

• 临床研究 •

Ender 钉并钢丝环扎治疗股骨转子下骨折

Ender nail and steel wiring on the treatment of subtrochanteric fractures of the femur

申安秀 杨建业

SHEN Anxiu, YANG Jianye

【关键词】 股骨骨折; 骨折固定术, 内 【Key words】 Femoral fracture; Fracture fixation, internal

我院从 1989 年~ 1999 年应用 Ender 钉并钢丝环扎切开复位内固定治疗转子下骨折 69 例, 平均随访 1.5 年, 全部病例均获骨性愈合, 疗效满意, 并发症较少, 现报告如下。

1 临床资料

69 例中男 43 例, 女 26 例, 年龄 25~ 63 岁, 平均 48.7 岁, 左侧 39 例, 右侧 30 例, 均为外伤性骨折, 按 Seinsheimer 分类: II 型 21 例, III 型 22 例, IV 型 15 例, V 型 11 例, 均在伤后 10 天内手术。

2 治疗方法

充分术前准备, 发现潜在疾患, 给予合理处理后再行手术, 术晨给予抗菌素, 预防术后感染发生, 手术采用硬膜外麻醉, 病人仰卧位, 取大转子的近侧前方 8cm 处纵形切口, 切口长约 10~ 12cm, 暴露骨折断端, 直视下将骨折解剖复位, 特别是内侧骨折或骨块要解剖复位, 其中 II_B 型骨折直接复位给予钢丝环扎固定, II_C 型及 III 型、IV 型、V 型骨折由于小转子或内侧结构粉碎骨折, 用电钻在小转子上钻孔, 钻孔部位要避开对应的外侧骨折线水平, 以便钢丝环扎时进入骨折线内影响骨折愈合, 将双股钢丝从钻孔处穿过, 将骨块解剖复位钢丝固定。然后在股骨内外髁上各作一长约 4cm 纵形切口, 达骨皮质, Ender 钉钻孔器钻孔, 通至髓腔。将近似正确长度的 Ender 钉置于大腿前侧, 远端置于钻孔平面, 电视 X 线机监护下, 外侧钉长度应穿透大转子外 0.5cm 以内, 内侧钉位于股骨头内, 即为可用长度, 将 Ender 钉预弯, 患肢稍外展 10°~ 15°, 先将外侧钉打入, 透视观察骨折断端位置及钉穿出大转子的长度, 预防钉从断端穿出, 外侧钉位置满意后, 再将内侧钉打入, 达股骨头内, 若两钉在股骨干内仍感觉松动, 可以再从外侧打入一根钉, 透视骨折复位及内固定满意, 特别是内侧结构已解剖复位, 关闭切口。术后患肢外展中立位, 术后常规抗炎, 同时并给予低分子右旋糖酐、复方丹参注射液、阿司匹林片等药物治疗预防患肢深静脉血栓形成。术后 3 周开始床上关节活动, 6 周下床活动, 若内侧结构粉碎, 应 8 周下床活动。

3 治疗结果

本组 69 例, 术后无 1 例感染, 经 1~ 2 年随访, 64 例恢复达到伤前生活及工作状态, 2 例患者在患侧卧位时感觉股骨

大转子处有顶压痛, 3 例患者在劳累或行走较多后有轻度患髋疼痛, 休息后疼痛消失, 其中 1 例偶尔需要服用止痛剂。69 例经 X 线复查均获得骨性愈合, 其中 3 例出现轻度的髓内翻畸形(110°), 无一例出现断钉现象, 其中有 3 例中途复查有退钉现象, 局麻下给予打入, 未见再次退出, 无股骨头缺血性坏死。

4 讨论

4.1 股骨转子下骨折较转子间骨折少, 由于髋部外展肌群、髂腰肌及股内收肌群对其影响, 可以导致骨折近段外展外旋、屈曲, 骨折远端向上移位。且骨折端接触面积较转子间骨折小, 使转子下骨折较转子间骨折移位明显, 另外, 股骨转子下骨折较转子间骨折年轻, 本组病例平均年龄 48.7 岁, 大多为不稳定性骨折, 骨折愈合亦较转子间骨折慢。采用非手术治疗不仅卧床时间长, 且持续牵引难以获得理想的复位和固定。近年来, 随着骨折生物学固定理论的提出, 髓内固定已逐渐成为骨折治疗的主要方式, 我们对大多数移位的不稳定性转子下骨折, 均采用切开复位 Ender 钉并钢丝环扎内固定治疗, 尽快恢复患肢功能, 减少并发症, 降低死亡率, 同时提高患者生活质量, 减轻痛苦, 减少临床护理工作量。

4.2 股骨转子下骨折是髋部骨折中处理较困难的一种骨折, 其中内侧结构的解剖复位, 稳定固定是治疗的关键环节, 这种骨折由于内侧支撑作用丧失, 是固定器失效的主要原因^[1]。本组 69 例转子下骨折病人, 其中 48 例为粉碎骨折, 部分患者内侧骨皮质游离, 破坏了股骨内侧的支撑结构, 本手术将内侧骨块解剖复位, 钢丝环扎固定。手术过程中, 由于小转子的解剖特点, 即使解剖复位, 钢丝环扎固定也比较困难, 易造成钢丝上下滑脱移位, 对骨折块固定失效; 因此在小转子上钻孔, 将双股钢丝从钻孔中穿过环扎固定, 使骨块固定可靠, 粉碎骨折处无大的缺损, 骨块靠得更加紧密, 增强股骨内侧骨质质的支撑作用; 预防髓内翻的发生, 同时也促进骨折愈合。本手术方法适用于大多类型的股骨转子下骨折, 尤其是对 Seinsheimer II~ IV 型更为适宜, 只要患者一般情况允许均可采用, 本手术方法取材经济, 操作简便, 创伤小, 失血少, 手术时间短, 减少了感染的机会, 术中对周围软组织剥离少, 内固定物应力分布均匀, 固定可靠; 同时有利于术后骨折愈合, 本组患者未发现有骨折延迟愈合或不愈合的现象。

4.3 本手术仍需电视 X 线机透视下手术, 透视过程中接受 X

线照射剂量较大;本组病人有 3 例发生退钉现象,为预防术后退钉,术中应尽量估计恰当直径的 Ender 钉打入,必要时可打入 3 根 Ender 钉;有 3 例出现髓内翻畸形,其中有 2 例是骨折断端较重粉碎骨折,特别是转子间内后侧粉碎骨折,不易固定牢固,另一例与下床过早负重有关。因此我们认为,对于 Senicheimer V 型不宜用 Ender 钉内固定治疗。同时对于其它类型骨折内侧有粉碎骨块时,即使解剖复位,稳定固定,术后指导病人下床活动也应有 8 周以上,否则易发生骨块移位,内

侧支撑失效,易并发髓内翻畸形,同时影响骨折愈合。再就是 Ender 钉的上端外侧钉应穿出大转子外,内侧钉应达股骨头内。Ender 钉属髓内固定,术后常规预防下肢深静脉血栓形成等药物治疗。

参考文献

- 1 谭宗奎,王庆,陈庄洪.股骨粗隆下骨折分型与治疗近况.中国骨伤,1998,11(4):78.

(收稿:2001-12-25 编辑:荆鲁)

• 短篇报道 •

膝关节色素绒毛结节性滑膜炎的治疗

程永远 王正端

(禹州市中医院,河南 禹州 461670)

我院自 1990 年 5 月~1998 年 5 月,共收治膝关节色素绒毛结节性滑膜炎住院病人 8 例,采用中西医结合治疗,效果满意,现总结如下。

1 临床资料

本组 8 例中男 6 例,女 2 例;年龄 22~55 岁,平均 32.4 岁。左膝 3 例,右膝 5 例。有外伤史 5 例,局部肿胀 3 例,弥漫肿胀 5 例,扪及结节 3 例,浮髌试验(+) 5 例,穿刺抽出血性液体 4 例,咖啡色液体 4 例。X 线示:关节间隙狭窄 3 例,关节腐蚀 3 例,关节增生样改变 3 例。诊断标准^[1]:多有外伤史、关节肿胀、疼痛,个别皮温稍高,关节功能多不受限,肿胀弥漫,触有海绵样感觉,部分可触及大小不等的稍有移动的结节,浮髌试验(+);关节穿刺抽出血性或咖啡色液体;X 线:早期可见弥漫性或局限性肿胀,个别可见圆形软组织结节阴影,晚期可见关节间隙狭窄,关节边缘腐蚀和增生样改变。

2 治疗方法

2.1 手术治疗:硬膜外麻醉下,取膝关节前内侧切口,在膝前内侧,沿股四头肌腱内缘至髌骨,绕过其内缘后再纵行向下,至胫骨平台下 4~5cm,切口呈“S”型,依次切开皮肤,皮下组织及深筋膜,在股四头肌腱处找出股直肌与股内肌之分界处。沿切口方向切开髌上囊及关节囊,溢出血性或咖啡样液体,将股四头肌腱、髌骨及髌韧带向外侧牵开,使膝关节屈曲,显露膝关节前室结构,包括膝交叉韧带、半月板、滑膜皱襞及大部分滑膜。可见关节表面布满的血管翳及关节软骨的部分腐蚀,彻底清除病变滑膜、结节组织及血管翳,彻底止血。若后室滑膜病变严重,可屈曲膝关节 90°~140°,切断前后交叉韧带及内侧副韧带,清除后室病变的滑膜,结节组织及血管翳,重新修复交叉韧带及侧副韧带。术毕将髌骨复位,逐层缝合,术后膝关节弹力绷带包扎,2 周后拆线,活动膝关节,加强功能锻炼。清理膝关节后室,术后膝关节石膏前后托固定,4 周后去除石膏固定,加强功能锻炼。

2.2 中药术后治疗:本病证属于“痹证”之顽痹,病机为瘀血痰浊,滞于经络骨骱,痰瘀胶结,阻滞气机,脉络瘀阻,治疗以活血祛瘀,化痰通络为主,兼以祛风湿、壮筋骨。方用身痛逐

瘀汤化裁^[2]。当归 15g,川芎 12g,红花 15g,桃仁 10g,没药 15g,香附 12g,羌活 12g,秦艽 12g,牛膝 15g,伸筋草 20g,玄胡 12g,五灵脂 10g,甘草 6g。术后第二天开始服用,每日一剂,水煎服,2 周一疗程,治疗 1~2 疗程。

3 治疗结果

8 例手术所示:膝关节滑膜均增厚,约 0.5~1cm。5 例为弥漫性,其中绒毛型 3 例,绒毛结节型 2 例,绒毛长 0.5~1.5cm,结节直径为 1~2.5cm 不等;3 例为局限性,均为结节型,结节直径 1~2cm 不等。其中 1 例弥漫性绒毛结节型,行前后交叉韧带,内侧副韧带切断,清理后室。5 例呈不同程度的关节腐蚀,关节软骨破坏,3 例骨质增生。术后 4 例服中药一个疗程,4 例服中药两个疗程,经 1~7 年随访,7 例关节肿痛消失,关节活动自如。5 例 X 线证实病变关节有所恢复。1 例关节活动受限,肿痛消失,右膝关节屈曲 90°。

4 讨论

本病临床比较少见,病因不明,其性质颇多争议,可能是一种介于炎症和良性肿瘤之间的滑膜疾病。一般采用手术切除和放射治疗。我们采用手术切除和中药治疗,达到了预期疗效。手术原则是彻底切除滑膜组织及结节组织,清除血管翳。对局限性病变,切除局部滑膜组织;对于弥漫性病变应切除全部滑膜组织。对于膝关节弥漫性结节型病变应剪断交叉韧带及侧副韧带,将关节脱位后,再将前后方的滑膜组织彻底切除。

本病祖国医学证属“顽痹”。病机为瘀血痰浊,滞于经络骨骱,治以活血祛瘀,化痰通络。方中以桃仁、红花、当归活血化痰,五灵脂、地龙化痰祛瘀通络,川芎、没药、香附、玄胡理气活血止痛,羌活、秦艽祛风湿,牛膝强壮筋骨,伸筋草舒筋活络,甘草调和诸药,诸药合用以达活血祛瘀、化痰通络、通利关节之效。

参考文献

- 1 郭巨灵.临床骨科学·骨病.北京:人民卫生出版社,1989:478.

- 2 黄文东.实用中医内科学.上海:上海科学技术出版社,1985:558.

(收稿:2002-02-19 编辑:荆鲁)