

经套管多枚螺纹钉内固定治疗股骨粗隆间骨折 36 例报告

福建省龙岩地区第二医院 (364000) 严照明 张碧煌 颜国城 张振兴

笔者 1990 年起采用闭合复位小切口经套管多枚螺纹钉内固定治疗股骨粗隆间骨折 36 例, 获得良好效果, 现报告如下。

临床资料

本组 36 例中, 男 20 例, 女 16 例; 年龄 25~50 岁 3 例, 50~90 岁 33 例; 外伤原因: 直接暴力 14 例, 间接暴力 22 例; 骨折按原始状态分型^[1]: 稳定型骨折 26 例, 不稳定型骨折 10 例; 全部病例均为闭合性新鲜性骨折。术前合并心电图异常 18 例, 其中冠状动脉供血不足 3 例, 左、右束支完全性传导阻滞各 2 例, 室性早搏、房颤及室性心动过速各 1 例。肺功能不全及糖尿病各 4 例, 高血压 3 例, 肝、肾功能不全各 2 例。同时合并有上述两种以上疾病 8 例。

治疗方法

术前准备 入院后均经胫骨结节牵引或皮肤牵引 2~7 天, 并发有上述内科疾病者, 经内科会诊治疗病情相对稳定后施行手术, 术中予以心电图监护。对有潜在感染倾向者, 术前及术中给予预防性抗生素治疗。

手术方法 平卧位, 先予以牵引内旋等手法复位, 经电视 X 光机透视满意后, 患侧臀部垫高 30°, 常规消毒铺无菌巾, 采用局麻, 先于大腿外侧股骨大粗隆下方约 5cm 处皮肤作一纵形小切口约 1cm, 用两把血管钳交替分离皮下、肌层至股骨外侧, 用内径为 0.5cm、外径 0.6cm、长 5cm 套管插入, 隔开软组织, 再用 0.4cm 直径的螺纹钉, 在电视 X 光机透视下经股骨外侧正中皮质钻入, 并通过粗隆间骨折线向股骨头方向进钉, 距股骨头关节面约 0.5cm 即可。注意进钉时稍向前倾斜 5~10°。同法于股骨大粗隆下约 3cm、7cm 处分别钻入两枚螺纹钉。其最下方一枚钻钉时, 尽量靠股骨下方, 大斜角钻钉并经股距进钉。旋转活动患肢远端, 若骨折尚不稳定可在适当位置再增加 1~2 枚, 直至骨折端稳定为止。剪除体外螺纹钉, 钉尾留于皮下, 各切口皮肤分别缝合一针。手术时间最短 25 分钟, 最长 110 分钟, 平均约 38 分钟。术中出血少, 一般不需输血。

术后处理 常规应用抗生素。对稳定型骨折术后 1~2 天后即可鼓励患者坐起, 屈伸膝关节作股四头肌锻炼, 1~2 周后离床不负重行走, 6~8 周后逐渐负重。

对不稳定型骨折术后根据内固定稳定程度而决定适当辅以皮牵或“丁”字鞋外展位固定 1~3 周, 负重行走也适当推迟 1~2 周。本组平均住院时间 22.5 天。

治疗结果

本组 36 例术后切口均无感染; 合并有肺炎、泌尿系感染、排尿困难各 1 例, 经对症治疗均痊愈。无褥疮、死亡病例。2 例不稳定型骨折分别于术后 3 个月、4 个月拍片发现轻度髓内翻。34 例获得 3 个月以上, 平均 18.4 个月随访。骨折端愈合时间为 6~12 周, 平均愈合时间为 8.2 周, 无延迟愈合或不愈合病例。患者功能恢复情况按王福权氏等提出的股骨粗隆间骨折治疗标准^[2]: 优良 29 例 (82%), 尚好 5 例, 差 1 例, 失访 2 例。

讨论

股骨粗隆间骨折为老年人较常见的严重损伤性疾病。传统的牵引治疗需要 8~12 周, 因卧床时间长, 易引起或加重肺炎、褥疮、脑血栓、泌尿系结石甚至死亡等并发症。其死亡率据国内外报导较手术固定为高^[3,4]。而切开复位鹅头钉等内固定损伤较大, 老年人尤其高龄患者往往因体弱多病, 合并有不同程度的心肺功能等不全, 脏器代偿机能差、应激能力与免疫机能均低下, 麻醉与手术创伤仍存在一定危险性。因此, 选择创伤小、安全可靠, 既能减轻痛苦, 又能有效地防止合并症是医家近年来努力追寻的最佳疗法。本法闭合复位经套管多枚螺纹钉内固定, 应用局麻, 切口小损伤出血少, 手术时间短, 对患者打击小, 术中未出现意外情况。采用多枚螺纹钉内固定, 对稳定性或轻度不稳定型骨折能有效地克服骨折端剪力及肌肉的旋转力, 骨折端较坚强稳定, 为术后早期坐起及离床活动创造条件。患肢功能恢复快, 减少了长期卧床可能出现的并发症。

对于严重不稳定性骨折, 本法尚难于控制骨折端粉碎性骨折块 (本组 2 例髓内翻即属此型), 术后需辅以皮牵外展位固定; 对于粗隆下骨折, 本法不适宜。

本法与多枚斯氏针内固定比较有以下优缺点: 因钉有螺纹, 内固定后对骨折端有长时间的纵向加压作用, 不易因患肢早期活动, 对骨折端产生的剪力及骨折

愈合初期骨质吸收等因素的影响,而出现螺钉松动、脱出及滑入盆腔等并发症,有利于骨折愈合而缩短骨折愈合时间;螺钉需切开一小切口,以避免钻钉使肌纤维绞榨阻碍进针,本法采用套管进针,切口小,与经皮进针相差无几;至于螺钉耐折力不及斯氏针,因本法采用多枚螺钉尚未发现螺钉折断病例。本法操作简便,安全可靠,易于掌握,在无电视 X 光机的基层医院,也可在小型移动式 X 光机通过术中拍片,调整螺钉进针方向而完成。

参考资料

1. 王亦惠,等. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民出版社

1991; 586~591.

2. 王福权,等. 老年四肢骨折的内固定治疗(附 235 例临床分析). 中华骨科杂志 1991; 11 (4): 242.
 3. 鲁英,等. 203 例股骨粗隆间骨折治疗分析. 骨与关节损伤杂志 1991; 6 (1): 7.
 4. Evans EM. Trochanteric fractures—A review of 110 cases treated by nailplate fixation. J Bone Joint Surg (Br) 1951; 33 (3): 192.

(收稿: 1995—08—15 修回: 1996—04—04)

手法治疗腰椎间盘突出症 740 例

郑州市骨科医院 (450052) 王殿柱 王志华 王宏鹤*

我们共对 740 例临床症状典型,体征明显,X 线片及 CT 检查证实的腰椎间盘突出症患者进行牵引、手法推按治疗,取得较为满意的效果,现报道如下。

临床资料

740 例中男 462 例,女 278 例;病程 1 月~20 年;全部病例均经 X 线片及 CT 检查证实,均为住院患者;有明显外伤史为 518 例,劳损 91 例,余原因不明。

治疗方法

患者俯卧在按摩床上,胸部及小腿部垫一 50×35×10cm 的软垫,将肩胸牵引带从患者腋下通过,并固定于床头上。再将双踝套固定于患者双踝关节上,踝套系带固定在治疗床后边的摇把上,摇动摇把使系带拉紧,牵拉到以患者能忍受为度,然后把摇把固定,开始手法推按。

医生站在患者的痛侧,双手掌心并按于椎体患侧棘突旁,向对侧上方推按,采取平乐郭氏推按法(亦称滑推法)的令呼推按法,(年老体弱者采取待呼推按法),一息二次,约 10 分钟。然后做肌肉松懈,约 5 分钟。之后做进按法,用拇指或肘尖,按于双侧大肠俞、环跳、委中、承山等穴,逐渐用力,达到按而留之患者自觉得气为止。之后施以抖法,扳法解除牵引。如症状较重,腰椎侧弯明显,生理曲度变直者可采取合力按摩,继滑推之后,解除牵引,进行三人合力推按,胸髓部各加双垫,使腰部悬空,一助手扶肩部,另一手握双踝,术者双手重叠,按压患处,开始可按压 10~20

次,逐渐增加至 30~40 次。

上述方法每日推按一次。

治疗结果

优:临床症状.体征消失,可从事日常工作和生活,共 402 例。良:症状基本缓解,残留轻度小腿外疼痛麻木,可坚持工作,共 296 例。差:疼痛症状缓解不明显,共 42 例。

讨 论

采用手法推拿、牵引治疗腰椎间盘突出症效果明显,但手法不可粗暴,牵引重量及手法轻重要因人而异。

通过推拿按摩,牵引可使病变部位紧张的肌肉松弛,解除痉挛,分离粘连,恢复患处紊乱的肌纤维和修复断裂的肌纤维,消除无菌性炎症,水肿。尤其经过合力按摩可使椎间隙增宽,产生椎间隙负压,使肌肉松弛,利用纤维环外展及后纵韧带的张力,少数突出物有可能逐渐移回原位,也可能改变神经根与突出物之间的关系所以收到满意效果。

椎间盘突出采取推拿治疗无效者认为以下原因:腰椎后缘或椎间孔处严重的骨质增生对脊髓神经根有压迫或刺激性损伤;中心型椎间盘突出压迫脊髓;因外伤或推拿不当,造成纤维环破裂溢于椎管内,并与脊髓神经严重粘连者;纤维环破裂,髓核形成钙化者。

(收稿: 1995—08—15 修回: 1996—05—10)

* 郑州市第四人民医院