

股骨粗隆间骨折不同治疗方法的选择

陈德红 雷震

(广东省连州市中医院 连州 513400)

关键词: 股骨粗隆间骨折; 治疗方法; 比较

中图分类号: R681.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0023-02

股骨粗隆间骨折是下肢骨折中常见骨折, 患者的平均年龄稍高于股骨颈骨折的患者年龄。由于粗隆部的血运丰富, 无论何种类型的骨折, 均极少不愈合, 即使不处理亦可愈合, 主要的问题是常遗留髋内翻、下肢外旋和短缩畸形。骨折愈合后, 很少发生股骨头缺血坏死, 但多数患者年龄大, 合并心血管疾病、肺部疾病、糖尿病等, 针对病人的具体情况, 应选择不同的治疗方法。我院从 1998 年至今收治股骨粗隆间骨折 98 例, 对各种治疗方法的优缺点进行了分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 98 例, 男 38 例, 女 60 例, 男女比为 1: 1.58; 年龄 22~83 岁, 平均 68.3 岁; 受伤原因: 车祸 22 例, 跌伤伴颈肩背部酸胀不适半年, 患者半年前晨起后突然头晕, 休息后好转, 后每因劳累或突然转头时经常出现头晕。2d 前由于长时间低头工作, 头晕明显加重, 并伴有恶心、颈部僵硬、夜不能寐。查体: 枕上、枕下项线压痛, 双侧颈背肌肉紧张, 颈 2 横突偏歪、压痛, 颈 2~ 颈 5 棘突间、棘旁压痛, 右侧肩胛内上角、冈上窝压痛, 压顶试验(一)。X 线开口位示环齿侧间隙左侧 5mm 右侧 2mm, 枢椎棘突偏右, 侧位、双斜位未见异常。诊断: 颈性眩晕。针刀松解枕上、下项线压痛点, 颈 2 横突压痛点, 颈 2~ 颈 5 棘间、棘旁压痛点, 右肩胛内上角、冈上窝压痛点。手法复位: 先放松患部软组织, 再根据 X 线所示采用侧向搬按法: 患者仰卧位, 术者立于床头, 一手拿住其后颈并以拇指推项颈 2 横突左侧, 另手托其下颌并用前臂贴其面颊部, 两手合作将患者头先牵引并渐屈向左侧后屈向右侧, 当向右侧搬至最大角度时, 拇指“定点”不放松, 与“动点”手同时作一搬、按、牵联合“闪动力”。有时, 病人可听到关节弹响, 术者拇指可触到复位关节的弹跳感, 复位成功^[1]。病人即刻感到眼睛视物清晰, 颈背部轻松, 头晕减轻。针刀治疗 3 次后, 症状消失, 临床痊愈, 随访至今未复发。

5 讨论

5.1 病因 颈椎骨关节病变引起眩晕主要是由于劳损、外伤、风寒等因素或椎间盘退变、椎间隙变窄所致颈椎失稳, 从而小关节易产生错位、颈椎旋转、颈椎超常范围的活动, 颈椎管内外软组织也容易继发无菌性炎症或形成颈椎体、小关节、钩突关节的骨唇增生。位于颈椎椎体前外侧的植物神经链或走行在颈椎横突孔中的椎动脉, 受到无菌性炎症的刺激、机械性压迫或植物神经受到刺激, 会引起椎动脉反射性痉挛。此时椎动脉血流受阻, 使小脑、前庭神经核、红核等部位的眩晕中枢血液循环发生障碍而产生眩晕症状。

颈部软组织病变产生眩晕的病因: (1) 软组织病变常常会相伴一些植物神经紊乱的症状, 如背部软组织病变常伴有背部走蚁感、荷重感、冷水浇背感、束胸感和心慌、胸闷、憋气

伤 76 例; 入院距受伤时间最长 2 个月, 最短 30min, 平均 3.5d。按 AO/OTA 分类: A₁₁8 例, A₁₂15 例, A₁₃7 例, A₂₁30 例, A₂₂15 例, A₂₃5 例, A₃₁10 例, A₃₂5 例, A₃₃3 例。

1.2 治疗方法 对粗隆间骨折的治疗, 关键有二, 一为降低死亡率; 二为减少髋内翻的发生率。我们根据患者年龄、骨折类型、是否有原发疾病等, 选择不同治疗方法。

1.2.1 牵引治疗 选择长期卧床肢体不能活动、严重内科疾患及年轻不愿手术患者共 28 例。行单纯股骨髁上骨牵引治疗 8~10 周, 至骨折局部无压痛, X 线显示有骨痂, 去除骨牵引, 扶双拐患肢不负重行走, 4 个月左右下地负重。

1.2.2 透视下复位(起重机架外固定) 选择年龄较大, 有心等症。颈项部软组织病变除产生颈项痛外, 有的病人会产生眩晕症状并且成为主诉症状。(2) 颈部软组织劳损性病变产生头晕也可能和组织内压增高有关。上海生理研究所对颈腰痛病人的肌电图观察证实: 正常人在肌肉放松状态时没有电活动存在, 而颈腰痛病人是有紧张性电活动存在的, 并且常和疼痛存在于同一侧。因此, 病变部位的肌肉是处于紧张和痉挛状态的, 组织内压是增高的。颈项部软组织的感觉通路常和小脑、前庭神经核、红核等眩晕中枢有连接, 颈项部及上背部的筋膜、肌肉, 主要由颈脊神经后支所支配, 位于颈背部的筋膜、肌肉内的感受器, 接受了因组织内压增高所产生压力变化的异常刺激, 通过颈脊神经后支传入中枢引起小脑和皮层下中枢的前庭神经核等组织的兴奋, 通过反射产生机体平衡和定向功能障碍, 导致了眩晕症状的发作^[1]。

5.2 针刀治疗机理 (1) 通过闭合性手术松解粘连和对一些肌肉、韧带的高应力点松解, 能有效地改善颈椎两旁肌肉和韧带的紧张和痉挛, 恢复颈椎的稳定性, 并通过手法将颈椎旋转复位, 可以减少机械性压迫和植物神经受到刺激而引起椎动脉反射性痉挛, 眩晕也就缓解了。(2) 针刀对颈部软组织病变松解时, 达到组织减压的目的, 起到“松则不痛”的效果, 并且颈项部及上背部的筋膜、肌肉内的感受器所受的高组织内压被解除, 使颈脊神经后支传入中枢引起小脑和皮层下中枢的前庭神经核等组织的兴奋减少, 并通过反射产生机体平衡, 定向功能障碍得以改善, 从而使眩晕症状消失。

5.3 针刀疗法的优越性 针刀治疗颈性眩晕具有疗程短、见效快、可重复性强、节省诊疗时间等诸多优点, 为临床治疗该病症一种新的治疗手段, 丰富了传统的保守疗法。

参考文献

[1]柳登顺,赵立连,张剑赤.实用颈腰肢痛治疗手册[M].郑州:河南科技出版社,2002.189,191~195
[2]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医药出版社,1992.92~99
[3]钟士元.脊柱相关疾病治疗学[M].广州:广东科技出版社,2003.114,203

(收稿日期: 2006-11-27)

经尿道电切治疗膀胱颈疤痕梗阻

王学军 周京高 方仁桂
(浙江省淳安县第一人民医院 淳安 311700)

关键词:膀胱颈疤痕梗阻;尿道电切;手术疗法

中图分类号:R 694.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0024-02

膀胱颈疤痕既往采用开放的手术创伤大, 患者痛苦多恢复慢。经尿道行膀胱颈疤痕切开是近年来一种安全、有效、痛苦小的腔内微创手术, 比较以往手术有明显的优点。近年我院收治该类病人 20 例, 现将其诊治体会及术后疗效随访报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 20 例, 年龄 58~80 岁, 平均 66.5 岁, 均为择期手术, 临床病程 1~3 年。8 例患者为耻骨上经膀胱前列腺摘除术后, 2 例为尿道外伤行手术治疗后, 10 例女性膀胱颈后唇抬高行 Y~V 成形术后。所有患者均有不同的排尿困难或其他排尿症状, 其中有尿潴留史 8 例。术前常规作膀胱尿道镜检查观察膀胱颈部疤痕梗阻情况, 予以确诊, 6 例女性患者合并有腺性后尿道炎, 5 例男患者合并有尿道口狭窄及尿道炎。所有患者均不规则经抗生素及改善尿道症状药物治疗无效而改行经尿道膀胱颈疤痕电切术。全部病人术后无继发出血, 均痊愈出院, 平均住院时间 5.8d。随访主要以患者自觉症状为主, 6 例患者行膀胱镜复查见颈部平坦, 无增生组

脑血管疾病、肺部疾病等基础病, 不能耐受长期卧床和手术, 并属于新鲜骨折患者共 42 例。先行股骨髁上骨牵引 3d, 后床边摄片骨折基本复位, 在局麻并经 X 线透视下复位, 先用 2 枚直径 4mm 尖端带螺纹圆针固定股骨粗隆间骨折, 两针在侧位平行, 正位针尖可交叉, 远端可在股骨髁上再穿针或用原骨牵引针, 再在侧方套上双向螺杆, 加压固定。

1.2.3 切开复位[动力髁螺钉(DHS)内固定治疗] 选择年龄较轻无手术禁忌证、愿意接受手术患者共 19 例。新鲜骨折先行股骨髁上骨牵引, 4~7d 局部肿胀减退后行切开复位 DHS 内固定, 手术按 DHS 操作技术要求进行。

1.2.4 切开复位(Gamma 钉内固定治疗) 选择无手术禁忌证、不稳定型骨折且愿意接受手术患者 9 例。新鲜骨折同样先行股骨髁上骨牵引, 4~7d 局部肿胀减退后行切开复位, Gamma 钉内固定, 手术按 Gamma 钉操作技术要求进行。

2 结果

本组 98 例, 治疗后随访 2 个月~3 年, 平均 1 年 9 个月, 住院期间死亡或治疗后并发症引起死亡共 8 例。按照髋关节功能评定标准, 优: 70 例, 髋关节活动好, 无痛无短缩, 无髓内翻, 行动自如; 良: 12 例, 髋关节活动度稍受限, 轻度短缩和髓内翻; 差: 8 例, 髋关节活动度差, 下肢短缩及髓内翻明显。见表 1。

表 1 各种方法治疗结果比较 例						
治疗方法	n	死亡	优	良	差	优良率(%)
骨牵引	28	4	11	5	8	57.1
起重机架外固定	42	4	33	5	0	90.5
DHS 内固定	19	0	17	2	0	100
Gamma 钉内固定	9	0	9	0	0	100

织。平均随访 10 个月, 无尿失禁、尿道狭窄及尿潴留发生。

1.2 手术方法 硬膜外麻醉下插入 Wolf 电切镜, 4%甘露醇作冲洗液, 在膀胱低压容量状态下用滚筒开槽电极环形电切膀胱颈部增生肥厚的疤痕组织至肌纤维层, 控制切开长度在 1.5cm 以内。高频电凝输出功率为 150W 左右。术中电切增生肥厚的后唇尤为重要, 后唇电切后, 从后尿道观察膀胱颈部开口基本与三角区在同一层面。伴有腺性后尿道炎者高频低功率电灼病灶, 伴尿道口狭窄者采用尿道扩张, 合并结石者予以碎石, 膀胱颈缝线异物同时予以取出。

2 讨论

膀胱颈疤痕的病因常见于膀胱颈的损伤, 如膀胱前列腺尿道手术、膀胱多次化疗、膀胱长期炎症等, 发病机制与黏膜下炎性细胞浸润、纤维性组织增生与挛缩及神经支配失调有关。主要表现为膀胱颈疤痕呈部分或环形狭窄, 引起膀胱出口梗阻, 易继发感染、结石, 患者症状类似于男性前列腺增生, 临床表现为尿频、尿急、尿痛、尿不尽及血尿、夜尿次数增多, 还可出现尿潴留、膀胱憩室、上尿路梗阻、肾衰等严重的

3 讨论

股骨粗隆间骨折的治疗方法, 需根据病人的具体情况进行选择。保守治疗只在某些情况下考虑应用, 对长期卧床肢体无法活动或严重内科疾病无法耐受手术的病人, 保守治疗更为安全; 对于年轻且无条件接受手术的患者, 单纯骨牵引也是一种经济的方法, 尤其适合在基层医院使用, 骨牵引 8~12 周, 定期拍床边 X 光片, 力求骨折复位。外固定支架治疗优点是手术创伤少、操作简单, 缺点是术后活动不方便、容易出现针道感染, 主要用于年老体弱、多部位损伤和无法耐受内固定手术的病人^[1]。DHS 内固定治疗适用于年轻及能耐受手术的中老年患者, 优点是固定强度好, 股骨颈干角在固定后可自然恢复, 骨折修复可加压(骨质疏松患者除外), 已成为常用的内固定治疗方法。手术操作主要保持正常的颈干角, 有学者建议头钉位置应在股骨头颈中下 1/3 并偏后, 可防止头钉切割和不破坏股骨头血运。Gamma 钉髓内固定曾得到广泛应用, 但许多临床医生长期随访观察发现存在较多问题: 其头钉粗大, 易出现头钉切割; 由于股骨远端受应力增加, 常继发股骨远端骨折。AO 近年来发明了 PFN(股骨近端髓内钉), 头钉用 2 枚, 且锁点离钉尾较远, 有 Gamma 钉不具备的优点, 但价格昂贵。对于手术选择髓外固定还是髓内固定, 目前普遍认为: 对于稳定型股骨粗隆间骨折, 髓外固定即可; 而对于不稳定型股骨粗隆间骨折, 特别是反粗隆间骨折, 由于髓内钉属中心位固定而具有很好的抗弯能力, 应为首选。

参考文献

[1]王亦璁.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2001.865