

高龄股骨颈骨折的治疗

陈如见 王小兵

(国家体育总局成都运动创伤研究所, 四川 成都 610041)

【摘要】 目的 探讨高龄股骨颈骨折的治疗方法。方法 采用手术并配合应用中医中药治疗移位性股骨颈骨折。手术方式为闭合复位 X 线电视监视下经皮或小切口多根螺纹针固定 36 例, 三角针固定 6 例, 加压螺丝钉与螺纹针协同固定(子母钉) 25 例, 人工股骨头置换 10 例。结果 经三年以上随访, 内固定愈合 56 例, 占 84%; 股骨头坏死 20 例, 占 29%; 髋关节功能良好 55 例(包括股骨头置换病例)占 71%。结论 闭合复位内固定适用于大多数移位性股骨颈骨折或全身情况不能耐受人工股骨头置换术, 或者不愿意作人工股骨头置换者, 但对头下型严重移位者仍应首选人工股骨头置换。辨证施治应用中药, 早期作除伤肢以外的其他肢体活动有利于减少和防治并发症的发生。

【关键词】 股骨颈骨折 骨折固定术, 内 闭合复位

Treatment of Senile Femoral Neck Fracture CHEN Rurjian, WANG Xiaobing, Chengdu Research Institute of Sports Injury (Shichuan Chengdu 610041)

【Abstract】 Objective To explore the treatment methods of senile femoral neck fracture. **Methods** 77 cases were treated with operation and Traditional Chinese Medicine. Operation methods include percutaneous multiple screw pins (36 cases), percutaneous multiple triangular pins (6 cases), the combination of compression screw with screw pins (25 cases) and the hemiarthroplasty (10 cases). **Results** During 3 to 7 years follow up, 54 cases got complete union of bone (84%); Femoral head necrosis occurred in 20 cases (29%); 55 cases gained favorable hip function (71%, include the patients whose femoral head were replaced). **Conclusion** The method of closed reduction and internal fixation is suitable for most displaced femoral neck fracture and the patients whose health condition can't tolerate the replacement operation. But to subcapital type fracture combined with serious displacement, the hemiarthroplasty should be done. Also, Traditional Chinese Medicine can be used to reduce complication.

【Key Words】 Femoral neck fracture Fracture fixation, internal Closed reduction

股骨颈骨折是多发生于老年人的骨折, 70 岁以上的高龄病人预后欠佳。我们在 1986 年~ 1994 年共收治了 403 例股骨颈骨折, 70 岁以上者 88 例, 占该种骨折 23%, 其中因骨折移位而手术治疗者 77 例, 现总结报告如下。

1 临床资料

77 例中男 36 例, 女 41 例; 年龄为 70 岁至 75 岁 48 例, 76 岁至 80 岁 23 例, 81 岁至 90 岁 6 例。骨折类型: 按骨折解剖部位与移位程度(Garden 氏分型)相结合办法分型, 头下 II 型 9 例, 头下 IV 型 5 例, 头颈 II 型 37 例, 头颈 IV 型 11 例, 颈中 II 型 6 例, 颈中 IV 型 4 例, 基底 IV 型 5 例。伴有其它疾病情况: 35 例患有高血压、冠心病、糖尿病。随访时间最长 7 年, 最短 3 年。

2 治疗方法

2.1 治疗方式 多根螺纹针固定 36 例, 加压螺

钉与螺纹针联合固定(子母钉固定) 25 例, 自制三角针固定 6 例, 人工股骨头置换术 10 例。

2.2 手术方法 入院后行胫骨结节牵引, 先顺势略内收位或中立位牵引, 24 小时后改外展 40° 牵引。4 天后摄床边 X 线片, 如骨折已复位即在简易下肢牵引架维持牵引的情况下送至手术室在局麻下行电视 X 线监视下小切口加压螺丝钉与螺纹针联合固定, 或经皮三角针螺纹针固定。手术一般在 30 分钟内结束。人工股骨头置换采用髋关节后外侧切口, 使用国产珍珠面双动人工股骨头。各种固定的详细方法已做介绍^[1]。

2.3 各治疗方法的选择原则 头下 IV 型或其它型骨折折端内后份有粉碎骨片者, 其全身情况允许, 且又接受人工股骨头置换术者, 采取人工股骨头置换。其余患者, 骨骼粗大、身体较好者用加压螺丝钉与螺纹针联合固定。骨骼较细身体又差者用螺纹针或三

角针经皮固定。

2.4 术后处理 (1)人工股骨头置换术常规应用抗菌素 7 天,术后第四天即可坐起,三星期后扶拐行走。内固定者用抗菌素 3 天,手术当日即可改为半卧位继续牵引或穿防旋鞋,一月后扶双拐患肢不负重行走。(2)中药的应用:入院后即根据患者情况给与益气活血中药内服,多以四物汤加黄芪、党参、丹参、白术内服,中后期给以补肝肾强筋骨中药内服,多服用本所生产的正骨丸^[2]或六味地黄丸,并外贴我所自制的接骨膏。

另外伤后当天即鼓励患者作除伤肢以外其它肢体活动,同时对患肢大腿以下部位以揉捏搓等手法作按摩,术后 2 周作膝关节被动屈曲动作,并给予活血行气通利关节中药熏洗。

3 治疗结果

术后三年内死亡 7 例,1 例为手术当日突发心衰抢救无效死亡,其余病例均因年龄增大内科疾患加重而死亡。骨折愈合 56 例(已除去一年内死亡无法观察愈合情况病例)。股骨头坏死 20 例。患肢功能情况(包括股骨头置换病例):优:患髋活动自如与健侧无差异,行走无跛行 31 例;良:髋关节屈曲受限 30°,行走时轻微跛行 24 例;尚可:患髋微痛,需持单拐行走 10 例;差:患髋屈曲受限 50°以上,行走时有较明显痛感,需扶双拐才能行走 12 例。

4 讨论

70 岁以上的股骨颈骨折愈合率较低,有文献报导愈合率为 50%^[3],患者伤前多有慢性疾患,伤后卧床极易并发肺炎、褥疮等并发症,这都给治疗带来困难,然而随着人口老化,高龄人口增多,高龄股骨颈骨折发病率呈现升高趋势,因而临床上对该种骨折必须引起重视。根据我们的临床体会,认为在选择治疗方法和预防并发症出现时应注意以下几点,有利于提高疗效。

内固定是治疗股骨颈骨折的主要方法,其优点是手术简便,对患者生理干扰小,青壮年愈合率达 90% 以上。但缺点是有部分骨折不愈合或出现股骨头坏死,因而文献中对 65 岁以上老年人移位性股骨颈骨折主张行人工股骨头置换术者为多。但在临床实际工作中 70 岁以上病人伴有内科疾患不适宜行人工股骨头置换或患者本人及家属拒绝行此手术者为数不少,如果对这部分病例只采取卧床休息对症治疗的非手术疗法,骨折移位将继续加大,断端刺激周围组织会产生严重疼痛,患者长期卧床可能发生

危及生命的心肺并发症,而这部分病例绝大部分是能够行内固定术治疗的,因为闭合复位电视 X 线监视下小切口或经皮内固定,术中出血少或基本不出血,对患者生理干扰小,患有冠心病,高血压等患者绝大部分是能够耐受该种手术的,患者及家属也较易接受。

高龄是骨折不愈合因素之一,但并不是骨组织丧失了修复能力。骨折复位和内固定的质量及术后处理也是愈合的重要因素。高龄患者硬膜外麻醉有一定困难,如果在麻醉不充分情况下施行急诊快速复位,容易造成骨折上移不能完全纠正,在这种情况下勉强作内固定极易造成骨折再移位而不愈合,我们认为采取短时间骨牵引复位,使骨折上移完全纠正,然后在维持牵引状态下行内固定比一次性的快速复位方法好。在固定方式上对高龄病人应选用多钉固定,多钉固定的抗剪力能力优于单钉已有多篇文献论述^[4],因此对高龄病人特别要注意单钉固定的缺点。因为高龄病人骨质疏松多较明显,单个加压螺钉固定时因骨皮质过薄,加压效果不好,同时为避免长期卧床产生并发症,病人下床较早;老年人配合治疗也较为困难,这些对内固定材料的要求就更高,因而应选用多钉固定。

全身情况如何亦是骨折愈合的重要因素之一。高龄老人由于神经内分泌功能的衰减,组织新陈代谢减缓,加上慢性疾患,均可影响骨折的治疗。老年人的眩晕耳鸣,腰膝酸软,形寒肢冷,面色无华均属中医的气血虚弱、肝肾不足的表现,骨折后损伤局部的脉络,虽有一些血瘀的表现,但在用药时一定要注意老年人的这些本质上问题。在损伤初期活血时配以补益气血调整全身情况的中药,改善患者全身情况,中后期给以补肝肾强筋骨中药内服外敷均有助于骨折愈合。

老年人喜静不好动,关节韧带容易粘连僵硬,入院后鼓励患者作除伤肢以外的活动,并对患肢大腿以下部位施以按摩,有利于改善患肢血循、预防关节僵硬和褥疮的发生,并能预防下肢深静脉血栓的形成。深静脉血栓引起肺部疾患是造成老龄髋部骨折死亡的重要并发症^[5],鼓励患者活动和按摩伤肢是预防因卧床下肢静脉血流减缓而引起血栓的重要方法,应予积极施行。

人工股骨头置换虽有术后部分患者髋部疼痛、假体松动,手术对患者生理干扰大等问题,对那些身体情况特别差,过渡肥胖或肌力衰弱骨质疏松特别明显的患者,不适宜于作人工股骨头置换术,但对那些头下型严重移位且有粉碎骨片而全身情况又允许

者仍应嘱其或劝其作人工股骨头置换术,以发挥其治疗高龄病人功能恢复快,下床活动早等优点,降低内固定病例的不愈合率,提高治疗高龄股骨颈骨折的整体疗效。

参考文献

[1] 陈如见,刘茂章,王慧,等.股骨颈骨折多种治疗法评估.中国骨伤,1993,第6卷(增刊):89.

[2] 郑怀贤.伤科诊疗.北京:人民体育出版社,1975.59.

[3] 王亦璠,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.北京:人民卫生出版社,1990.573-584.

[4] 马志新,李晓东,邵斌,等.类桁架型多针内固定治疗股骨颈骨折的实验研究和临床应用.中华骨科杂志,1993,13(1):55.

[5] 张龙惠,金耀清.髌部损伤合并肺栓塞一附6报告.中华骨科杂志,1991,11(2):118.

(收稿:1998-03-16 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

闭式三角针内固定治疗股骨颈骨折

贺宁 刘卫民 苗丽

(银川市第二人民医院,宁夏 银川 750011)

我院自 1993 年 7 月~1996 年 9 月在电视 X 光监视下,闭合穿刺插入多根三角针治疗股骨颈骨折 36 例。此法简便,效果较好,现报告如下。

1 临床资料

36 例中,男 21 例,女 15 例;年龄 52~73 岁,平均 65.7 岁。头下型 12 例,头颈型 16 例,基底型 8 例。Garden II 型 9 例,III 型 21 例,IV 型 6 例。并发心脑血管疾病 16 例,糖尿病 3 例。手术均在伤后 1 周内完成。

2 治疗方法

术前应注意患者有无心肺功能不全、高血压、糖尿病等疾患。对无手术禁忌症者早期手术,对已出现某些并发症者经过积极治疗并发症后,进行手术。

2.1 牵引复位 对于有移位的股骨颈骨折(Garden III IV 型)可在局麻下闭合复位。病人仰卧于手术台上,用 0.5% 普鲁卡因 50ml;做患肢大粗隆外侧骨膜下浸润麻醉,再向骨折间隙、关节腔内注入。后在电视 X 光监视下行快速牵引,多数病人皆可复位。对于不能复位的病例,可施以手法复位,但术中要注意股骨干纵轴的牵引方向,要与股骨头所处的位置相一致。骨折远端复位后,依次伸直、外展、内旋髋关节。减少屈髋角度可纠正骨折前后移位,内旋髋关节可纠正向前成角。

无移位的股骨颈骨折(Garden II 型),在治疗过程中,骨折因有移位倾向,可在局麻下将患肢置于外展中立位,原位穿针固定。在电视荧光屏上观察骨折复位情况,即 Garden 指数(160°/180°),力求达到解剖复位或过度复位^[1]。

2.2 穿针方法 患侧臀部垫一扁枕,消毒铺巾,在大粗隆下 3cm 处,用三角针在皮肤上戳一小孔,直达股骨外侧骨皮质,克服前倾角,在电视 X 光引导下,水平方向沿股骨颈中轴线插入第一根长度适宜的三角针,缓缓锤击打入器,使三角针穿过骨折端,经颈部入股骨头内压力骨小梁中,达距股骨头软骨下 0.5~1.0cm 处。在接近软骨下硬骨质时,阻力增加,证明已达到所需深度。于第一根固定针的上下各 1cm 处,瞄准股骨头的方向,稍微倾斜,依以上方法,从大粗隆下再沿股骨颈

向头内打入两根三角针,使三针在头内呈平行排列。侧位观察无误后,结束手术。术后皮牵或穿 T 字鞋 6 周,同时在床上进行关节功能锻炼,8 周后扶拐下地,不负重行走,骨折线消失后拔针。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准^[2] 优:骨折愈合,髋痛消失或基本消失,髋关节活动大于 120°,可恢复原工作;良:骨折基本愈合,髋时有疼痛或持续轻痛,髋活动 90°~120°,生活自理,可以从事轻工作;差:骨折小部分愈合或不愈合,头坏死或塌陷,髋痛明显,髋活动受限 90°以下,下蹲困难,生活难以自理。

3.2 治疗结果 本组随访时间最长 14 个月,最短 6 个月,平均 8.7 个月。结果:优 18 例,良 14 例,差 4 例。骨折愈合 32 例,其中 18 例恢复术前劳动,9 例生活自理,5 例患髋时有疼痛,但可以从事家务劳动。4 例疗效差者,退针后骨折移位,髋痛明显,肢体无力,不能弃拐行走,生活难以自理。

4 讨论

多根三角针固定股骨颈骨折,针在骨内分布符合生物力学原理,有抗弯、抗压和抗旋转作用^[3]。针体较细,呈三角形,性能稳定,入骨髓腔后对股骨头内残存血运破坏较少。

三角针闭合穿针,因针较锐利,锤击时极易穿透骨皮质,打入器头部有中空结构,可和针连为一体进入组织中,留 1.5cm 针尾于骨外,以利拔针。同时又可通过锤击打入器使骨折端相嵌插,消灭骨折间隙,利于骨折愈合。

术中穿针力求一次成功,在针穿透股骨外侧骨皮质时,必须达到要求的角度,否则不易调整。应避免反复进退,以减少对骨质的损伤或出现固定针松动。

参考文献

[1] 赵炬才主编.髋关节外科学.第 1 版.北京:中国医药科技出版社,1992.212.

[2] 马元璋,张沪生,陈正中,等.股骨颈骨折.中华骨科杂志,1984,4(2):11.

(收稿:1997-05-21 修回:1997-12-21 编辑:房世源)