

中西医结合治疗股骨颈骨折 85 例临床体会

曾庆荣

(江西省会昌县人民医院 会昌 342600)

关键词:股骨颈骨折;中西医结合疗法;临床体会

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0030-03

股骨颈骨折是骨科临床中的常见病、多发病,目前虽然治疗方法较多,但疗效仍不够满意,常并发骨折不愈合及股骨头缺血坏死^[1]。自 2002 年起,我们采用中西医结合治疗股骨颈骨折 85 例,取得了较满意的效果。现总结报告如下:

1 临床资料

本组 85 例,男 52 例,女 33 例;年龄 26~82 岁,平均 62 岁;跌倒致伤 65 例,车祸致伤 20 例;头下型 20 例,经颈型 39 例,基底型 26 例;按 carden 分型:Ⅱ型 16 例,Ⅲ型 42 例,Ⅳ型 27 例。受伤至就诊时间 1h~2 个月,均在入院 1 周内行手术治疗。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 患者入院后立即予患肢胫骨结节症状的变化,复查尿常规、B 超或腹部 X 线平片。若合并严重感染需休息及抗菌治疗,有高血压者除降压外运动量要减少,以防发生意外。结石排净者要定期复查 B 超或腹部平片。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。治愈:结石排出,临床症状消失,肾积水消失,B 超或 X 线显示无结石存留;显效:症状改善,肾积水减轻或消失,B 超或 X 线示结石缩小如细颗粒状,或位置下移;好转:症状减轻,B 超或 X 线示结石仍存在,但已缩小或位置下移,肾积水稍减轻;无效:临床症状不减轻,B 超或 X 线示结石阴影无变化,肾积水无改善。

3.2 治疗结果 162 例病人经连续 1~4 个疗程的治疗,治愈 104 例,显效 38 例,好转 11 例,无效 9 例;治愈率 64.2%,有效率 94.4%。

4 讨论

泌尿系结石包括肾、输尿管、膀胱和尿道内形成的结石,临床以血尿,或尿中夹有砂石,或排尿有时中断,腰部酸痛,或突然发生肾绞痛等为主症。属中医学“石淋、血淋、腰痛”等范畴,其病程缠绵,反复发作,初期主要为湿热蕴结下焦,煎熬尿液为石,久则肾气伤,气化不利,水湿滞留,郁久化热,煎熬津液,日积月累为砂石。病位在肾和膀胱。现代医学认为,结石的产生是全身病理性矿化的一种表现,

骨牵引或皮牵引,纠正缩短移位。移位基本纠正后,完善心肺功能等各项检查,争取尽早手术。手术时取平卧位,术野常规消毒铺巾后,取大粗隆顶点向下作一约 5cm 外侧切口,依次切开,显露大粗隆下骨皮质,用干纱块暂作压迫填塞止血。再取髂前上棘下约 3cm 为起点向下作一约 5cm 前侧切口,切开皮肤、皮下,从阔筋膜张肌与缝匠肌间隙钝性分开直至关节囊(注意勿损伤股外侧皮神经及旋股外侧动、静脉分支)。有限切开发节囊,吸尽关节囊内瘀血,即可显露骨折断端。令一助手牵引患肢,直视下整复骨折断端。取出外侧切口内干纱块,在大粗隆下约 1.5cm 及 2.5cm 处顺股骨颈方向分别打入一枚克氏导针(注意颈干角 130°,保持前倾角 15°)。由于尿中晶体物质浓度增高,而从尿液中析出,形成结石。结石形成后可造成黏膜损伤,引起尿路梗阻后更可造成输尿管扩张、肾盂积水、肾绞痛、血尿及感染等病理变化,久之可造成肾功能衰竭。

对于泌尿系结石,单纯药物难以排出的结石,体外碎石是最佳选择。但在体外震波碎石后的首要问题是如何将碎石早日排出体外。据我们临床观察研究发现,稍大于肾盂的结石,粉碎后均可在输尿管的下段堆积,不易排出体外,所以我们利用中西医结合的方法,应用自拟排石汤。方中金钱草清热利湿,通淋排石;海金沙、鸡内金有通淋止痛、消利湿热、消坚化石作用;牛膝有消炎、镇痛、促进平滑肌蠕动作用;车前仁可使水分排出增多,并使输尿管蠕动频率增加,输尿管上端腔内压力升高,使输尿管结石下移,产生利尿排石作用^[2];白茅根清热利尿,凉血止血;芍药、甘草行气止痛,调和诸药;诸药合用有利尿通淋、清热利湿、软化结石之功效。同时应用 654-2 有松弛输尿管平滑肌作用,甘露醇有强渗利尿作用,大量饮水和跳跃运动又能加速结石排出,因此我们认为采用中西医结合方法,是治疗泌尿系结石的一种行之有效的好方法。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.43

[2]丁发伟.现代中药临床手册[M].南京:江苏科学技术出版社,2000.149

(收稿日期:2008-11-03)

有条件者可用 C 臂 X 光机透视导针位置情况。钻头钻孔后,旋入合适长度的空心螺钉。检查骨折对位情况,若为粉碎性骨折,断端有骨缺损者,则植入松质骨或植入缝匠肌骨瓣。确认固定牢靠后,依次缝合关闭切口,消毒包扎^[2-4]。

2.2 中医治疗 一般术后 1 周开始应用中医辨证施治,早期活血化瘀、消肿止痛为主,方用桃红四物汤加味;中期以活血化瘀、和营生新、濡养筋骨为主,方用新伤续断汤加减;后期以坚骨壮筋、补养气血为主,方用八珍汤加减。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 治愈:骨折对位满意,局部无疼痛,无跛行,伸髋正常,屈髋超过 90°,X 线片示骨折线消失。好转:骨折对位良好,轻度疼痛,跛行,可半蹲,生活可自理,X 线片示骨折线消失。未愈:伤肢不能行走,骨折不愈合,或股骨头坏死。

3.2 疗效评定结果 本组 85 例,经 1~2 年随访,复查 X 光片,骨折均达到解剖复位,而且骨折全部愈合。按上述标准评定,治愈 75 例,好转 8 例,未愈 2 例,总有效率 97.6%。其中基底型骨折 26 例全部治愈;经颈型 39 例中治愈 33 例,好转 6 例;头下型 20 例中治愈 16 例,好转 2 例,未愈 2 例。2 例未愈者均为损伤 1 个月后来院就诊的 IV 型骨折,就诊时拒绝接受人工关节置换手术,行松质骨及缝匠肌骨瓣植入,术后 1 年复查 X 光片,骨折已愈合,但出现股骨头坏死,需拄拐行走。

4 讨论

4.1 股骨头及颈的血供 股骨头的血液供应来自旋股内动脉主干之终末支外髂动脉,其进入关节囊后分出 2~5 支髂外侧动脉,在滑膜覆盖下紧贴股骨颈外侧上升,由股骨头颈交界之外上部进入股骨头,供给股骨头之外侧 2/3~3/4;其次是旋股外侧动脉发出的下髂动脉,此动脉有 1~2 支在股骨头软骨内下缘处进入头部,供给股骨头之内下 1/4~1/2;园韧带动脉发自闭孔内动脉,一般供给股骨头凹窝部分;来自股骨上端之骨髓内动脉无独立分支达头部,以上各动脉在股骨头内可互相吻合。股骨颈骨折后,股骨头的血液供应可遭受损害。胥少汀等^[4]认为:头下骨折后股骨头血流可减少 83%,颈中骨折则减少 52%。骨折后股骨头坏死与否主要与其残存血供和代偿能力有关。因此,股骨颈骨折应早期复位及行内固定手术,以利于扭曲受压与痉挛的血管尽早恢复。我们在患者入院后即行骨牵引,使患肢不致短缩畸形,使原有的损伤不致于加重。在完善心肺等相关检查后即行手术,手术采用前、外侧联

合切口,利用前侧切口有限切开发节囊,术中仔细操作,钝性分离,尽量不损伤旋股外侧动、静脉分支。通过有限切开发节囊,吸尽关节囊内瘀血,可缓解关节囊内压力。

4.2 生物力学分析 髋关节是人体最大的球窝(杵臼)关节。正常髋关节面的精确对合,不仅使髋关节具有很大的内在稳定性,而且能提供日常生活中所必须的大范围活动。作用于股骨颈的合力并不与股骨颈的轴线相一致。合力与股骨头中心相交后向远侧延伸并向内下偏离,从而在股骨颈产生压应力和张应力,并且压应力总是大于张应力。由于合力是斜向作用于股骨颈,因此亦产生剪应力^[5]。由于股骨颈有着多力的影响,因此股骨颈骨折后,如果骨折部位得不到良好地复位,势必改变这些应力的作用,从而影响股骨头血供的代偿。对于 III、IV 型骨折,很难用牵引或手法整复使骨折得到良好的复位,而且重手法整复很有可能加重骨折周围软组织的损伤,进一步破坏进入股骨头内的血供。即使术中使用 C 臂 X 光机透视,也只能从正位片观察骨折对位情况,在临床中很难从侧位上进行透视,因此,也很难观察到骨折的前后移位及股骨头旋转的情况。往往旋入螺钉后造成骨折之间的分离,或者是颈干角、前倾角过大或过小,或者是造成股骨头的旋转移位。我们采用前、外侧联合切口,直视下整复骨折断端,使骨折精确复位,保持原有的颈干角及前倾角,对于有粉碎骨折致骨缺损者,采用松质骨或缝匠肌骨瓣植入。这样恢复了股骨颈原有的生物力学,有利于骨折的愈合,有利于减少股骨头坏死的发生率。胥少汀等^[4]认为:复位质量直接影响骨折的愈合,复位不良者不愈合率为 55%,而复位较好者不愈合率为 35%。复位质量不但直接影响骨折愈合,而且与股骨头是否发生缺血坏死有密切关系。

4.3 中医药的应用 人体一旦遭受损伤,则络脉受损,气机凝滞,营卫离经,瘀滞于肌肤腠理。因此,必须疏通气血。骨折以后,虽然通过手术使骨折得到固定,但内部气血未得到疏通,在骨折早期通过内服活血化瘀、消肿止痛中药,使瘀血尽早机化吸收,为骨折愈合创造条件。在骨折中期,通过和营生新,濡养筋骨,使微循环得到进一步改善,从而促进骨折的愈合,降低股骨头坏死率。后期坚骨壮筋,补养气血,调理人体气机,增强脏腑功能,脏腑功能旺盛,则筋骨健旺。通过调和疏通气血,强筋壮骨,达到促进骨折愈合、‘改善血循环的目的。

目前虽然治疗股骨颈骨折的方法很多,包括牵引、闭合穿针空心螺钉内固定、外侧小切口穿针空

温补手法结合中频治疗骨性关节炎 156 例

于滨

(江西省南昌市按摩医院 南昌 330006)

关键词:膝关节骨性关节炎;温补手法;中频治疗

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0032-02

膝关节骨性关节炎是一组由多种原因导致的以关节软骨退变为主,关节边缘、韧带附着处和软骨下骨质反应性增生形成骨赘,伴有关节内滑膜、关节周围软组织病理改变为特征的临床常见疾病,常常导致膝关节疼痛、肿胀积液、关节功能受限等关节炎症。本病多发于中老年人,缺乏有效治疗方法。笔者总结近年来在临床上诊治的 156 例,发现温补手法结合中频治疗有较好疗效。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 156 例,男性 72 例,女性 84 例,年龄 38~70 岁,病程 1 个月~12 年,单侧 124 例,双侧 32 例。

1.2 诊断标准 (1)多见于中老年人,有长期负重史或外伤史。(2)膝关节周围组织有酸痛感,用力后明显加重,不负重活动有弹响声和关节摩擦感。(3)可见膝关节活动受限,关节僵硬,屈伸不利。(4)关节肿胀、压痛。(5)X 线片检查可见关节面粗糙或成骨赘突起,关节间隙变窄。

1.3 鉴别诊断

1.3.1 膝关节结核 有结核感染病史,尤其是有肺结核感染的儿童和青少年为多见。局部肿胀、压痛,浮髌试验阳性,可有屈曲畸形、寒性脓及窦道。血沉增快,X 线片可以明确诊断。

1.3.2 化脓性关节炎 为化脓性细菌感染所致,发作时关节红肿热痛,伴明显全身症状,如高热、畏寒、全身不适等,血常规明显异常,白细胞及中性粒细胞计数升高。

1.3.3 创伤性滑膜炎 多有外伤或慢性损伤史,关节肿胀,关节腔中有大量渗出液,渗出液中含有红白细胞、黏液素和纤维素,严重者渗出液为血性。

2 治疗方法

2.1 手法治疗 治疗原则:温经通络,散寒止痛,滑心螺钉内固定等,但疗效不够满意。我们应用前、外侧联合切口加空心螺钉内固定,具有骨折复位精确、固定牢靠、创伤相对较小等优点,恢复了股骨颈原有解剖力学,同时应用中药内服,提高了骨折愈合率,降低了股骨头坏死率,是较理想的治疗方法。

参考文献

[1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第 2 版.北京:人民军医出

利关节。取穴:肾俞、犊鼻、内膝眼、阳陵泉、膝阳关、鹤顶、梁丘、血海、伏兔、髌关、阿是穴等。手法操作:(1)患者仰卧,膝下垫一薄枕,医者立于患侧,用双手对患侧下肢从上至下进行大面积的拿揉 3~5min,使肌肉得到充分的放松。然后用手掌或掌根分别顺时针推揉膝关节内侧、外侧,每侧 3min 左右,施擦法擦法于股四头肌及膝关节周围约 5min;拇指点压犊鼻、鹤顶、血海、阳陵泉等穴,每穴 0.5~1min。然后在膝关节周围寻找阳性反应点即阿是穴进行重点搓揉,双手掌相对分别紧贴膝关节内外侧做搓揉手法约 2min,以透热为度。(2)患者俯卧,脚踝处垫一薄枕,施擦法于大腿部及膝部至踝部,3~5min,点压肾俞、委中、承山各 1min。手法治疗每天 1 次,7~15d 为 1 个疗程。

2.2 中频治疗 采用北京奔奥 BA2008-IV 型电脑中频电疗仪,选用 3 号处方治疗,电极分别置于膝关节内外侧,以中等量或耐受量,每次 20min,每日 1 次,7~15d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》。临床治愈:膝关节肿胀疼痛完全消失,关节功能恢复正常;显效:关节疼痛明显减轻,肿胀基本消失,膝关节功能明显改善;有效:疼痛有所减轻,膝关节功能有所改善;无效:疼痛肿胀无减轻,膝关节功能无改善。

3.2 治疗结果 本组 156 例,经 1~3 个疗程治疗后,随访 3 个月。结果治愈 84 例,占 53.8%;显效 36 例,占 23.1%;好转 29 例,占 18.6%;无效 7 例,占 4.5%;总有效率 95.5%。

4 典型病例

4.1 病例 1 胡某,女,52 岁,教师。因长期站立工作,10 年前双膝就有疼痛,2005 年 11 月加重,经人

版社,2000.658
[2]丁宣庆,袁正清,胡常胜,等.微创小切口两端加压螺纹钉固定治疗股骨颈骨折[J].中医正骨,2004,16(7):44
[3]雷文涛,杨宝根,沈进稳.伤后早期穿钉内固定治疗新鲜股骨颈骨折的临床意义[J].骨与关节损伤杂志,2004,19(10):698
[4]赵云昌,何秀成,常江.两枚加压空心螺纹钉固定治疗股骨颈骨折[J].中医正骨,2003,15(10):48
[5]毛宾尧.髌关节外科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.40

(收稿日期: 2008-11-10)