

逆行交锁髓内钉治疗股骨远端骨折 16 例分析

胡江华

(浙江省宁波市北仑区宗瑞医院 宁波 315806)

关键词: 股骨骨折; 交锁髓内钉; 手术疗法

中图分类号: R 683.42

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0049-02

股骨远端髓腔大, 松质骨多, 骨皮质相对较薄, 固定较为棘手。尤其是老年人骨质疏松, 内固定困难, 又邻近膝关节, 容易发生膝关节僵硬。股骨远端骨折良好的解剖复位、牢靠的内固定和早期正确功能锻炼, 是患膝关节功能恢复的关键。我科自 2004 年 3 月~2006 年 2 月采用逆行交锁髓内钉治疗股骨远端骨折 16 例, 取得满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 16 例, 男 9 例, 女 7 例; 高处坠落伤 3 例, 车祸伤 13 例; 骨折类型按 AO 分类^[1]: A1 型 6 例, A2 型 4 例, A3 型 2 例, C1 型 3 例, C2 型 1 例; 新鲜骨折 15 例, 陈旧骨折 1 例; 闭合骨折 14 例, 开放骨折 2 例。

1.2 手术方法 术前根据 X 线片判断骨折类型及拟采用逆行交锁髓内钉的直径及长度, 平卧位, 取膝关节前外侧切口, 注意保护髌韧带, 暴露骨折端, 尽量保留骨膜完整性, 粉碎骨折或长斜骨折可用钢丝捆绑固定或普通螺丝钉固定, 复位骨折。显露股骨髁间窝, 在股骨髁间窝后交叉韧带起点前方钻孔进导针, 开髓, 逆行打入交锁髓内钉, 钉尾沉入关节面吸急促、恐惧不安、咯血, 肺部闻及大量湿罗音, 急行抢救措施, 但无效于次日凌晨 5 点死亡。经讨论考虑为急性肺栓塞猝死。因家属不同意未行尸检。

2.2 例 2 女, 61 岁。因摔致左股骨颈骨折行全髋置换术。糖尿病史十余年, 术中顺利, 术后第 7 天早晨 8 点 30 分, 患者突发胸闷, 胸前区疼痛, 呈针刺样。立即请心血管内科、呼吸科会诊, 急行心电图、血气分析、床边 X 线检查, 诊断为肺栓塞。数分钟后心跳、呼吸忽然停止, 抢救后心肺复苏, 后经患者家属同意, 给予溶栓治疗。尿激酶 2 万 U/kg, 2h 内静脉滴注, 同时静脉应用肝素。后血压稳定在 110/80mmHg, 未再发生心跳、呼吸停止。

3 讨论

3.1 预防 肺栓塞是骨科手术后一种严重的并发症, 栓子绝大多数来源于下肢深静脉^[2], 所以预防深静脉血栓是关键所在。

3.1.1 保守治疗预防 (1)早期制动, 在患者抢救过程中长骨尽量少搬动, 伤肢尽快用夹板或石膏外固定; (2)早期止痛, 可以限制类交感神经反应, 通过加速脂肪滴分解而增加自由脂肪酸的释放; (3)长期卧床者应做四肢被动运动, 改善周围循环; (4)采取抗凝治疗, 有报道未经治疗患者反复栓塞的机会达 50%, 其中半数可能是致死性的, 抗凝治疗可使复发率降至约 5%^[4]。

3.1.2 围手术预防 围手术期肺栓塞的预防措施包括一般预防、机械预防和药物预防三类。(1)一般预防: 手术操作尤其下肢血管手术操作应轻巧, 避免血管内膜损伤; 术后避免

1~2mm, 安装远端及近端锁钉。术中 C 型臂透视证实骨折对位、力线良好、锁钉正确, 分层缝合, 加压包扎膝关节。

1.3 术后处理 术后不行外固定, 床上行患肢股四头肌主动肌力锻炼, 12~14d 拆线, 拆线后继续行患肢股四头肌肌力锻炼及膝关节伸屈活动功能锻炼, 术后 3 周酌情可下床拄拐逐渐负重行走。

2 结果

本组病例均获随访, 随访时间 6~26 个月, 平均 12.5 个月。16 例骨折均愈合, 愈合时间为 3~6 个月, 平均愈合时间为 4.6 个月。膝关节活动范围 90°~120°, 正常行走和上下楼梯时无疼痛。按 Kolmert 评定标准^[2], 本组优 11 例, 良 3 例, 可 2 例, 优良率 87.5%。无切口感染, 未出现断钉、退钉现象。

3 讨论

3.1 手术适应证 股骨远端骨折多为高能量损伤。由于损伤严重, 骨折多为粉碎性, 治疗较为困难。邱永敏等^[3]报告 17 例逆行髓内钉病例中, 有 8 例合并股骨颈骨折, 5 例合并股骨髁部骨折。随着髓内钉技术的发展, 对于股骨远端骨折的治疗

小腿下垫枕, 影响小腿深静脉回流; 鼓励足趾主动活动, 尽早下床活动等。(2)机械预防: 采用弹力袜和间歇气压装置增强下肢静脉回流, 一般每天总使用时间在 20h 左右, 使用间隔不超 30min。(3)药物预防: 主要有普通肝素、低分子肝素、戊聚糖钠等。戊聚糖钠(fondaparinux)在术后 6~8h 应用, 有效、安全、方便, 但目前国内尚未使用。

3.2 治疗 肺栓塞是骨折的常见并发症, 其处理原则是要对患者进行重症监护^[5], 必须积极纠正休克、固定骨折, 进行相关医技检查, 给予吸氧和药物支持治疗。应尽快给予静脉溶栓或低分子量肝素治疗, 以争取时间抢救患者生命。

总之, 骨折手术后并发急性肺栓塞是涉及多专科的一种疾病, 各专科医师都要给予重视, 早期发现、早期治疗, 才能减少误治。

参考资料

[1]程显声.肺栓塞诊断和治疗的进展[J].外科临床与实践, 2000,5(2): 122~124
[2]何建国,程显声.肺血栓栓塞症的流行病学[J].中华医学杂志, 2002, 82(24): 1 730~1 731
[3]Lee LH.Clinical update on deep vein thrombosis in singapore [J]. Ann Acad Med Singapore, 2002, 31(2): 248~252
[4]刘春萍,陆慰萱.肺血栓栓塞症的自然病程与预后[J].中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(1): 34~35
[5]Galie N, Gorge G, Horold C, et al.Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism [J].Eur Heart J, 2002, 21(3): 1 331~1 336

(收稿日期: 2007-06-18)

针刀加中药外洗治疗膝骨性关节炎 59 例

许毅强

(浙江省东阳市中医院 东阳 322100)

关键词:膝骨性关节炎;针刀;中药外洗

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0050-01

膝关节炎性关节是老年人的常见病,临床上多表现为膝关节疼痛、肿胀、伸屈受限,晚期出现关节畸形、行走困难,影响日常生活和工作。本文采用针刀加中药外洗治疗本病,取得满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 49 例,女 33 例,男 16 例;年龄平均 51.7 岁,病程平均 4.1 年;患者多有膝关节疼痛、伸屈不利、下蹲及上下楼困难等症状,X 线检查显示有不同程度的膝关节炎骨质增生。所有患者经 X 线、血沉、类风湿因子、尿酸等检查排除可引起类似症状的其他疾病。

1.2 治疗方法 本病的压痛点或激发点多见于髌骨周围、膝两侧、股骨内外髁等处,每次选择最明显的 1~5 处进行治疗。如关节内积液较多,可先将积液抽出。

1.2.1 针刀治疗 (1)选准痛点,定位明确,且要明确病灶深浅层次,用龙胆紫液作标记。(2)严密消毒,逐层麻醉。(3)进刀点尽量避开神经血管,最好一手执刀,另一手在确保无菌消毒下触摸痛点,推按组织,引导施术。(4)行刀时尽量贴近骨面,离开骨面的病变,应平行于韧带、肌腱行刀。(5)常用施术方法:纵行切割法、横行剥离法、切开剥离法、铲磨削平法等。(6)术后,让病人仰卧,医者一手握住踝关节上方,另一手托住小腿下部,在牵拉状态下摇晃、旋转膝关节,以进一步松解粘连,注意不可使用暴力。(7)术毕,用手压迫局部以止血,用创可贴敷贴,并用绷带压迫包扎,2d 内宜减少活动。(8)每周治疗 1 次,3 次为 1 个疗程。

1.2.2 中药外洗 选用祛风通络的伸筋草、透骨草、牛膝、木

瓜、五加皮、刘寄奴、海桐皮、威灵仙等,于针刀治疗 2d 后开始水煎外洗患膝,每日 1 剂,每日洗 2 次。

1.3 结果 参照人民军医出版社《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中的有关标准。治愈(疼痛完全消失,下蹲和上下楼自如)35 例,有效(疼痛基本消失,但下蹲或上下楼时仍有疼痛感)11 例,无效(治疗前后症状无明显改善)3 例,总有效率 93.9%。治愈 35 例随访 1~3 个月,复发 2 例。

2 讨论

针刀理论认为本病是由于力平衡失调引起的,膝关节在伸直或屈曲状态都是依靠周围软组织来保持稳定的。当膝关节周围软组织发生损伤或退变时,失去了膝关节的控制能力,膝关节失去稳定,关节面的压力分布就不平衡,拉应力较高的一侧可产生炎症反应,引起疼痛,日久在高应力处产生防御性骨质增生,再压迫刺激周围软组织,产生无菌性炎症,在修复过程中出现粘连、挛缩等,进一步加重疼痛和功能障碍。针对以上病因,用针刀对粘连组织进行松解和剥离,对骨刺行铲磨削平,从而恢复了膝关节的动态平衡,促进了膝关节的修复。中药外洗可消除疼痛刺激,促进炎症吸收,改善局部血液循环,因而取得较满意的疗效。

本病发展缓慢,早期症状较轻,无明显功能影响,因此,患者多在关节僵硬、疼痛难忍时来就诊,影响了本病的治疗效果。如能在病变早期采用适当的保健和预防措施,可使症状不发生或晚发生。针刀对本病有满意疗效,且简便易行,相对安全,痛苦小,见效快,易为患者所接受。

(收稿日期: 2007-04-02)

提出了一个新的方法:逆行交锁髓内钉内固定术。孙永建等^[4]报道,逆行交锁髓内钉内固定术在治疗 A 型和 C1、C2 型骨折时具有创伤小、暴露好、复位精确等优点,而对于股骨远端 B 型及 C3 型骨折不宜使用。因此术前应常规摄股骨正侧位 X 线片,必要时 CT 检查,并仔细阅片以明确骨折类型。同时该钉也适用于股骨远端骨折不愈合(本组 1 例陈旧性骨折为其他方法治疗致骨不愈合)及畸形愈合的矫正治疗。

3.2 术中要点 对于 C 型骨折应确保关节面的解剖复位,髁间骨折应用拉力螺钉固定时,要严密设计螺钉的位置,以不妨碍打入髓内钉。进钉点应位于后交叉韧带起点前 2mm,两髁中央髁间窝处,不宜偏内或偏外。钉尾应打入关节面下 2~3 mm,以避免膝关节过屈活动时撞击髌骨导致疼痛。术中发现骨折端粉碎、缺损者主张一期植骨,以促进骨折愈合。骨折复位要采取有限切开,不宜过多剥离骨膜,避免骨折不愈合。

3.3 术后康复 由于骨折及手术对伸膝装置的损伤,术后应

尽早行 CPM 功能锻炼,一般术后 3d 即可应用。术后 3 周拄双拐练习不负重行走,术后 6~8 周逐步负重锻炼,12 周后练习负重行走。期间每隔 4~6 周复查 X 线片。对于 A 型骨折术后 6 周内,骨折端也可注入自体红骨髓以促进骨痂生长,每周 1 次,根据骨折粉碎、缺损的程度及复位情况决定应注入的次数,一般不超过 4 次。逆行交锁髓内钉作为治疗股骨远端骨折的一种有效固定方法,值得推广应用。

参考文献

[1]齐新文,王兆杰,杨明礼,等.交锁髓内钉治疗股骨及股骨髁上骨折[J].西部医学,2005,17(4):357
[2]Kolmert L,Wulff K.Epidemiology and treatment of distal femoral fracture in adults[J].Acta orthop Scand,1982,53(6):952
[3]邱永敏,尹伟忠,胡晓亮.逆行交锁髓内钉治疗股骨远端骨折[J].实用骨科杂志,2005,11(4):370~371
[4]孙永建,黄潮桐,裴国献,等.拉力螺丝钉配合髁支持钢板治疗股骨远端粉碎性骨折[J].中国矫形外科杂志,2004,12(3):176~178

(收稿日期: 2007-05-16)