

准^[2]: 步态、并膝下蹲、交膝试验、对运动和体力劳动的影响。优: 以上 4项全部正常。良: 步态正常, 并膝不能完全下蹲(中立位屈髋 120°~130°)和(或)交膝试验完成稍差(髋内收 10°~20°), 对运动和体力劳动基本无影响。可: 轻度外“八”字步态, 并膝下蹲受限(中立位屈髋 90°~120°)和(或)交膝试验完成差(髋内收 0°~10°), 对运动和体力劳动有一定影响。差: 治疗无效或加重。本组 24 例臀肌挛缩症患者, 全部行手术治疗, 优 19 例, 良 3 例, 可 2 例; 4 例阔筋膜张肌挛缩症患者, 行手术治疗, 治疗结果全部为良。术后未出现局部血肿、感染等并发症。

4 讨论

4.1 关节镜治疗臀肌挛缩和阔筋膜张肌挛缩症的优越性

①手术视野清晰, 操作更为安全; ②创伤小, 出血少, 术后炎症反应减少, 愈合快, 术后 3 d 下地功能锻炼, 不需双下肢并拢、屈髋、屈膝固定 2 周或双下肢交叉固定 2 周; ③能达到彻底松解或切除挛缩带; ④术后病残率低; ⑤诊断完善; ⑥无继发性的影响; ⑦为其他因素提供摄影录像记录。

4.2 关节镜治疗臀肌挛缩症和阔筋膜张肌挛缩症的手术体会 ①术中用大量水分离, 术后创口渗出较多, 勤换药, 保持创面干燥, 早期下地活动, 利于引流, 防止感染。②熟练的操作是治疗的关键, 防止关节镜进入臀大肌过深或位置过低, 损伤坐骨神经。③臀肌挛缩症和阔筋膜张肌挛缩症, 发病较早, 就医较晚, 好发于儿童, 跑步、行走时姿势异常, 就医时被确诊。④年龄较大的患者, 以双膝部疼痛就诊, 最后确诊为臀肌挛缩症, 年龄越大, 术后疗效越差。⑤臀肌挛缩症患者, 均有臀部注射史, 左右交替注射, 双侧发病。⑥阔筋膜张肌挛缩症患者, 注射史不明, 但不排除与遗传有关。⑦当局部皮肤或远处有感染病灶, 关节镜是禁忌的。

参考文献

- 1 李明全. 骨科基础与临床. 西安: 陕西科学技术出版社, 2002 191
- 2 黄耀添, 李建文, 雷伟, 等. 臀肌挛缩症的病因、类型及治疗. 中华骨科杂志, 1999 19(2): 106-108

(收稿日期: 2006-06-19 本文编辑: 王宏)

内固定手术治疗老年人股骨粗隆间骨折的临床分析

龙显斌, 曹盛俊, 廖瑛, 陈志伟, 宁建君
(南华大学附一医院骨科, 湖南 衡阳 421001)

关键词 股骨粗隆间骨折; 骨折固定术, 内; 老年人

Internal fixation treatment for femoral intertrochanteric fracture in aged patients LONG X ian-bin, CAO Sheng-jun, LI AO Ying, CHEN Zhirui, NI NG Jian-jun. Department of Orthopaedics, the First Affiliated Hospital of Nanhua University, Hengyang 421001, Hunan, China

Key words Femoral intertrochanteric fracture; Fracture fixation, internal; Aged

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(1): 116-117 www. zggszz. com

股骨粗隆间骨折是老年人常见的骨折之一, 其临床特点为患者体质较弱, 且部分伴有合并症, 因此临床治疗也具有相应的特殊性。如保守治疗, 可因卧床时间长而出现较多并发症, 严重威胁患者的生命。因此, 近年来大部分学者主张采用内固定手术治疗股骨粗隆间骨折, 可有效降低死亡率和髋内翻畸形。我院 2000 年 7 月 - 2004 年 12 月共收治股骨粗隆间骨折患者 112 例, 其中年龄 > 60 岁者 86 例, 现总结报道如下。

1 临床资料

本组 86 例, 男 57 例, 女 29 例; 年龄 60~92 岁, 平均 76 岁; 左侧 41 例, 右侧 45 例。骨折按改良 Evans 分类法: 稳定型 47 例, 不稳定型 39 例, 均为顺粗隆间骨折。合并症: 糖尿病 24 例, 高血压冠心病 45 例, 老年性支气管炎肺气肿 27 例, 老年精神疾患 9 例, 并存 2 种以上内科疾病 29 例。受伤至手术时间 2~9 d 平均 4 d, 手术时间 30~120 min 平均 68 min, 住院时间 7~35 d 平均 16 d, 行动力髋螺钉 (DHS) 内固定 50 例, 空心拉力螺钉内固定 36 例。

2 治疗方法

2.1 手术方法

2.1.1 DHS 固定 对于骨折不稳定, 或骨折较稳定但全身状况较好且对于术后功能恢复程度要求较高者, 行 DHS 内固定。采用连续硬膜外麻醉或全麻, 取仰卧位, 患侧臀部垫高 25°~30°, 行股骨外侧切口, 显露骨折部位, 予手法复位, 尽量解剖复位内侧面皮质或小粗隆处的骨折块并用拉力螺钉固定, 然后在股骨大粗隆下 2.5 cm 处钻入导针, 透视确定导针位置良好后, 测深, 空心钻头钻孔, 攻丝, 拧入合适长度 DHS 之滑动钉。平行股骨干轴线安放套筒钢板, 点状复位钳临时固定, 拧入加压螺钉, 通过滑动钉的牵拉作用对骨断端加压, 尔后拧入钢板螺钉。再于滑动钉入口上方约 1 cm 处的大粗隆外侧平行于滑动钉拧入 1 枚粗细适宜的拉力螺钉, 其螺纹应完全达到骨折线的另一侧, 骨质疏松明显者尾端加用垫圈, 术后伤口不放置引流 (典型病例见图 1)。

2.1.2 空心拉力螺钉固定 对于骨折较稳定, 或骨折不稳定

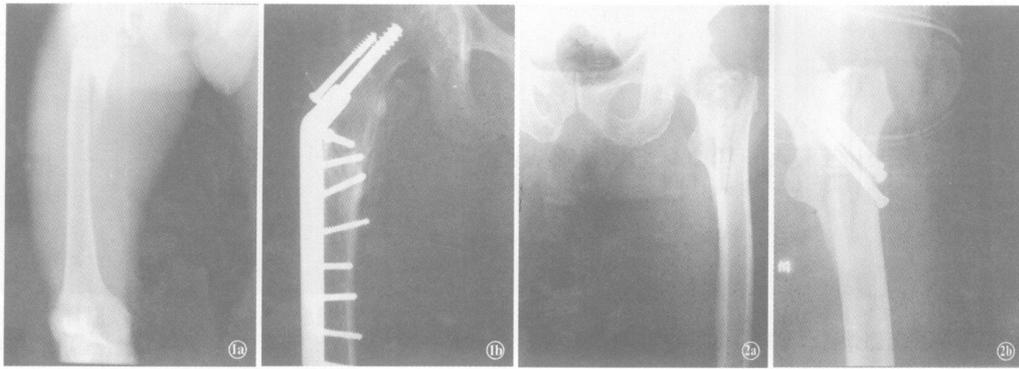


图 1 患者, 男性, 65 岁 1a 术前 X 线片示股骨粗隆间骨折; 1b. DHS 内固定术后 2 个月 X 线片, 骨折线模糊 图 2 患者, 男性, 78 岁 2a 术前 X 线片示股骨粗隆间骨折, 颈干角无明显变化; 2b 3 枚空心钉内固定术后 3 d X 线正位片示颈干角正常, 骨折线可见

但大粗隆部完整且患者全身状况较差难以耐受大手术者或对术后功能恢复要求不高者, 行空心拉力螺钉内固定术。采用连续硬膜外麻醉或局部麻醉, 牵引床牵引复位, 股骨近侧切口, 显露粗隆下部。下位 2 枚导针选小粗隆下 2~3 cm 处为入针点, 与骨干夹角 140°~150°, 经小粗隆内侧股骨距, 至股骨头压力骨梁中, 止于头下 1 cm 左右, 上方 1 枚在大粗隆基底经张力骨梁入股骨头。正位透视见导针与股骨干夹角满意, 侧位位于颈中心, 选用合适长度的空心螺钉, 空心钻头钻孔攻丝, 拧入选好的螺钉, 并适当加压 (典型病例见图 2)。

2.2 围手术期的处理 患者入院后进行仔细的体格检查和实验室检查, 以了解患者存在的合并症情况及全身情况, 正确评估手术耐受性和术后康复功能。术前予患肢持续皮牵引, 对并存合并症者请相关科室会诊, 必要时请麻醉科协同会诊, 按会诊意见积极治疗内科疾病。

术中采用监护吸氧, 手术开始前 1~2 h 可静滴抗生素以预防感染, 根据出血情况适当输血补液, 防止输血量过快过多, 术中伤口彻底止血, 伤口缝合后予弹力绷带包扎。

术后以控制感染为主, 不用止血药, 对合并症应继续积极治疗, 对骨质疏松明显者, 可应用钙剂和维生素 D 治疗。患肢穿“丁”字鞋, 对年龄过大、骨质较疏松而使用空心拉力螺钉内固定者, 术后加用皮牵引固定 2 周左右, 适当延长下床时间。术后第 2 天让患者取坐位或半卧位、主动咳嗽、排痰, 防止肺部感染; 定时翻身, 预防褥疮; 患肢应主动作肌肉收缩锻炼, 以促进血液循环, 预防深静脉血栓形成。术后 1 周开始 CPM 机无痛功能锻炼, 稳定型 1 周内床上进行功能练习, 2 周后可扶拐下地部分负重。对于不稳定型, 4 周后可下床进行站立练习, 6 周后可扶拐下地活动, 8 周后摄 X 线片有骨愈合表现后再开始部分负重练习。

3 结果

本组患者 86 例, 均获得随访, 随访时间 8~32 个月, 平均 18 个月。其中使用 DHS 固定组 2 例出现髋内翻, 使用空心钉固定组 1 例出现退钉现象。髋关节功能按黄公怡等^[1]提出的评定标准: 优, 髋关节无痛, 无畸形, 功能正常; 良, 骨折愈合无畸形, 髋关节偶有不适, 功能略有影响, 不影响生活; 差, 骨折愈合差, 畸形, 持续疼痛, 功能明显受限, 生活不能自理。本组优 56 例, 良 23 例, 差 7 例, 优良率为 91.86% (79/86)。

4 讨论

4.1 股骨粗隆间骨折的治疗原则 股骨粗隆间骨折既往因患者年龄大, 又合并许多内科疾病, 多采用非手术方法治疗。虽最终可获得骨折愈合, 但往往给患者带来更严重的并发症, 如褥疮、肺炎、髌内翻等, 死亡率明显提高^[2]。随着医疗技术水平的提高, 我们建议尽早手术治疗, 以减少卧床时间, 利于早期功能锻炼, 减少并发症, 降低死亡率, 提高患者生活质量。

4.2 内固定注意事项 ① DHS 的滑动钉具有静力及动力双重加压作用, 位于股骨外侧皮质的套筒钢板主要负担张应力传导, 有张力带作用, 但 DHS 抗旋转能力较差, 骨折术中、术后均可能发生旋转, 因此, 我们建议术中在大粗隆部拧入 1 枚与股骨颈内滑动钉平行的松质骨螺钉, 以增加骨折端旋转稳定性。②术中要重视小粗隆区的解剖复位, 多数学者^[3-4]认为良好地复位固定小粗隆区的骨块对术后疗效有重要影响, 如确实复位困难, 可考虑内侧松质骨加盖植骨, 否则, 可导致髌内翻。③ AO 螺钉治疗股骨粗隆间骨折时, 应将 3 枚空心拉力螺钉按照骨小梁的分布规律打入, 这样的固定包括了股骨头、颈部及粗隆下, 符合生物力学的原则, 使内固定更加可靠。同时 3 枚空心拉力螺钉的支撑和拉力作用能使骨折端达到解剖复位, 能有效地对抗短缩和扭转应力, 增加稳定, 使患者早期负重。

4.3 并发症原因分析 使用 DHS 内固定中有 2 例出现髌内翻, 分析其原因主要为: ①复位时牵引不够造成颈干角过小; ②股骨内侧支持结构不坚固; ③由于骨质较疏松而滑动钉长度不够致术后移位引起。空心拉力螺钉固定中有 1 例出现退钉现象, 导致钉尾过长影响走路。其原因主要为该患者骨质较疏松, 在骨折愈合过程中, 断端出现骨质吸收造成的。

参考文献

- 1 黄公怡, 王福权. 鹅头钉治疗股骨转子间骨折疗效分析. 中华骨科杂志, 1984 4(6): 34-39.
- 2 Jain R, Basinski A, Kreder H J. Nonoperative treatment of hip fracture. Int Orthop 2003, 27: 11-17.
- 3 叶繁茂. 不稳定型股骨粗隆间骨折的治疗. 中国矫形外科杂志, 2004 12(3): 130
- 4 Laopon nungsee A, Apomchayanon O, Phomputkul CB. Two-hole side plate DHS in the treatment of intertrochanteric fracture: results and complications. Injury, 2005, 36: 1355-1360

(收稿日期: 2006-08-22 本文编辑: 王玉蔓)