

带锁髓内钉治疗股骨多段粉碎性骨折

曲天义, 赵春朋

(海城市正骨医院, 辽宁 海城 114200)

关键词 股骨骨折; 骨折固定术, 髓内; 骨折, 粉碎性

Interlocking intramedullary nail for the treatment of multi segments comminuted fracture of femur QU Tian-yi

ZHAO Chun-peng. The Orthopaedics Hospital of Haicheng Haicheng 114200 Liaoning, China

Key words Femoral fractures Fracture fixation, intramedullary Fractures comminuted

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(7): 470-471 www.zggssz.com

自 2003年 1月 - 2005年 8月采用骨折切开复位, 带锁髓内钉治疗股骨干多段粉碎性骨折 18例, 早期行 CIM 功能锻炼, 取得良好的疗效。

1 临床资料

18例中, 男 11例, 女 7例; 年龄 20~ 61岁, 平均 31.6岁; 左侧 7例, 右侧 11例。按 Winquist 分型, I 型: 小蝶形骨片, 对骨折稳定性无影响; II 型: 较大碎骨片, 但骨折的近、远端仍保持 50% 以上皮质接触; III 型: 较大碎骨片, 骨折的近、远端少于 50% 接触; IV 型: 节段性粉碎骨折, 骨折的近、远端无接触。本组骨折 I 型 3例, II 型 2例, III 型 6例, IV 型 7例。致伤原因: 交通事故伤 15例, 高处坠落伤 1例, 重物砸伤 2例, 均为新鲜骨折。病程 1 h~ 9 d 平均 3.6 d

2 治疗方法

2.1 手术方法 住院后均行胫骨结节骨牵引, 牵引 3~ 5 d 后, 在腰麻或硬膜外麻醉后取侧卧位患侧在上, 以骨折端为中心作外侧切口长 10~ 20 cm, 适当显露骨折端。粉碎性骨折保留骨块的血运, 清除骨折端的软组织及骨折周围坏死的肌肉组织, 保留好游离段骨体的血运。将患髋屈曲, 在大粗隆的上方做长 6 cm 的切口, 显露梨状窝并用环锥在该处钻孔, 根据髓腔的大小适当扩髓, 游离段骨体及骨折远端髓腔由骨折端进入适当扩髓。导针由梨状窝孔进入穿过股骨近折端髓腔后, 骨折对位, 再穿过游离段骨体髓腔, 骨折远折端对位后穿入骨折远端髓腔。导针引导将合适的带锁髓内钉顺行打入, 保留钉尾于骨质外 1 cm 左右, 待骨折断端粉碎骨片对位后, 用可吸收线或钢丝固定, 利用瞄准器定位, 分别锁入远、近端锁钉, 取出瞄准器, 旋入钉尾螺母, 冲洗伤口, 逐层缝合。

2.2 术后处理 伤口置 1 根负压引流管, 2 d 后拔出。术后 7 d 开始 CIM 锻炼, 每次 30~ 45 min 每日 2 次。4 周后可扶双拐逐渐下床活动, 待临床和 X 线检查显示骨折临床愈合, 即可用单拐逐步加大重量并逐渐弃拐, 严重粉碎性骨折和骨质疏松者应当延迟下床活动及负重时间。术后 4 个月内每个月复查 X 线片 1 次, 以后每 2 个月复查 X 线片 1 次, 骨折达骨性愈合后拔钉。

3 结果

18 例均获随访, 时间 6~ 18 个月, 平均 12 个月, 伤口均 I 期愈合。15 例术后 6~ 14 个月骨折全部愈合, 3 例骨折延迟愈合, 6 个月去除静力钉, 改为动态固定, 10 个月后愈合。无成角及其他畸形, 无髓内钉、锁钉断裂、松动及感染发生。18 例中 14 例膝关节活动度大于 100°, 2 例 90° 左右, 2 例 70° 左右。18 例恢复到术前步态, 无患肢短缩。根据股骨干骨折愈合及关节功能进行疗效评定: 治愈, 骨折对位对线满意, 骨折愈合, 功能完全或基本恢复; 好转, 对位对线尚满意, 骨折愈合, 患肢短缩 2 cm 以内, 髋、膝关节伸屈受限在 45° 以内, 生活能自理; 未愈, 骨折对位对线差, 或骨折不愈合, 有明显疼痛及异常活动, 生活不能自理者。本组治愈 14 例, 好转 4 例 (典型病例见图 1)。

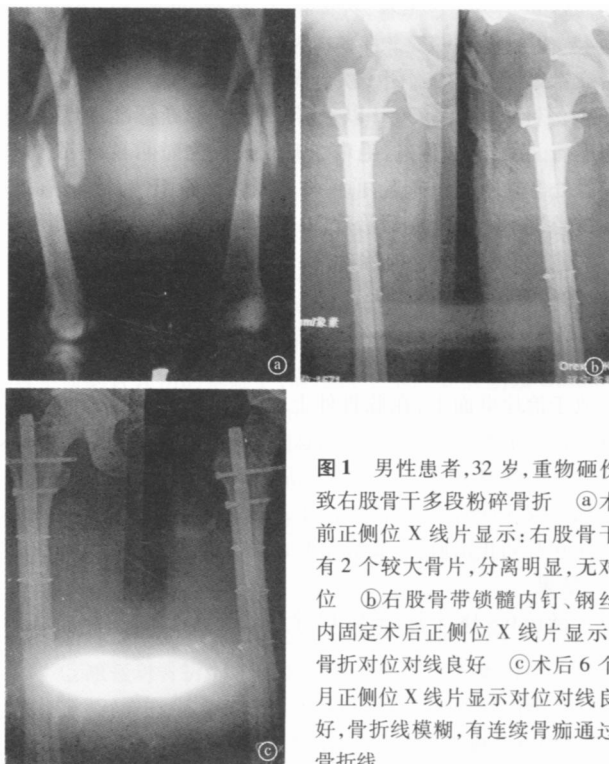


图 1 男性患者, 32 岁, 重物砸伤致右股骨干多段粉碎骨折 ①术前正侧位 X 线片显示: 右股骨干有 2 个较大骨片, 分离明显, 无对位 ②右股骨带锁髓内钉、钢丝内固定术后正侧位 X 线片显示: 骨折对位对线良好 ③术后 6 个月正侧位 X 线片显示对位对线良好, 骨折线模糊, 有连续骨痂通过骨折线

4 讨论

股骨干多段粉碎性骨折,皆为不稳定性骨折。传统方法采用接骨板螺钉及梅花髓内钉、石膏固定等方法,达不到解决骨折固定稳定及骨折旋转畸形的问题,常伴有应力遮挡和各种骨折病的发生,临床应用近年来有减少的趋势。相反随着骨折生物学固定的提出,带锁髓内钉内固定已成为四肢长管骨骨折治疗的首选,在受同等载荷条件下,应用带锁髓内钉固定方法最佳,而采用钢板、梅花髓内钉强度较差^[1]。带锁髓内钉固定比较可靠,可以防止骨折的旋转移位,对于多段粉碎骨折,击入合适长度的髓内钉,完成上下交锁,能有效控制股

骨的短缩畸形;固定牢靠者骨折愈合后期改为动态内固定,以消除髓内钉与锁钉间剪力对骨折端的应力遮挡,有利于骨折愈合^[2]。

参考文献

- 1 李强一,张秋琴,韩擎天,等.交锁钉治疗股骨干骨折的生物力学与临床.实用骨科杂志,2001,7(4):248.
- 2 杜毅,廖冬发,张波,等.动静力性交锁髓内钉的力学性能及其临床意义.骨与关节损伤杂志,2003,5(3):327.

(收稿日期:2006-09-18 本文编辑:王玉蔓)

三维牵引加复方丹参、强的松龙治疗腰椎间盘突出症

范运元,田佩远

(枣庄市台儿庄区人民医院,山东 枣庄 277400)

关键词 腰椎间盘突出症; 牵引术; 丹参; 强的松龙

Treatment of lumbar intervertebral disc protrusion with three dimensional traction and Danshen and prednisolone

FAN Yun-yuan, TIAN Pei-yuan. The People's Hospital of Taierzhuang District of Zaozhuang Zaozhuang 277400 Shandong, China

Key words Lumbar intervertebral disc protrusion; Traction; Danshen; Prednisolone

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(7): 471-472 www.zggssz.com

自 2004-2005 年对 143 例有腰椎间盘突出症症状且有椎间盘突出患者,进行分组治疗,将其研究结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 ①符合国家中医药管理局 1994 年颁布的关于腰椎间盘突出症的诊断标准^[1]; ②签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①妊娠期妇女; ②无症状的腰椎间盘突出患者; ③合并腰椎肿瘤或结核,严重的骨质疏松症、II 度以上腰椎滑脱、椎弓根崩裂; ④合并严重高血压、心脏病及其他器官或系统原发性疾患,精神疾病患者; ⑤凡不符合诊断标准或因各种原因未按规定接受或完成治疗无法判断疗效或资料不全者。

1.3 一般资料 143 例均经 CT 或 MRI 明确诊断,临床表现单纯腰痛者 18 例,单纯腿痛者 27 例,腰腿痛者 98 例。主要体征:突出间盘椎旁压痛伴向下肢放射痛者 96 例,直腿抬高试验阳性者 117 例,伴伸肌力减弱者 51 例,伴小腿肌肉萎缩者 31 例,伴跟腱反射减弱者 45 例,伴间歇性跛行者 21 例。

1.4 分组 按其自愿入组原则分为 3 组, A 组为对抗牵引加物理疗法组,共 42 例,男 29 例,女 13 例;平均年龄 (36.8 ± 6.1) 岁;病程 (183.54 ± 334.70) d L_{4/5} 突出 17 例, L_{5/S1} 突出 15 例, L_{4/5} 和 L_{5/S1} 突出 10 例。 B 组为针刺加物理疗法组,共 55 例,其中男 36 例,女 19 例;年龄 (37.1 ± 6.9) 岁;病程 (172.81 ± 362.07) d L_{3/4} 突出 3 例, L_{4/5} 突出 21 例, L_{5/S1} 突出 19 例, L_{4/5} 和 L_{5/S1} 突出 12 例。 C 组为研究组,共 46 例,其中男 31 例,女 15 例;年龄 (37.3 ± 7.1) 岁;病程 (168.51 ± 265.47) d

L_{3/4} 突出 3 例, L_{4/5} 突出 18 例, L_{5/S1} 突出 15 例, L_{4/5} 和 L_{5/S1} 突出 10 例。 3 组患者的性别、年龄、病程等经统计学分析,差异无统计学意义 (P > 0.05)。

1.5 治疗方法

1.5.1 A 组 采取俯卧位,常规胸、骨盆固定于普通牵引床上,持续对抗牵引,牵引力从 30 kg 起,逐渐增加,以患者耐受为度。每次 20~30 min 牵引同时用中频电腰臀并置患者耐受量;牵引后用超短波 15~20 min 微热量或温热量腰腿并置,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,疗程间隔 3~5 d。

1.5.2 B 组 常规针刺后接通 6805 疏密电流调至适量,留针 20~30 min,针刺后配合中频电耐受量 20 min 超短波微热或温热量 15~20 min,极板均用腰臀并置。针刺取穴为突出节段的棘突旁加患侧秩边、环跳、委中和委阳、阳陵泉、悬中、昆仑,交替使用。每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。疗程间隔 3~5 d。

1.5.3 C 组 先嘱患者屈膝俯卧,医者用拇指触摸尾骨尖上方 2~3 cm 处的骶骨角凹陷处,即骶管裂孔注射点,用甲紫作标记常规皮肤消毒,戴无菌手套,铺无菌巾,由助手协助在局麻下行骶管穿刺,用 9 号针头,针头与皮肤成 45° 角,当穿刺有“落空”感后,使注射器与皮肤成 15°~30° 角,进针少许反复回抽无液体、血液后,确认进入骶管。先推注由 2% 利多卡因 5~10 ml 强的松龙 100 mg 维生素 B₁₂ 50 mg 加适量生理盐水至 20 ml 的混合液;再推入复方丹参注射液 10 ml 时间控制在 15~20 min,完毕后嘱患者休息 30 min 观察无不良