

学术探讨

股骨颈骨折手术疗效探讨

广东省惠州市中心人民医院 (516000) 郭汉明 陆炳刚 谢惠斌

本文将获得一年以上随访的股骨颈骨折行人工髋关节置换术的 117 例作为置换组, 行手术内固定 110 例作为内固定组, 就其疗效作一分析比较, 对人工髋关节置换术的适应症、疗效及并发症作进一步探讨。

资料与方法

我院自 1987 年 12 月至 1995 年 7 月共手术治疗股骨颈骨折 227 例。行人工髋关节置换术 117 例, 男 62 例, 女 55 例; 年龄为 42~82 岁; 其中 32 例为内固定手术失败者, 新鲜骨折 59 例, 陈旧性骨折 26 例; 骨折类型: 头下型 68 例, 经颈型 32 例, 基底型 17 例; 行单纯人工股骨头置换术 39 例, 全髋关节置换 78 例, (国产全髋 68 例, 美国 Zimmer 非骨水泥全髋 8 例, 瑞士 Plus 全髋 2 例)。均采用硬膜外麻醉, 行髋关节后外侧入路, 术后均留置负压引流装置。平均住院日期 21 天。术中、术后并发症: 术中死亡 1 例, 假体柄穿出股骨上端 2 例, 股骨上端劈裂 3 例, 早期脱位 2 例, 感染 1 例。本组术后两周床上活动锻炼, 术后 3 周下地活动, 扶拐行走。经一年以上随访, 根据吴之康氏标准^[1]对疼痛、关节功能及关节活动度进行评定, 获得无疼痛或轻微疼痛关节占 91.2%, 达到或接近正常关节功能和活动范围者分别为 76.2%、85.3%, 总满意率为 93.5%。

手术内固定组 110 例中男 64 例, 女 46 例; 年龄为 15~80 岁, 50 岁以上 64 例, 50 岁以下 46 例, 新鲜骨折 87 例, 陈旧性骨折 23 例; 骨折类型: 头下型 26 例, 经颈型 36 例, 基底型 48 例; 其中经皮穿刺加压螺钉内固定 56 例, 缝匠肌髂骨瓣移植+加压螺钉内固定 8 例, 带旋髂深血管髂骨瓣移植+加压螺钉内固定 6 例。经一年以上随访, 骨折愈合 78 例, (占 71%)。骨折不愈合股骨头缺血性坏死+骨折愈合后股骨头缺血坏死共 32 例。此 32 例中, 陈旧性骨折 12 例, 新鲜骨折 20 例, 头下型骨折 14 例, 经颈型 12 例, 基底型 6 例; 50 岁以上 22 例, 50 岁以下 10 例; 32 例全部再行人工髋关节置换术。

讨 论

1. 关于手术适应症: 人工髋关节置换术治疗股骨颈骨折尤其是头下型骨折仍是一种有效的治疗方法, 一般认为老年人股骨颈骨折一般情况尚好, 能够安全

耐受手术的均可考虑作人工髋关节置换术。在年龄方面, 一般认为年龄在 65 岁~70 岁以上可考虑作人工股骨头置换术; 年龄在 45~70 岁体质较好的病人, 可考虑作人工全髋关节置换术。对于陈旧性骨折, 只要骨折不愈合和股骨头缺血性坏死, 作人工关节置换术就是绝对适应症。近年来, 本院采用美国 Zimmer 及瑞士 Plus 公司产的进口全髋假体, 获得较好的效果。因其有较好的生物相容性及合理的设计, 假体表面有钛合金网, 不用填塞骨水泥。故认为采用进口全髋置换, 年龄方面可适当放宽, 因中壮年患者身体对假体生物相容性, 机械性有良好的适应, 骨细胞可植入假体之网孔内, 而获得牢靠固定, 髋关节代偿功能好, 能够获得满意效果。

2. 关于疗效: 以上资料表明人工髋关节置换术治疗股骨颈骨折, 可以缩短住院时间, 早期离床活动, 恢复下肢功能, 这是远远优于其它治疗方法的。尤其是对于年老体弱病人, 使用牵引方法, 卧床时间长, 并发症多, 往往发生不愈合和股骨头坏死, 而且关节僵硬, 功能较差。采用加压螺纹钉内固定以及带肌骨瓣, 带血管髂骨移植, 血管植入等手术仍有较高的骨不愈合率和骨坏死率及植入血管栓塞的机会, 需再次手术, 增加病人的痛苦及经济负担。使用人工关节置换术, 不存在骨折愈合及坏死问题, 功能恢复满意, 3 周后可坐起活动并下地站立走路, 生活自理, 大大减少卧床并发症及老年人并发症发生。

3. 关于并发症: 人工髋关节置换术的早期并发症主要包括感染、人工股骨头早期脱位、深部静脉栓塞、股骨上端骨折。本组感染率为 0.85%。我们预防感染的体会是: 术前严格遵守无菌操作原则, 术中止血彻底, 术后放置负压引流装置, 并常规术前一天及术后 3~7 天静脉点滴抗菌素, 定期消毒伤口, 更换敷料。人工股骨头早期脱位的发生率文献介绍为 0.1~4.4%, 本组发生率为 1.7%。后再行手术复位才解决。我们的体会是假体的托尖部一定要对准小粗隆, 使人工股骨头的前倾角在 20°~30°之间, 是预防早期脱位的措施之一, 因为前倾角过大易引起前脱位, 而前倾角过小则易引起后脱位, 而假臼保持外倾角 45°及前倾角 10°~15°, 而假臼保持外倾角 45°及前倾角 10°~15°, 而假臼保持外倾角 45°及前倾角 10°~15°, 而假臼保持外倾角 45°及前倾角 10°~15°。

同时关节囊一定要尽量仔细缝合，臀后肌及外旋小肌一定要缝合好，术后必须及时作皮肤牵引外展位 2 周，这也是预防术后早期脱位措施。至于股骨上端髌裂或骨折，本组发生率为 2.6%，我们的体会是，操作时动作不要粗暴，股骨上端暴露充分先用钢丝环扎股骨转子间，使其应力分散，用髓腔锉沿着骨髓腔由小至大逐渐扩大髓腔，切忌杠杆样撬压，插入假体动作要轻柔，如股骨发生爆裂，则钢丝绑扎固定。手术死亡率各家报道不一，本组为 0.85%，因髋关节假体置换术创伤较大，而手术对象多为久病或年老患者，心血管机能相对较差，术前给予调理心肺功能治疗与训练，降低血粘稠

度，提高对手术的耐受性，术中麻醉选择适当，尽量减少创伤和彻底止血，必要时可阿斯匹林与低分子右旋糖酐合用，能预防血栓形成，减少致死性肺栓塞的发生。晚期并发症主要有人工股骨头松动，假体折断，下沉、关节面磨损，疼痛，异位骨化等，本组由于术后观察时间尚短，有待进一步随访观察。

参考文献

1. 吴之康. 关于髋关节人工置换术后疗效评定. 中华外科杂志, 1982, 20: 250.

(收稿: 1996-12-02)

踝部腓距前韧带损伤

浙江省宁波市中医院 (315010) 金 甬

踝部腓距前韧带损伤常见，我们总结了 120 例，就治疗问题进行探讨。

临床资料 本组 120 例中男 68 例，女 52 例，8~20 岁，23 例，21~45 岁 67 例，46 岁以上 30 例；左踝 53 例，右踝 67 例；所有病例进行 3 月至二年的随访。诊断标准：(1) 所有患者都有明确的足跖屈位内翻扭伤史。(2) 损伤后踝关节外侧即刻出现疼痛，外踝前下方肿胀，皮下瘀斑，伴跛行。(3) 压痛局限外踝前下方腓距前韧带线。如果足跖屈位内翻跟部，可在外踝前下方有剧烈疼痛，而由于外侧韧带中的跟腓韧带未受损伤，足直角位内翻跟部、牵伸此韧带时，不产生疼痛。(4) X 线检查未见骨折。

治疗方法 120 例随机分为三组。第一组 50 例，外敷跌打药膏，未固定，坚持行走活动。第二组 20 例，足直角位石膏固定 3~4 周，然后去石膏行踝关节功能锻炼。第三组 50 例，踝关节背伸外翻位“8”字交叉胶布条固定。用 4 厘米宽胶带条，从小腿前缘起缠绕，经内侧然后绕过足底向外侧，至小腿前外侧。外敷跌打药膏，允许早期行走。二周后去胶布，用中药熏洗，直至症状消失，关节功能恢复。

中药熏洗：方药组成：羌活 10g 独活 10g 川乌 10g 草乌 10g 海桐皮 10g 莪术 10g 透骨草 10g 路路通 10g 艾叶 10g 王不留行 10g 桂枝 10g 三棱 10g。药物加水后加热煮沸 20 分钟，先用热气熏蒸踝部，待水温稍减，将患足浸泡水中，并活动踝关节、每次 20 分钟，每天熏洗 2~3 次。

治疗结果 根据国家中医药管理局 1995 年实施的中医病证诊断疗效标准结果

第一组治愈 43 例，好转 6 例，未愈 1 例；第二组治愈 19 例，好转 1 例；第三组治愈 49 例，好转 1 例；本组病例治愈率为 92.5%。

讨 论

孤立的腓距前韧带损伤，由于受力较轻，临床表现局限，无骨折脱位现象、经短暂治疗和休息，肿痛开始消退，能忍痛行走，故往往不被医生和患者所重视。而损伤韧带愈合需要分离端良好的对位，其瘢痕量与止动的程度呈反比。分析本组病例，踝部给予有效固定治疗组，损伤韧带对位良好，修复后可恢复韧带原有结构，维持关节稳定，恢复原有功能。未进行固定病人，韧带损伤处对位差，具有广泛瘢痕形成，愈合后的韧带松弛而张力强度减低，踝关节因外侧不稳定，致慢性劳损。而采用不同的固定方法，对治疗结果无显著差异。

“8”字胶布固定踝关节在背伸外翻位，能使损伤韧带处于松弛状态，损伤端紧密接触，而早期的活动能促进局部血液循环，有利肿胀消退，避免石膏固定所致肌萎缩及关节粘连。后期的熏洗能疏导腠理，流通气血，舒松关节筋络，加速损伤关节的功能康复。其治疗时间较单纯的石膏固定明显缩短。故我们认为，“8”字胶布固定治疗组符合动静结合治疗原则，对维持损伤韧带良好对位，缩短治疗时间具有显著临床意义，其治疗效果较其它二组满意。

(收稿: 1996-12-16)