维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.4

逆行交锁髓内钉治疗股骨髁上骨折50例体会

Experience in treating femoral supracondylar fracture with retrograde interlocking intramedullary nail in 50 cases

宋新平，贺爱玲 （新疆兵团奎屯医院骨科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 股骨髁上骨折；交锁髓内钉
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0248-01

股骨髁上骨折的内固定方法较多，以往多采用切开复位，安那氏针、角钢板、髁钢板、动力髁螺钉（DCS）固定。这些方法切口大、出血多、手术时间长，而且需要剥离较多的软组织，影响局部血供，可能造成骨折延迟愈合、不愈合或感染及术后关节僵硬致残[1]。我院自2001年9月至2004年12月，应用闭合复位、逆行交锁髓内钉治疗股骨髁上骨折50例，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病人共50例，男性36例，女性14例；年龄38～76岁，平均52岁。16例为摔伤，34例为交通事故伤。根据骨折AO系统分类：A1型26例，A2型11例，A3型8例，C2型5例。

1.2 手术方法

本组50例病人均使用史塞克带锁髓内钉。患者仰卧于C型臂下手术，在髌骨下极髌韧带中点做2 cm的纵形切口，沿纤维方向纵行分开髌韧带。将开口器通过切口插入到髁间窝处，并定位于髁间窝前上方1 cm处，开口后将导针插入股骨髓腔。在透视下行牵引复位，复位成功后，导针可通过骨折端到股骨近折端进髓腔。侧位再次透视，证实导针在髓腔后开始扩髓，一般从9 mm的髓腔锉开始使用，每次递增0.5 mm，最后扩髓的尺寸一般应比所选用的髓内钉大1 mm。在透视下证实复位良好后拔出导针，通过定位器，先上近端的交锁螺钉，再上远端的2枚交锁螺钉。

1.3 术后处理

术后用弹力绷带包扎，患肢抬高，无需行石膏外固定。术后3 d可开始进行膝关节的功能锻炼，早期以被动锻炼为主，一周后可行主动锻炼。二周后可在患肢不负重的情况下扶拐行走，四周后患肢可适当负重。

2 结果

45例病人经过6个月的随访和X线片检查发现，术后3个月骨折已达到临床愈合，术后6个月骨折端完全愈合，膝关节屈伸功能均在0°～115°。2例病人随访2个月，膝关节屈伸达到0°～90°，患肢可开始部分负重。病人未出现感染，内固定无断裂。

2例年龄较大的C2型病人，由于骨质疏松严重，骨折处粉碎，且病人髓腔较宽大，近端锁钉很难锁住，重复两次后才锁上。术后将患肢用支具保护，2周后一例于近端第一螺钉孔处断裂，造成股骨骨折，再次手术更换加长髓钉，三月后骨折愈合，病人可下地扶拐行走，膝关节屈伸达0°～110°。另一例亦于3周后出现第一螺钉孔处不全骨折，后用石膏固定二月，骨折基本愈合，但膝关节出现僵硬。

1例C2型年轻病人，因活动量较大，术后三月出现锁钉主杆断裂，但骨折已基本愈合。去除断裂锁钉，加用外固定治疗后，病人骨折愈合，关节活动良好。

3 讨论

股骨髁上骨折的治疗较为困难，因该部位皮质骨少、髓腔宽，骨折时常伴有严重的软组织损伤，骨折端明显移位呈粉碎性，有时骨折线延伸到关节内，很难固定稳妥[2]。同非手术治疗相比，手术治疗能保证解剖复位和内固定牢固，有利于膝关节早期进行屈伸功能锻炼，防止关节僵硬。闭合交锁髓内钉技术采用闭合复位，手术切口小、时间短、出血少，无需剥离软组织，避免了钢板内固定的缺点[3]。同时，扩髓时产生的碎骨屑，尤其是骨折端的碎骨屑，起了植骨的作用，增加了骨折愈合的机会。该方法的主要缺点是需要切开膝关节，在直视下找到进针点，因此未受损的膝关节往往要受到破坏，有可能导致关节腔出血、粘连，甚至功能障碍。对于股骨髁上并髁间骨折的病人，由于远端锁钉采用骨栓结构固定，故固定牢固；对于骨质疏松、髓腔较宽大的病人，应及时更换加长锁钉。

[参考文献]

[1] 王保仓，张立峰，于永林，等.骨折愈合研究进展[J]. 局解手术学杂志，2003，12(5)：374-376.
[2] 朱文雄，李 健，肖祥池，等.股骨髁上骨折的外科治疗[J]. 实用医学杂志，2003，19(5)：498-499.
[3] 张贻良，张长虹，陈思春，等.逆行交锁髓内钉治疗股骨髁上骨折[J]. 中国骨伤，2003，16(11)：686.

[收稿日期] 2005-02-18 [修回日期] 2005-04-08

（编辑：雷 艳）