

中西医结合治疗股骨粗隆下骨折

陈杰 裴儒 刘敢 吴立伟 邱维胜

(江苏省泗阳县人民医院 泗阳 223700)

摘要:目的:了解股骨粗隆下骨折临床多种治疗方法并探讨最佳固定方式。方法:对我科 2003 年 7 月~2007 年 9 月收治的 49 例股骨粗隆下骨折患者进行手术治疗,其中 10 例采用 DHS 内固定,12 例采用股骨近端解剖型钢板固定,27 例采用髓内钉固定,并予以中药辅助治疗,全部病例均得到随访。根据术前、术后 X 片及术后髋关节功能、站立及行走等恢复情况评价内固定效果。结果:49 例患者经 6~24 个月的随访,1 例 DHS 内固定术后远端退钉、骨折移位,1 例解剖型钢板固定患者由于骨折愈合缓慢于 11 个月后发现钢板断裂,其余均获骨性愈合,骨折平均愈合时间 5~7 个月。结果优 32 例,良 10 例,差 7 例,优良率达 85.7%。结论:股骨粗隆下骨折合适的内固定选择、术中良好的复位及生物学固定至关重要,髓内钉治疗股骨粗隆下骨折可作为首选方法,经中药辅助治疗,明显提高疗效。

关键词:股骨粗隆下骨折;中西医结合疗法;手术疗法;辨证施治

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.020

股骨粗隆下骨折是一种极不稳定的骨折,其具有特殊的生物力学特性:高应力集中、坚硬的骨皮质特性、容易发生粉碎性骨折。由于其解剖学特点,使其难以处理^[1],是髋周围骨折中最难处理的一种。本文回顾性分析过去 4 年笔者治疗的 49 例股骨粗隆下骨折患者,现将治疗经过报告如下。

1.4 治疗方法 治疗组:在常规应用抗生素预防感染的基础上予自拟方骨愈康汤(丹参 20g、当归 15g、红花 12g、降香 15g、木瓜 10g、薏苡仁 12g、乳香 6g、没药 6g)水煎服,日 1 剂,分早晚口服,疗程 3 个月。对照组:在常规应用抗生素预防感染的基础上予伤科接骨片(国药准字 Z21021461),每日 3 次,每次 4 片,疗程 3 个月。

1.5 观察方法 术后半年内两组患者均每月拍片复查 1 次,半年后每 2 个月复查 1 次,患者随访 24 个月。

1.6 疗效判定标准 参照国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。治愈: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: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。

1.7 统计学方法 应用 SPSS 13.0 软件,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者骨折临床愈合时间比较 见表 1。

表 1 两组患者骨折临床愈合时间比较 例					
组别	n	3~4 个月	5~6 个月	7~8 个月	不愈合
治疗组	25	17	5	2	1
对照组	25	8	10	3	4

2.2 两组患者疗效比较 见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 例(%)					
组别	n	治愈	好转	未愈	有效率(%)
治疗组	25	10(40.0)	14(56.0)	1(4.0)	96.0*
对照组	25	4(16.0)	17(68.0)	4(16.0)	84.0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

隆下骨折患者,以期探明最佳治疗方法。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 49 例,其中男性 31 例,女性 18 例;年龄 33~74 岁,平均 50.8 岁;左侧 29 例,右侧 20 例;致伤原因:交通伤 31 例,坠落伤 8 例,摔伤 10 例。

3 讨论

股骨颈骨折是一种治疗比较困难的骨折,近年来内固定技术取得了很大进展,多种内固定器械及内固定方法应用于临床,但不愈合率仍在 10%左右,股骨头坏死发生率在 10%~25%之间,是全身骨折中不愈合及骨坏死发生率最高的骨折^[2],如何促进股骨颈骨折的愈合及减少股骨头缺血性坏死的发病率是目前研究的热点。笔者在临床中运用自拟方骨愈康汤治疗股骨颈骨折闭合复位空心钉内固定术后的患者取得满意疗效,方中丹参、当归、红花、降香活血化瘀,木瓜、薏苡仁、乳香、没药消肿止痛,诸药共同发挥作用,促进骨痂生长,加速骨折愈合。现代药理研究证实,丹参可以减少骨折局部的早期充血及增加骨折局部血液循环,从而产生一个对骨折有利的影响^[3,4]。本次观察显示骨愈康汤具有明显促进股骨颈骨折愈合的作用,可加快骨折愈合速度。但是由于条件限制,本次观察仅局限于病人主诉,关节功能及 X 线所见方面的效果未进行疗效对比,对股骨颈骨折愈合的远期疗效亦有待进一步探讨。

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,1994.170-171
[2]王春生.股骨颈骨折后股骨头坏死的原因及病理改变[J].中国矫形外科杂志,1995,2(4):268-270
[3]符诗聪,杜宁,史炜镔,等.丹参有效部位(丹参-9405)对骨折愈合影响的生物力学实验研究[J].中国中西医结合杂志,1999,19(2):106-107
[4]史炜镔,符诗聪.丹参有效部位对骨折愈合过程中胶原基因表达的影响[J].中国中西医结合杂志,2000,20(4):269-271

(收稿日期:2010-06-27)

伤 6 例,重物砸伤 4 例,均为闭合性骨折;合并其它部位骨折 12 例,包括同侧胫腓骨骨折、内外踝骨折等;骨折按 Seinsheimer 分类^[2]:I 型 2 例,II A 型 6 例,II B 型 6 例,IIIA 型 10 例,IIIB 型 9 例,IV 型 12 例,V 型 4 例。受伤至手术时间为 1~8d。10 例采用加长 DHS 内固定,12 例采用股骨近端解剖钢板固定,27 例采用髓内钉固定。髓内钉包括 Gamma 钉、Trigen 重建钉、股骨近端防旋髓内钉 (proximal femoral nails, PFN)。

1.2 手术方法 本组全部采用持续硬膜外麻醉,患侧臀部垫高约 15°,DHS 组及解剖钢板组均取相同的股外侧切口,自股骨大粗隆沿股骨外髁方向纵行切开切口内皮肤、髂胫束,自股外侧肌起始部后缘切开,暴露骨折部位。复位后解剖钢板头部紧贴并覆盖大转子安放,近端股骨颈内三枚螺钉 C 臂透视下打入。DHS 组选择大粗隆远侧 2.5cm 处作为进钉点,130° 方向钻入定位导针,透视准确后扩孔拧入滑动钉上侧板,骨折远端至少安放四枚螺钉的钢板长度。髓内钉组用牵引床牵引 C 臂透视,尽量使骨折达解剖复位,由大粗隆顶点向近端水平切开 5~8cm 长切口,钝性分离外展肌,显露大粗隆顶点,确定进钉点,梭形锥穿透皮质进入髓腔,穿入导针, C 臂透视下导针通过髓腔中心,然后选择合适的髓内钉,透视下沿导针插入,通过骨折断端到达骨折远端,复位满意后拔出导针,通过导向器钉入远端锁钉。

1.3 术后处理 DHS 组和解剖钢板组大多输血 400~600mL,术后常规放置引流,根据引流量 48~72h 拔管。术后常规应用抗生素 7d。指导患者早期进行膝关节、踝关节功能练习,加强患肢肌肉收缩练习,促进血液循环。血栓高危患者常规应用低分子肝素钙 1 周。4~6 周扶双拐下床患肢不负重活动,直至骨折愈合弃拐。全疗程即骨折早、中、后期均应用中药辅助治疗,按骨折三期辨证施治,早期活血化瘀、消肿止痛,如桃红四物汤、大成汤、复元通气散等加减;中期和营生新、接骨续筋,如和营止痛汤、续骨活血汤、舒筋活血汤等加减;后期益气养血、补益肝肾,如八珍汤、补肾壮筋汤、健脾养胃汤等加减。除中药汤剂,还可选择口服中成药,如三七片、红药片、云南白药、骨折挫伤胶囊等。对于后期功能康复治疗,可采用中药外熏外洗、膏药外贴、手法按摩,配合功能锻炼治疗。

1.4 疗效标准 优:下肢功能活动完全恢复。良:屈髋 90°,活动时不痛或轻微疼痛。差:下蹲受限,跛行。

2 结果

49 例患者经 6~24 个月的随访,1 例加长 DHS 内固定术后 2 个月发生感染后远端退钉,后经取出内固定闭合切口,3 个月后行髓内钉固定后治愈;1 例解剖钢板固定 11 个月后发生钢板断裂,再次手术改为髓内钉固定后治愈;其余均获骨性愈合,骨折平均愈合时间 5~7 个月。结果优 32 例,良 10 例,差 7 例,优良率 85.7%。

3 讨论

3.1 股骨粗隆下骨折定义及分型特点 股骨粗隆下骨折定义:发生在小粗隆上缘至股骨狭窄部之间的骨折,骨折线近端有时延伸至大粗隆,远端延伸至股骨上 1/3 的狭窄部以下。Seinsheimer 根据骨折块数量、位置及骨折线的形状将粗隆下骨折分为五型:I 型:骨折无移位或移位小于 2mm;II 型:骨折移位为两个骨折块,又分为 3 个亚型;III 型:有 3 个骨折块,分 2 个亚型;IV 型:粉碎性骨折,有 4 个骨折块或更多;V 型:粗隆下骨折伴粗隆间骨折^[2]。

3.2 生物力学特性及内固定的选择 股骨粗隆下内侧骨皮质是压应力和内翻应力高度集中区,而外侧皮质牵张力很高,近端骨折由于附于大转子的臀中肌及臀小肌而外展,小转子由于髂腰肌而屈曲外旋,骨折远端则由于内收肌群及腘绳肌而出现内收与短缩,这些转子周围肌群的应力作用,极易致内固定失败造成内翻、旋转和短缩畸形。股骨转子下骨折在高能量损伤中往往出现股骨近端粉碎、骨折移位大、软组织损伤严重以及骨折块血运破坏,而在低能量损伤中则以高龄骨质疏松患者居多。所以粗隆下骨折为不稳定骨折。因此手术治疗对其生物力学特性的认识和选择内固定方法显得格外重要。目前内固定品种繁多,主要分为髓内固定和髓外固定两种。髓外固定以钢板为代表,最常用的有 95° 角钢板、DHS、DCS 等。这些内固定方法具有手术切口长、失血量大、软组织损伤严重、容易发生感染和骨折不愈合等缺点。且钢板偏心放置,所受的应力大,也容易发生内置物的疲劳断裂。而髓内钉具有优良的力学承载性能,力臂短、弯矩小、抗旋转能力强、股骨内外侧均分担了载荷,提高了内固定的整体稳定性,减少了骨折畸形和内固定失败的发生率。同时可采取闭合穿钉,远离了骨折端,保护骨折断端血供,加速了骨折愈合,对机体损伤小,具有显著的生物力学优势。有文献报道,髓内钉治疗复杂股骨转子间骨折非常成功^[3]。

3.3 髓内钉固定注意事项 首先稳定的复位是维持内固定效果的必要条件,不要一味地追求闭合复

腹腔镜手术联合中药外敷治疗盆腔脓肿 27 例临床分析

杨秀萍

(江苏省大丰市人民医院 大丰 224100)

摘要:目的:探讨腹腔镜手术联合中药外敷治疗盆腔脓肿的疗效及可行性。方法:对 2006 年 12 月~2009 年 12 月在本院应用腹腔镜联合中药外敷治疗的盆腔脓肿患者 27 例的临床资料进行分析,评价其疗效、安全性和可行性。结果:27 例患者经腹腔镜手术联合中药外敷治疗,盆腔炎的症状、体征消失,无 1 例并发症发生。随访 6 个月无复发病例。结论:腹腔镜手术联合中药外敷治疗盆腔脓肿,创伤小,恢复快,疗效确切,安全可行。

关键词:腹腔镜;中药外敷;盆腔脓肿

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.021

盆腔炎是女性常见病,在妇科急腹症中居首位^[1],严重感染累及输卵管和卵巢时可引起输卵管脓肿、输卵管-卵巢脓肿或盆腔脓肿。近年腹腔镜手术诊治盆腔炎已经得到了广大学者的认可。我院自 2006 年 12 月~2009 年 12 月应用腹腔镜手术联合中药外敷治疗盆腔脓肿 27 例,均取得了满意疗效。现将临床结果分析如下:

1 资料及方法

1.1 临床资料 27 例盆腔脓肿患者均为女性,年龄 17~46 岁,平均 32.5 岁,已婚 18 例,未婚 9 例,均有性生活史,7 例近期有宫腔操作史,5 例有不洁性生活史。患者主要临床表现:下腹痛,畏寒,发热,腹部坠胀感,阴道分泌物增多,12 例患者合并腹泻呈稀水样便。体征:体温升高,下腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张。妇科检查示阴道分泌物增多,多为脓性,宫颈举痛明显,子宫压痛,附件处及宫体侧后方可触及痛性包块,边界欠清。妇科 B 超提示盆腔内可见形态不规则、大小不等的混合性包块,直径为 5~10 cm。实验室检查结果提示白细胞及中性粒细胞升高明显,血沉增快;阴道分泌物常规检查见大量白细胞或脓细胞。27 例患者中,宫颈分泌物培养见淋病

位,术中 C 臂透视,对闭合复位有困难者术中可用克氏针撬拨、尖头顶棒、有限切开复位等方法辅助复位,力争骨折达到满意复位。另外髓腔开口应足够大,使髓内钉可用手推入。避免用铁锤击入髓内钉,以免与体外定位发生误差,导致锁钉进入困难,延长操作时间。最后要强调尽量恢复内侧骨皮质的连续性。蔡迎峰等^[4]报告股骨内侧皮质缺损后,其对侧的张应力增加 60%;广泛缺损后,其对侧应力将增加 370%。

总之,股骨粗隆下骨折是一种复杂且难处理的骨折,到底选择何种内固定物要根据具体的病例。髓内固定技术具有良好的生物力学优势,能减少手术创伤,固定更为坚强,更有利于骨折愈合及早期功能锻炼,降低了并发症^[9]。在正确掌握手术操作要

双球菌 6 例,支原体阳性 8 例,衣原体阳性 6 例。

1.2 方法

1.2.1 腹腔镜手术 所有患者入院后完善各项辅助检查的同时应用抗生素,充分医患沟通后行腹腔镜下检查治疗。27 例患者盆腔内脏器均充血明显,子宫直肠凹及肠袢间见脓性渗液,输卵管充血水肿明显,伞端有脓液外渗,或输卵管卵巢及肠管包裹形成大小不等的脓肿。镜下分离脏器间的粘连,大量生理盐水冲洗盆腹腔,根据患者的生育要求、病变的严重程度,决定是否行输卵管造口或切除。术毕盆腔内留置甲硝唑 250mL 并放置盆腔引流管夹紧 6h 后开放,24~48h 后拔管。术后继续用二联抗生素,连用 7d。

1.2.2 中药外敷 术后 72h 加用中药外敷下腹部,每日 1 次,共 12d。中药组成:艾叶、防风、乌头、鸡血藤、五加皮、红花、羌活、独活、追地风、伸筋草、透骨草。中药温盐水拌潮后装袋,隔水蒸 30~40min,热敷小腹部位,每日 1 次,每次 40min。热敷时腹部皮肤上垫以毛巾,避免皮肤烫伤。

2 结果

27 例患者中行双侧输卵管切除 6 例,单侧输卵

点的情况下,髓内钉治疗股骨粗隆下骨折能取得满意效果,可作为优先考虑的治疗方法。另外结合中药治疗更达到了标本兼治、整体治疗和局部治疗相结合的治疗效果,疗效明显提高。

参考文献

[1]张丛笑,杨明连,刘新房.Recon 交锁髓内钉与加长 DHS 钉治疗股骨转子下骨折的比较 [J]. 中华创伤骨科杂志,2004,6 (12):1 343-1 346
[2]王亦骢.骨与关节损伤[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2003.899
[3]Pervez H,Parker MJ. Results of the long Gamma nail for complex proximal femoral fractures[J].Injury,2001,32(9):704-707
[4]蔡迎峰,陈胜,张维.股骨小粗隆缺损的生物力学评价及临床意义[J].骨与关节损伤杂志,2001,16(3): 178-179
[5]Miedel R,Ponzer S,Trnkvist H,et al.The standard Gamma nail or the Medoff sliding plate for unstable trochanteric and subtrochanteric fractures A randomised,controlled trial [J].J Bone Joint Surg (Br), 2005,87:68-75

(收稿日期: 2010-06-12)