的首选治疗方法^[3]。既往手术固定方法较多,但尚无一种内固定完全满意针对多种类型的^[4]股骨粗隆间骨折。自 2005 年 6 月以来,本科采用股骨近端解剖锁定钢板治疗老年患者股骨粗隆间骨折 19 例,收到满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 19 例,年龄 55~89 岁,平均 66.3 岁。受伤原因:摔伤 12 例,交通事故伤 5 例,其他伤 2 例,均为闭合性损伤。按 Evan S 标准^[5]分类:1 类 I 型 1 例,II 型 3 例,III A 型 3 例,III B 型 6 例,IV 型 4 例;2 类 2 例。伴有心肌劳损 7 例,肺气肿 3 例,高血压 III 期 6 例,糖尿病 2 例,均行内科积极治疗且综合评估病情稳定后,尽早(1 周内)采用股骨近端解剖锁定钢板内固定手术治疗。

1.2 手术方法 平卧位,患侧臀部垫高约 20°,或健侧卧位,采用持续硬膜外麻醉,多功能心电监护仪监护。切口从大粗隆顶部向下延伸约 5cm,然后根据手术需要再沿股骨干外侧向下延伸,按解剖层次逐层暴露,分开股外侧肌和股中间肌间隙,向两侧牵开,暴露股骨大粗隆及股骨干上段,根据术前 X 光片情况,先行牵引手法复位,C 臂 X 线透视位置满意后,于大粗隆顶部远端约 0.5~1cm 放合适长度的股骨近端锁定加压钢板,先在接骨板的近端用 LCP 钻头导向器钻入股骨颈中 1~2 枚克氏针,C 型臂 X 线透视确定克氏针位置合适后,于接骨板的近端按克氏针引导方向向股骨颈中自动旋入带锁螺丝钉 2 个,再

取下克氏针,向股骨颈中旋入第 3 枚自动带锁螺钉。根据骨折的情况,在接骨板上下方可选用带锁加压螺钉,也可选用皮质骨螺钉加强固定。游离骨折块如果复位不理想,也可通过皮肤软组织小切口用拉力螺钉来复位固定。彻底冲洗切口,术区放置硅胶引流管一根,逐层缝合切口。

1.3 术后处理 预防感染、应激性溃疡及下肢静脉栓塞等并发症。术后 48h 拔引流管。麻醉失效后即可进行股四头肌静力舒缩功能锻炼,术后第 2 天开始床上被动活动,锻炼强度逐渐加强,根据骨折的程度及结合 CR 片决定患者扶拐下床行走的时间,一般在伤后 6~8 周扶拐下床行走。

1.4 典型病例 患者盛某某,男,66 岁,农民。因摔伤致左髋部疼痛活动受限 1h,于 2009 年 2 月 6 日入院。入院查体:左髋及大腿上段肿胀明显,触压痛,可扪及骨擦感,左下肢内旋,短缩约 3cm。经摄片诊断为左股骨粗隆间粉碎性骨折。入院后予以患肢制动,左下肢皮套牵引,完善相关检查,于 2009 年 2 月 10 日在持续硬膜外麻醉下行手术切开复位髓动力锁定钢板内固定术,术后伤口 I 期愈合出院。该患者伤口拆线后即扶双拐患肢不负重行走,髋关节伸屈功能良好(图 1、2)。

2 结 果

19 例患者伤口均 I 期愈合,无感染。随访 16 例,随访时间 6~18 个月,平均 8.6 个月。骨折愈合良好 14 例,占 87.5%,2 例骨折处骨折线未完全消失,均为骨质疏松严重的老年女性患者;无髋内翻、关节僵直、断钉、脱钉、钢板松动、断板等并发症的出现。2 例于术后 10~12d 出现下肢静脉血栓的早期并发症,经治疗后痊愈出院。



图 1 股骨粗隆间骨折术前 X 线片



图 2 股骨粗隆间骨折术后 X 线片

3 讨 论

股骨近端骨折内固定的方法较多,如动力髌、动力髁、角钢板等均取得较满意疗效。但肖耀广^[6]报道这些内固定对股骨近端粉碎性骨折术中复位均较困难。解剖型非锁定钢板,可多点固定,术中可得到较好的复位效果,但螺钉在钢板内有一定的活动范围,起不到支撑作用,术后早期复位效果尚可,但持久性较差,容易发生髌内翻^[7]。

本组病例采用股骨近端解剖锁定钢板治疗方法符合生物力学原理,断端对位稳定,骨膜剥离少,有利于骨折及切口软组织愈合,减少了其他方法所带来的并发症,是老年股骨粗隆间骨折较理想的治疗方法。

股骨近端解剖型锁定钢板,对老年股骨粗隆间骨折有其独特的优越性。分析如下:(1)钢板的螺钉通过锁定孔与骨骼固定,呈不同角度,锁定在一起后形成了一个牢固的整体,既可维持肢体的长度,又可控制旋转与轴向对位,避免螺钉的松动及早中期的骨折复位的丢失,提供了早期功能锻炼的良好条件^[8];(2)锁定加压钢板和螺钉的成角稳定机制不依赖接骨板和骨的摩擦力提供稳定,接骨板和骨皮质无需紧密接触,降低了骨膜损伤,最大程度地减少了对骨血运的影响;(3)对接骨板无需进行精确折弯,可单侧皮质骨固定;(4)接骨板具有成角稳定性,固定牢固,允许早期关节活动,减少了关节僵直并发症的发生率;(5)螺丝钉锁定后,遏制了螺钉的滑移退出,降低了骨折内固定,尤其是骨质疏松患者最常见的并发症——螺钉脱出的发生率。

在干骺端骨折锁定加压钢板比普通钢板及其他内固定物具有更多的优势,是治疗股骨粗隆间骨折,尤其是粉碎性及骨质疏松性骨折的理想方法。

参考文献:

[1] Haidukewych GJ, Israel TA, Berry DJ. Reverse obliquity fractures of the intertrochanteric region of the femur[J]. J Bone Joint Surg Am, 2001, 83A(5):643.

[2] Stocks GW. Treatment of reverse obliquity fractures of the intertrochanteric region of the femur[J]. J Bone Joint Surg Am, 2002, 84(5):869.

[3] 曾剑文,朱庆生,朱锦宇,等.老年粗隆间骨折患者入院时外周血白细胞变化的临床意义[J].中国矫形外科杂志, 2003, 11(18):1262.

[4] 田伟.积水潭实用骨科学[M].北京:人民卫生出版社, 2008:450.

[5] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].3版.北京:人民军医出版社,2006:708.

[6] 肖耀广.股骨近端解剖钢板内固定术后髌内翻原因分析[J].中国矫形外科杂志,2006,14(8):633.

[7] Lill H, Hepp P, Rose T, et al. The angle stable locking proximal humerus plate for proximal humeral fractures using a small anterior lateral deltoid splitting approach technique and first results[J]. Zentralbl Chir, 2004, 1(1):43.

[8] 袁天祥,马宝通,王宝成,等.股骨远端、胫骨远端骨折 Liss 手术相关因素分析[J].中华骨科杂志,2006,4(2):246.

(收稿日期:2009-06-19)

(上接第 55 页)

科学校学报,2005,18(5):414.

[13] 崔克勤,苏胜偶,尹博英,等.2型糖尿病合并冠心病与血浆纤溶酶原激活物抑制剂-1水平的相关性研究[J].临床荟萃,2006,21(16):1150.

[14] Agirbasli M. Pivotal role of plasminogen-activator inhibitor-1 in vascular disease[J]. Chemport, 2005, 59(1):102.

[15] 苏钦峰,赵玉兰.2型糖尿病患者纤溶系统的变化与大血管病变的相关性研究[J].医药论坛杂志,2007,28(11):

34.

[16] 顾琳萍,崔为发.2型糖尿病微血管并发症患者 PAI-1、D-二聚体和 vWF 检测的临床意义[J].医学综述,2008,14(3):436.

[17] 宗士刚,段静虹.2型糖尿病患者血管并发症与凝血指标变化的分析[J].大理学院学报,2006,5(12):20.

(收稿日期:2009-06-24)