

• 短篇报道 •

高龄股骨粗隆间骨折保守与手术疗效分析

李良华 李廷泰 陈新民 王荣茂 卓锦剑 卢心宇 廖坊年 石树培 林信民 林清
(福建中医学院附属人民医院, 福建 福州 350004)

我院自 1991 年 10 月~ 1997 年 12 月共收治 60 岁以上高龄股骨粗隆间骨折 176 例, 其中得到随访的 82 例, 随访组中保守治疗 28 例, 手术治疗 54 例, 现分析如下。

1 临床资料

本组 82 例中男 36 例, 女 46 例; 年龄 60~ 91 岁。按 Evans 分类法: I 型 18 例, II 型 27 例, III 型 23 例, IV 型 14 例。非手术治疗 28 例, 手术治疗 54 例。受伤至手术时间最短为 4 小时, 最长为 10 天。住院天数 12~ 129 天。

2 治疗方法

2.1 方法 非手术组采用“丁”字鞋固定、股骨髁上牵引、滑动平衡牵引、皮肤牵引等。手术组采用电视 X 光机透视下利用下肢骨折复位固定器复位后行经皮多针固定(3~ 4 枚三角针)、加压螺钉、加压滑动鹅头钉、角状钢板内固定方法。

2.2 并发症 非手术组: 褥疮 2 例, 肺部感染 8 例, 泌尿系感染 3 例; 手术组:

肺部感染 3 例, 泌尿系感染 2 例。

2.3 死亡率 非手术组共死亡 6 例, 该 6 例患者年龄均偏高(72~ 81 岁, 平均 75.6 岁), 本身伴有其它老年性疾病如高血压、心脏病、老慢支等, 住院卧床治疗时间相对较长, 为 22~ 88 天, 平均 54.4 天。致死原因均为严重的肺部感染, 经积极治疗无效。

3 治疗结果

本组病例均有半年以上的随访, 结果: 非手术组住院时间为 64~ 129 天, 骨折平均愈合时间为 12~ 16 周, 髓内翻 12 例, 功能恢复良好率为 42.8%; 手术组住院时间为 12~ 88 天, 骨折平均愈合时间为 8~ 10 周, 髓内翻 8 例, 功能恢复良好率为 85.1%。

4 讨论

老年人由于生理上的老化, 身体机能衰退, 如果长期卧床, 易产生严重的并发症。本组病例中非手术组的并发症发生率为 46.4%, 均由于卧床时间较长,

不利于早期离床翻身所致。而手术组的并发症仅占 9.2%, 因术后能早期离床活动, 有利于肺部的扩张运动及排痰, 从而可较明显地降低由于痰瘀积而产生的坠积性肺炎, 而这也是高龄股骨粗隆间骨折患者致死的主要原因。另外, 保守疗法由于卧床时间过久, 患者难于长时间保持患肢在外展内旋位, 因而常导致髓内翻, 功能恢复也不满意。而手术组由于采用电视 X 光机透视下机械牵引复位, 加上有效的内固定, 使骨折端在无剪力的良好情况下愈合, 可大大缩短骨折愈合时间, 减少髓内翻的发生率, 从而使功能恢复较满意。因此, 作者认为, 对高龄股骨粗隆间骨折患者, 尤其对伴有其它老年性疾病患者, 只要条件许可, 应首选手术治疗。当然, 术前要结合病人的全身情况, 采取必要的多科会诊, 适当的术前治疗, 充分估计病人对手术的耐受性, 尽量做到创伤小、固定牢、手术时间短。

(编辑: 连智华)

综合疗法治疗肩关节周围炎 160 例

高礼作

(深圳市红十字会医院, 广东 深圳 518031)

笔者以手法为主配合内服中药及功能锻炼, 治疗肩关节周围炎 160 例, 效果尚可, 现报告如下。

1 临床资料

160 例中男 98 例, 女 62 例; 年龄 38~ 61 岁; 左肩 116 例, 右肩 44 例; 有外伤史的 49 例, 无外伤史的 111 例; 病史 8 天~ 1 年 3 个月; 本组 160 例中有 130 例作肩关节 X 线片检查, 无异常, 有 126 例作血沉、抗“O”测定, 均属正常范围。

2 治疗方法

2.1 手法治疗 ①推旋法: 可采取卧式或坐式, 我们多采用卧式。令患者卧于木板床上, 助手固定患者的双肩, 使患者解除紧张情绪, 术者立于患侧用左手拇指抵其患肩腋下, 防止肱骨头脱位, 其余四指固定肩上。右手持肱骨远段, 推其上臂前屈或内收、外展、外旋。在行手法过程中若感到有肩关节周围的粘连撕裂, 应停止手法, 给予休息。在休息期间坚持自行锻炼, 巩固疗效。②按揉法: 本法采取坐式, 不需助手固定, 术者立于患

侧, 一手托患肢肘部, 令其屈肘, 肩部肌肉充分放松, 术者另一手用拇指和食、中指按揉肩部的压痛点, 或者取肩、臂、肩等穴位进行按揉 3~ 4 分钟。此手法施行后, 令患者马上进行主动活动, 每天 1 次。③倚肩法: 令患者坐位, 助手立于患者身后固定双肩, 并用一膝顶其脊柱, 防止后倾。术者半蹲式于患侧, 将患肢伸直, 肘部放在术者肩上, 术者双手把住患肩部, 此时术者由半蹲位慢慢起身, 缓缓抬肩外展或内收。在肩外展达

90°以上时往往有粘连撕裂感,应马上停止活动,然后将前臂放下,前伸、上举。若内旋背伸受限,则将臂再背伸,如此连贯活动数次。④提牵搓抖法:令患者仰卧于木板床上,使患肩肌肉放松,术者握住患肢向高处提起肩部,当提腋骨至前屈 90°时,继续用力提起肩离床面约 5cm 时,借患者上身的重力使提腕之手连续搓抖 2~3 次,若患者可以耐受,此时再作一个内收或外展、环行运动,至不能耐受为止。本手法可以加大肩关节的

活动范围,而且可以松解粘连。术后鼓励患者经常作肩关节自主活动。

2.2 功能锻炼法 主动功能锻炼是很重要的一环,应根据患者具体情况而进行。

2.3 中药治疗 芍药甘草汤为主。方药:白芍、丹参、甘草、当归、木瓜、白芷、羌活、川断、土鳖虫、玄胡、伸筋草、桂枝。根据病人的体质不同加减运用。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 ①治愈:自觉疼痛、酸困等症状消失,关节运动基本上不受限制,对工作与生活无影响。②基本治愈:自觉症状大部分消失,关节活动范围接近正常,但仍有轻度受限。③好转:自觉症状有减轻,关节运动范围比治疗前有增大,但仍有明显受限。④无效:自觉症状及关节活动都无明显变化。

3.2 治疗结果 本组 160 例治愈 87 例,基本治愈 41 例,好转 17 例,无效 15 例。

(编辑:连智华)

闭式穿针内固定治疗掌指骨骨折

周本庆

(荣县人民医院,四川 荣县 643100)

我院从 1991 年 3 月以来采用闭式穿针内固定治疗掌指骨骨折 46 例,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 46 例中,掌骨 14 例,其中第一掌骨 3 例,第二~五掌骨 11 例,指骨 32 例;损伤到就诊时间 1 小时~7 天;骨折类型:横形 16 例,斜形或螺旋形 24 例,粉碎性 6 例,均为闭合骨折。

2 治疗方法

采用臂丛麻醉或局麻。患者平卧,在电视透视下,术者对骨折进行牵引、推压、挤捏等手法整复,复位后由助手维持复位后的位置,按无菌操作原则进行穿针。①掌骨骨折:把手指屈曲,用手钻将直径 1.5mm 克氏针自手背掌骨头侧方与掌骨干平行穿入,在透视下使钢针穿过骨折线达掌骨基底部而固定。对基底部骨折,钢针可穿入腕骨内。如果是斜形、螺旋形或粉碎性骨折,则采用桥式穿针,即克氏针从手掌桡侧或尺侧横行穿过掌骨而固定。穿针后针尾留在皮肤外 1cm 处剪断折弯。②指骨骨折:用直径

1mm 克氏针,在透视下从手指两侧距骨折 0.5cm 处斜行交叉穿过固定,对大斜形或螺旋骨折则横行穿针。术后患手固定于功能位,4 周后去外固定行患指功能锻炼,6~8 周拔除钢针。

3 治疗结果

经 6 个月~1 年随访,本组 46 例中,13 个掌骨和 30 个指骨达到或接近解剖复位,骨折愈合良好,患手指无疼痛,无功能障碍。1 例第一掌骨有 15° 成角,外展受限,掌指关节屈伸轻度受限。2 例指骨骨折畸形愈合,指间关节活动受限。另有 3 例发生轻度针眼感染,拔钢针后愈合。

4 体会

采用闭式穿针内固定掌指骨骨折具有操作简单、损伤小、复位固定可靠、固定后骨折不易移位、可早期功能锻炼等优点。

在穿针时首先要了解骨折部位及类型,以便采用穿针方式。对掌骨横形骨折进针时应以掌骨头侧方避开伸肌腱,

这样对掌骨头关节面损伤较小,而斜形、螺旋形、粉碎性骨折采用直式穿针固定不稳,可采用桥式穿针。例如第四或五掌骨骨折,从尺侧第五掌骨处横形进针,穿过骨折线远端进入第三掌骨内。如第二、三掌骨骨折,则从桡侧第二掌骨进针穿入第三或四掌骨内,这样同时固定几个掌骨能保持骨折处稳定。对于第一掌骨基底骨折,应将第一掌骨外展后用克氏针固定于大多角骨上。本组 1 例掌骨骨折就是由于固定时未外展,以后出现骨折成角畸形而影响功能。对靠近关节处的指骨骨折穿针时应尽量靠近关节背侧以减少对关节的损伤。对于较稳定骨折,穿针后可用绷带包扎固定。不稳定骨折采用石膏固定 4 周。拔针前拍 X 线片,骨折愈合后拔针。本组有 2 例由于拔针过早,骨折处出现成角畸形。另外,钢针固定后针尾留在皮肤外面经消毒包扎后一般不易感染,如果热天可每天在针眼处淋一次酒精以预防针眼感染。

(编辑:连智华)

• 广告信息 •

1. 北京天东电子医用器材厂(666)

2. 北京市京华行科贸有限责任公司(插页 2)