

# 老年股骨颈骨折采用股骨头置换术的临床分析

济南铁路局新沂铁路医院(221400)张广铎 王守君\*

我们自 1989 年 3 月至今共收治 75 岁以上股骨颈骨折 35 例,全部施行人工股骨头置换,报告如下。

## 临床资料

男 15 例,女 29 例;年龄 75~79 岁 23 例,80~84 岁 10 例,87 岁 1 例,89 岁 1 例,平均 79.2 岁;均为新鲜骨折,Gardern III 型 24 例,Gardern IV 型 11 例;左侧 17 例,右侧 18 例;29 例为跌伤,6 例为交通事故。

## 治疗方法

手术均采用前外侧切口入路,术中 13 例采用 More 型股骨头,22 例采用珍珠柄型股骨头。

术后要预防手术及各种感染,对肺炎等并发症要对症治疗。3 周下床持拐活动。术后第 7 天死亡 1 例系一 84 岁女性,因合并高血压,冠心病,大面积心肌梗塞死亡。

## 治疗结果

术后全部随访,时间 6 月至 4 年,平均 1.2 年。疗效标准:优:行走无跛行,无疼痛,下蹲正常;良:长途行走稍有疼痛,下蹲基本正常;中:行走时稍感疼痛,且轻度跛行;差:不活动时亦感疼痛,生活不能完全自理,下蹲受限。其中优 11 例,良 20 例,中 2 例,差 1 例,34 例随访中 5 例 4 周后弃拐行走,11 例 8 周弃拐行走,余均需执拐行走。

并发症:本组术后出现 1~2 种并发症共 12 例,发生率为 34.3%。浅表褥疮 4 例,伤口感染 2 例,肺炎 1 例,肾衰 1 例,深静脉栓塞 3 例。

## 讨 论

1. 手术的可行性:高龄患者由于脏器功能

衰减,加之多有夹杂病症,机体对手术、麻醉时发生的各种应激反应调节能力降低,故以往对老年患者的手术问题趋于保守。Goldmam<sup>[1]</sup>等对 1001 例手术病例分析,发现 60 岁以上死亡率随年龄增长而增加,70 岁以后比 70 岁前高约 10 倍。但近年来随着医疗水平,麻醉方法,心电监护等技术不断改进,使手术安全度有所提高。Bochner 对 120 例人工股骨头治疗股骨颈骨折 5 年回顾性研究<sup>[2]</sup>表明人工股骨头置换围手术期死亡率同闭合复位多根针内固定相仿,均为 4~5%。赵敦炎<sup>[3]</sup>等报道 58 例 70 岁以上人工股骨头置换无一例死亡。本组术后死亡一例,死亡率为 2.86%。据此,我们认为老年本身非手术禁忌,重要的是患者平时心血管和其他脏器的功能状况,如术前无严重的心律失常,心衰,肾衰,肺气肿等,一般均可耐受人工股骨头置换。

2. 手术的价值:股骨颈骨折使患者失去了正常活动及生活的能力,且长期卧床会引起褥疮、肺炎、尿路感染等严重并发症,增加死亡率。人工股骨头置换最大的优点是使患者术后早期下床活动,关节功能较好恢复,完成日常生活动作,上海六院<sup>[4]</sup>报告了人工股骨头置换治疗股骨颈骨折 654 例,随访 1~18 年,优良率达 92%,本组优良率达 91.9%,因此术式可有效防止内固定术带来的骨折不愈合,股骨头坏死等并发症,故人工股骨头置换术是 75 岁以上高龄移位型股骨颈骨折的首选治疗方法。

3. 手术时机:我们主张在进行心、肺、肝、肾等功能检查全身情况允许后,于 5 天内尽早手术,减少并发症。

4. 预防术中骨折,75 岁以上患者均有不同程度的骨质疏松,故我们主张入院常规给予 VitD、钙剂,术中扩充髓腔适中,插入股骨头掌

\* 铁道部第三工程局三处医院

握好方向,缓缓打入,一旦发现股骨上段劈裂骨折,立即处理。同时,在切骨及扩充髓腔时,出血可超过正常数倍或十数倍,故对此要有充足的估计,术中彻底止血,缩短时间,适当输血。

### 参考文献

1. Goldmem l Gujdelines for evalnting and prepering the Car-

diac patient for general Surgery. J Cardiovasc Med 1980,5; 637.

2. Bochner R etal . Bipolar hemiarthroplarty for fracture of the femoral neck. J Bone Joint Surg (Am). 1988;77;1001

3. 赵敦炎,等. 人工股骨头置换术治疗高龄股骨颈骨折. 骨与关节损伤杂志 1990;5;154.

4. 施时琴,等. 人工股骨头置换治疗股骨颈骨折 654 例报告. 中华骨科杂志 1991;5;347.

## 腰疝误诊腰擦伤 3 例

浙江杭州红十字会医院(310000)李宝庆 毕大卫

腰疝是较少见的腹外疝。如果去除损伤性或切口疝,腰疝是异常少见的。至今仅有 250~300 例临床病例曾在国内外文献中报导过。腰疝常发生在年轻的负重劳动者。如果对腰疝认识不足,常可与年轻的体力劳动者或参加强度负重训练的运动员,战士中发生的腰部损伤相混淆而误诊。作者曾见到三例,现报告如下。

例 1,陈××,男,21 岁,战士。于 1978 年 7 月因参加超负荷军事训练后感到右腰部酸胀痛,并随军事训练和劳动强度增大而症状加重,初诊为腰擦伤。给局部普鲁卡因、强的松龙封闭、服消炎镇痛药治疗无明显改善。仍坚持军训和劳动,症状加重并有上腹部牵拉感。右侧腰部发现有一圆形隆起肿块,卧床休息后缩小或消失。检查时发现肿块可还纳,用力咳嗽时有冲击感。诊断为右腰上三角疝。行手术修补治愈。术后随访三年未见复发。

例 2,吴××,男,32 岁,工人。1981 年 10 月因负重劳动后突感左侧下腰部酸胀痛,活动受限,随劳动强度加重而加重。就诊时发现左腰下三角区有一圆形肿块质软,周围无红晕轻度压痛,穿刺抽出少量微混浊黄色液体。初诊为急性腰擦伤,门诊治疗无好转。复诊时发现肿块可还纳,用力咳嗽时有冲击感。诊断为左腰下三角疝。入院手术修补痊愈。一年后复诊未复发。

例 3,陈××,男,29 岁,工人。1984 年 5 月因搬运重物突感右侧腰部酸胀痛不适,局部肿胀,活动受限,休息后症状减轻,劳动负重后又复发。五天后诊为急性腰擦伤,门诊治疗无明显好转。复诊发现左腰上三角区有一直径约 6cm 园形色块,质软轻度压痛,无红晕,穿

刺抽出少量淡黄色微混液体,镜检有少量红、白细胞,培养阴性。肿块卧床休息后可还纳。诊断为左腰上三角疝。病人坚决拒绝手术治疗。采用弹性绷带局部加垫包扎,嘱病人卧床休息三周后起床活动,避免负重,症状消失。续观三月未见发作,仍嘱避免强负重劳动,随访二年未见复发。

### 讨 论

腰疝发生在解剖薄弱的腰三角间隙区。腰三角间隙左右上下各一。在下腰部称腰下三角或称普提氏(Petit)三角。其前界是腹外斜肌的后缘,下界是髂骨嵴,后界是背阔肌的前缘。另一称腰上三角或称格林费特-累斯哈夫特氏(Grynfelt-Lesshaft)三角。其上界是第 12 肋的下缘,内界是髂棘肌的前缘,外界是腹内斜肌的上缘。先天解剖学的薄弱点是产生腰疝的内在因素,超强度的负重、强力持续咳嗽等腹内压增高则为发生腰疝的诱因(本文三例均属于此)。腰疝可为自发性、创伤性或手术后发生。此类疝常发生在年老体弱消瘦的妇女。

腰疝若发生在年轻负重工作人员中常易与腰部急性擦伤相混淆。惟腰疝者局部有可还纳性的包块,有冲击感,腹部有牵拉感。临床中应注意体格检查及观察,以免误诊,贻误治疗。治疗的基本原则是关闭疝囊修补先天性解剖缺损或薄弱区。预后甚佳。对不适应手术治疗的老弱病人或发病时间不久的早期病人可试用疝带治疗。治疗后病人应注意避免超重负荷过剧活动,以防复发。