

股骨粗隆间骨折 DHS 内固定 2 种治疗方法比较

王威 张文琮 章小平

(江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

关键词 :股骨粗隆间骨折 ;DHS ;内固定术 ;闭合复位 ;切开复位
中图分类号 :R 683.42 文献标识码 :B 文献编号 : 1671-4040(2004)01-0034-02

我科自 1999 年 6 月~2002 年 6 月分别采用闭合复位及切开复位 DHS 内固定术治疗股骨粗隆间骨折 78 例,现报告如下:

1 临床资料

78 例患者随机分成 2 组:闭合复位组 46 例,男 25 例,女 21 例;年龄 35~83 岁,平均 64 岁;骨折 AO 分型^[1],A₁ 型 24 例,A₂ 型 16 例,A₃ 型 6 例。切开复位组 32 例,男 18 例,女 14 例;年龄 33~84 岁,平均 62 岁;骨折 AO 分型,A₁ 型 16 例,A₂ 型 11 例,A₃ 型 5 例。2 组间性别、年龄、骨折分型等方面比较无显著差异。

2 治疗方法

2.1 骨牵引 入院后患肢即行胫骨结节牵引,牵引重量为体重的 1/7~1/10,按骨折移位方向及程度,适当取患肢外展中立位。令髋关节周围肌肉松弛,骨折部一般达到解剖复位或接近解剖复位,即可采取下述方法。

2.2 闭合复位 DHS 内固定术 患者采用硬膜外麻醉取仰卧位于骨科牵引床牵引。患肢外展、内旋位,C 臂机透视下整复调整,完全复位后在大粗隆下方股骨纵轴中点部,经皮向内、上方钻入 3 枚 2.5mm 克氏针于股骨头颈内以固定骨折端。其中 1 枚为螺钉进入侧位引导针。摄片探明侧位影像上进针位置与角度正确。患臀垫高,自大粗隆向下顺股骨干方向纵行切开 8~10cm,切开阔筋膜,钝性分离股外侧肌。于大粗隆下方 2cm 处平小粗隆位置用 130 号向器顺原克氏针侧位引导方向钻入 1 枚导针,经扩孔攻丝后,用 1 枚克氏针探及孔四周均为骨性组织,选择长度合适的拉力螺钉置入,钉头距股骨头关节软骨面 0.5~1cm。套上钢板,逐一钻孔、攻丝、拧入螺钉,逐层依次缝合。手术时间 40~80min,平均 55min。

2.3 切开复位 DHS 内固定术 在硬膜外麻醉下仰卧手术床上,垫高患臀。自大粗隆上 5cm 至粗隆下纵行切开 18~20cm。切开阔筋膜,部分切断臀中、小肌及股外侧肌,显露大、小粗隆,暴露骨折端。在直视下令助手牵引、外展、内旋下肢至复位。平小粗隆部,在股骨纵轴中点,用 130 号向器定位,向内、上略前方钻入 1 枚导针。X 线片示复位、导针位置良好,行扩孔、攻丝,选择长度合适的拉力螺钉置入,套上钢板,逐一钻孔、攻丝、拧入螺钉。将部分切断的股外侧肌及臀中、小肌缝回,逐层依次缝合。手术时间 60~120min,平均 100min。术中输血 200~400mL。

2.4 术后治疗 所有病例术后均常规防感染治疗 5~7d。患肢置于外展、中立位卧床休息;进行等长肌收缩锻炼,后期行关节功能锻炼,并结合辨证内服中药:早期以活血化瘀为主,药用本院自制破瘀合剂;中期以和营理气、续筋接骨为主,药用本院自制舒筋合剂;后期及对年老体弱者以培气补血、补

肝益肾为主,药用本院自制八珍合剂等。

3 结果

随访 1~3 年,平均 1.3 年。按王福权等^[2]疗效标准,闭合复位组优 32 例,可 13 例,差 1 例;切开复位组优 21 例,可 10 例,差 1 例。2 组差共 2 例,闭合复位组 1 例出院后因“脑梗塞”出现偏瘫,切开复位组 1 例因下床过早至断端轻度嵌顿,颈干角稍减小。2 组间治疗效果方面比较无显著差异。

4 讨论

4.1 方法选择 股骨粗隆间骨折是髋部常见的一种损伤,多发于老年人。近年来随着高能量损伤的增多,中青年患者发病率显著增多,且多呈粉碎型骨折。传统的牵引治疗,长期卧床,易发生褥疮、坠积性肺炎、尿路感染、髋内翻、关节僵硬等并发症。据统计资料表明,该型骨折手术与非手术治疗的死亡率分别为 0.83% 和 3.6%^[3]。为缩短卧床时间、减少或避免并发症的发生,近期多数学者趋向于早期手术治疗。通过生物力学研究,DHS 内固定抗弯强度达 280kg^[4],具有静力和动力加压作用。经临床使用获得了满意的疗效,可以行股骨粗隆间骨折的有效固定。

4.2 闭合复位 DHS 内固定术 该术在 C 臂透视下整复,X 线显示股骨粗隆部正侧位整体图像,更为完全、直观、可靠。而开放复位之术野暴露程度、医生直视复位的判断能力与复位优劣直接有关。我们认为 C 臂机引导下闭合复位效果较开放直视下复位更佳,经与切开复位组术后 X 线片对照,术后效果并无明显不同或更佳。此术切口较小,8~10cm,术中不破坏骨折端髋关节周围组织,保护了骨折端周围血供的完整,为骨折的早期愈合和肢体功能的恢复提供了有利的条件,也合乎国际上小创伤及微创手术之主流概念。同时术中失血大为减少,一般术中可不需输血,手术时间缩短为,40~80min,平均 55min,减少了术中并发症和术后感染的可能性,手术打击及术后痛苦较切开复位术大为减小。该术有效、可靠,适用于大多数股骨粗隆间骨折,是最佳手术方案。对严重的 A₂、A₃ 型骨折可根据情况加用钢丝或螺钉辅助固定,或者选择其它内固定方式。

4.3 切开复位 DHS 内固定术 以前认为该术在直视下复位较为准确,适合各型骨折。但因为要显露整个骨折端及大、小粗隆,常需广泛剥离骨折端及髋关节周围组织,特别是较严重粉碎型骨折,其直视下复位固定显然较较长管状骨更困难,本组病例有表明切开复位术不如闭合复位利用周围组织以及韧带间接复位更有利于保护组织生物学特性、更符合 BO 观点。加之手术切口较长(18~20cm),术中出血量较多(一般需输血 200~400mL),术后患者痛苦较大,手术时间长(60~120min,平均 100min),增加了手术中麻醉管理难度和

针刺治疗面神经炎

姚子杨

(首都医科大学中医药学院附属鼓楼中医院 北京 100009)

关键词 面神经炎 针刺透穴 电针 隔姜灸 牵正散

中图分类号 R 745.1*2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0035-02

面神经炎又称特发性面神经麻痹 (idiopathic facialpalsy 或 Bell's Palsy), 系因茎乳突孔内面神经的急性非化脓性炎症引起的周围性面神经麻痹。诱发因素可为感受风寒、病毒和自主神经功能不稳等引起局部营养神经的血管痉挛, 导致面神经缺血水肿。面神经炎相当于中医学的“口僻”、“口眼歪斜”等, 现代多称为“面瘫”。中医学认为本病多由气血不足, 风寒风热之邪乘虚侵袭面部经络, 导致气血阻滞, 肌肉纵缓不收而成。笔者于 1991 年 2 月~2003 年 2 月采用针刺透穴、电针、隔姜灸, 配合口服汤药, 治疗面神经炎 50 例, 取得满意疗效。报告如下:

1 一般资料

本组 50 例, 男 30 例, 女 20 例; 年龄 16~50 岁; 左侧 21 例, 右侧 29 例; 病程 1d~5 个月。诊断标准: (1) 病前常有受凉、受潮、吹风史, 少数患者于前几天可有耳后耳内疼痛或面部不适等前驱症状。 (2) 急性或亚急性发病, 出现一侧 (偶为双侧) 周围性面瘫, 可伴有舌前 2/3 味觉障碍, 少数可有耳鸣、听觉过敏或耳廓疱疹等。 (3) 排除其他原因所致的周围性面瘫。

2 治疗方法

2.1 针刺 取手足阳明经穴为主, 手足少阳、太阳经穴为辅。急性期治以疏风散寒, 活血通络, 以泻法为主。恢复期或后遗症期治以益气养血, 活血通络, 用补法加灸 (隔姜灸), 针地仓透颊车、太阳透率谷、阳白透四白、巨髎透承浆, 风池、牵正、鱼腰 (均取患侧)、合谷 (健侧)、足三里 (双侧), 用补法; 太冲 (双侧) 用泻法。随证取穴: 鼻唇沟浅加迎香, 人中沟歪斜配水沟, 味觉消失加廉泉, 不能抬眉者加攒竹, 乳突痛加翳风。每日针刺 1 次, 刺激不宜太强。每次留针 25min, 10 次为 1 个疗程。

2.2 电针 选取地仓、颊车、四白、阳白、合谷等穴。如地仓透颊车或反之, 这 2 穴为 1 组; 阳白向上平刺, 四白向下平刺, 这 2 穴为 1 组。得气后各接电极一端, 通电 15min 左右, 通电量以患者感到舒适、面部肌肉跳动为宜。

2.3 隔姜灸 恢复期, 针刺和电针治疗后, 取穴患侧阳白、攒竹, 术中意外出现的可能, 同时也增加了术后感染发生的概率。故我们认为切开复位 DHS 内固定术对闭合复位困难者具有一定的意义, 其他类型骨折不主张为首选方案。

4.4 中药的治疗作用 早期服用活血化瘀中药, 可以改善血流动力学, 因而可以加速血肿内瘀血吸收, 促进局部血供, 为骨折愈合创造有利条件。中、后期使用续筋接骨、补肝肾益肾的药物, 可刺激 1, α 羟化酶的活性, 使 1, 25-(OH) $_2$ D $_3$ 增加, 促进钙结合蛋白的合成^[9], 有利于骨折愈合。

竹、四白、太阳、下关、颧髎、颊车、地仓、合谷、人中, 每次选用 5、6 穴, 轮流交替使用, 隔姜艾灸, 每日 1 次。

2.4 口服汤药 以祛风通络为法, 以牵正散为代表方加减。药物组成: 僵蚕、全蝎、蜈蚣、白芷、当归、桑叶、菊花、白附子 (先煎) 各 10g, 川芎 6g, 黄芪 20g, 甘草 6g, 大枣 5 枚。水煎服, 日 1 剂。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈: 治疗后临床症状完全消失, 主观感觉、面部表情正常, 眼睑闭合, 鼓腮如常, 双侧额纹、鼻唇沟对称。显效: 临床症状基本消失, 外观大致正常, 但作表情时面部仍有轻度不对称或表现力稍弱, 阴天时面有凉、麻等不适感。有效: 症状部分改善, 作表情时面部仍有一定的偏歪。无效: 感觉、症状、体征无明显改善。

3.2 治疗结果 50 例患者中痊愈 42 例, 占 84%; 显效 5 例, 占 10.0%; 有效 2 例, 占 4.0%; 无效 1 例, 占 2%; 总有效率 98%。病程短者见效快, 病程长者见效慢。

4 病案举例

李某, 男, 业务员, 29 岁, 于 1993 年 6 月初诊。2 周来情绪不佳, 之后感耳后乳突区疼痛, 2d 前感受风寒后, 头痛, 并于当日感觉左侧面部板滞不适, 麻木, 口不能含水, 眼睑不能闭合, 左眼流泪, 遂来就诊。检查可见: 口角向右侧偏斜, 左额纹消失, 左眼眼裂变大, 伴流泪, 鼻唇沟变浅, 不能鼓气, 左侧舌前 2/3 味觉减退, 舌质淡、苔薄白, 脉浮紧, 诊为左侧面神经炎。用针刺、电针、隔姜灸、口服汤药 4 种方法联合治疗, 2 周痊愈。嘱患者每日点利福平眼药水于双眼, 用热毛巾敷面部, 随防 1 年未复发。

5 讨论

针灸治疗面瘫具有悠久的历史。中医学认为本病多由脉络空虚, 风寒风热之邪乘虚侵袭面部筋脉, 以致气血阻滞, 肌肉纵缓不收而成, 其病位主要在经筋。辨证重在急性期风邪入中, 脉络空虚, 以祛邪为主; 恢复期或后遗症期气虚血瘀, 治以标本兼顾。针灸治疗在此病的治疗中占有重要地位, 特

参考文献

[1] Latsson S. Trochanteric Fractres[J]. Clin Orthop, 1990, 259: 130
[2] 王福权, 路奎元, 张华. 加压滑动鹅头钉治疗老年股骨转子间骨折 106 例分析[J]. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(1): 40~41
[3] 王福权, 谈髋部骨折[J]. 中华骨科杂志, 1994, 14(3): 131
[4] 王福权, 张燕禧, 黄公怡, 等. 加压滑动鹅头钉的应用测试和对髋部骨折治疗的初步结果[J]. 中华骨科杂志, 1990, 10(3): 165
[5] 刘和娣、李思、董晓旭. 补肾方药对地塞米松诱发的骨质疏松大鼠体内雌激素和 1, 25 羟维生素 D $_3$ 的影响 [J], 中国中西医结合杂志, 1993, 13(9): 544~545

(收稿日期: 2003 - 08 - 30)