

股骨粗隆间骨折动力髋螺钉内固定失败原因分析

熊冬林

(江西省德安县中医院 德安 330400)

关键词:股骨粗隆间骨折;动力髋螺钉(DHS);内固定;失败

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.061

随着社会人口的老龄化,髋部骨折的发生率不断增高,股骨粗隆间骨折是一种常见的髋部骨折,多发于 65 岁以上的老年人。由于动力髋螺钉(DHS)固定后能很好地恢复股骨的颈干角,且对骨折断端可产生加压力,目前已成为股骨粗隆间骨折的常用标准固定方法^[1]。我科 2004 年 3 月~2009 年 6 月间采用 DHS 治疗股骨粗隆间骨折患者 97 例,大多疗效满意,其中 13 例手术治疗失败。现将失败病例分析报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 13 例,男 5 例,女 8 例;年龄 47~89 岁,平均年龄 70.7 岁;骨折原因均为髋部外伤;参照 Tronzo 和 Evans 分类法^[2]:II 型 3 例,III 型 4 例,IV 型 5 例,V 型 1 例。合并高血压 4 例、糖尿病 1 例、慢性支气管炎 3 例,均经内科治疗病情稳定后手术。

1.2 手术方法 均采用连续硬膜外麻醉,患者仰卧牵引床牵引复位,C 臂透视确定骨折块复位良好,颈干角恢复,维持牵引,于患肢大腿外侧切口切开,打入 135° 动力髋螺钉固定,术后常规引流 24~48h,早期开始肌肉等长收缩。术后定期行 X 线检查了解骨折愈合及内固定的情况。

1.3 内固定失败的评价标准 复位不良颈干角未恢复,内固定松动髋内翻,加压钉切割股骨头颈穿钉,钢板拔钉,钢板折断,髋螺钉退出。

2 结果

内固定失败 13 例(占 13.4%),包括髋内翻 5 例、拉力螺钉穿破股骨头 4 例、下肢旋转畸形 2 例、螺钉退出 1 例、钢板拔钉 1 例,失败病例均表现出不同程度的髋关节疼痛、下肢短缩、跛行及关节活动受限。其中 III、IV、V 型骨折皆属于不稳定骨折共 10 例,占有失败病例数的 76.9%;II 型稳定骨折 3 例,占 23.1%;本组无 I 型失败病例。

感致扁桃体发炎,治应驱邪为先,用升降散加减清热疏风利咽。治疗 2 周后患儿尿检转阴,外感症状消除,此时虽外邪已去,但夜寐多汗,肺气虚本象显现,故首用玉屏风益肺增强肺之卫外功能,减少外感,又二陈汤健脾培土以生金,生米仁、玉米须利

3 讨论

股骨粗隆间骨折多为老年人,均有不同程度的骨质疏松,且常合并心脑血管、骨关节等方面的疾病,因跌倒粗隆受直接撞击所致。保守治疗需遵循的肢体制动和长期卧床使骨折畸形愈合及伤侧下肢短缩发生率明显增加,且会诱发肺部、泌尿系感染等疾病,从而丧失生活自理能力甚至危及生命。多数学者主张股骨粗隆部骨折只要患者能耐受应尽早手术治疗,以防止骨折后长期卧床而导致的各种甚或致命的并发症,减少病死率,并提高患者的生活质量^[3]。因此,手术治疗也成为了股骨粗隆间骨折的基本治疗方法。牢固的内固定是骨折愈合的关键,而骨折能否获得牢固内固定取决于以下因素:(1)骨骼质量,(2)骨折类型,(3)骨折复位质量,(4)内固定物设计,(5)内固定物在骨骼中的置放位置。分析本组失败病例我们认为影响股骨粗隆间骨折 DHS 内固定疗效不佳的主要因素如下。

3.1 术前准备不充分 股骨粗隆间骨折多为老年人,术前除处理好其它系统的并发症外,应综合考虑到老年人骨质疏松的特点。因老年人骨质疏松导致的骨密度降低,骨皮质变薄,皮质内空隙增加,螺钉拧入后把持作用下降,导致螺钉松动;同时由于骨质疏松骨质脆性增加,故股骨粗隆间骨折多为粉碎性骨折,其稳定性差,复位困难。因此术前应充分考虑骨折的特点选择合适的内固定材料,确立合理的内固定方式。

3.2 术中操作不当 术中能否获得良好的复位是手术成功的关键,良好的复位不但能使骨折端的稳定性增加,同时也缩短了骨折愈合的时间。头钉置放的位置是否合理能有效地防止头颈切割、穿钉、松动等情况的发生。头钉的位置应位于股骨头颈中下 1/3 偏后,长度应位于股骨头关节面下 5mm,此区域骨质致密,螺钉拧入后有良好的把持作用。

湿,生地、五味子补肾纳气,丹参、绞股兰活血化瘀,从肺、脾、肾、瘀四方面综合治疗,有效增强患儿免疫力,从而控制肾病频发,以便顺利完成激素疗程。

(收稿日期:2010-06-24)

1 122 例社区妇女宫颈脱落细胞学筛查宫颈病变结果分析

陈厚爱

(江西中西医结合医院 南昌 330046)

摘要:目的:了解社区妇女生殖道的健康状况和患病情况。方法:对医院所在社区内的妇女做免费的宫颈脱落细胞学检查,采用 TBS 分级诊断标准作出描述性诊断报告,对筛查出脱落细胞异常的受检者再做阴道镜检查 and 病理活检。结果:总共筛查出宫颈脱落细胞异常者 67 例,其中 ASC-US、ASC-H 40 例,LSIL 19 例,HSIL 7 例,怀疑 SCC 1 例。67 例细胞异常者病理组织学活检结果为 CIN I 24 例、CIN II 6 例、CIN III 3 例、原位癌 1 例。结论:在条件相对较差的基层医疗卫生单位可以采取传统的巴氏涂片法筛查宫颈病变,对脱落细胞异常者采用国际标准的三阶梯技术可提高诊断准确率,减少漏诊,从而做到早检查、早发现、早治疗,以保障广大妇女的健康水平。

关键词:宫颈脱落细胞学;宫颈病变;TBS 分级诊断

中图分类号:R 194.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.062

子宫颈癌的发病率在女性恶性肿瘤中位居第二,仅次于乳腺癌^[1],严重威胁着妇女的健康。据最新估计:全世界每年约有子宫颈癌新发病例 45.9 万;中国每年子宫颈癌新发病例约有 13.15 万。近年来子宫颈癌的发病率有明显上升和年轻化的趋势^[2]。由于宫颈癌存在着一个较长的可逆转的癌前病变期,从宫颈癌前期病变(CIN)发展为宫颈癌需要 10~15 年^[3],宫颈癌是目前唯一可以早期发现并能治愈的妇科癌症。因此早期筛查、及早发现宫颈癌前病变是防治子宫颈癌的关键环节。各级政府为了提高妇女的健康水平,已在全国城乡绝大部分地区为已婚妇女购买健康和保健服务,其中女性宫颈癌普查便是政府为妇女提供的生殖健康服务,普通已婚妇女均可在自己所居住的社区免费做妇科防癌普查。现将我院社区卫生服务中心在 2009 年 3 月~2010 年 8 月期间所做的 1 122 例社区妇女宫颈脱落细胞学检查结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 普查对象为居住在本社区范围内的已婚妇女,年龄 27~59 岁,平均年龄为 43.2 岁。

1.2 标本采集和处理要求 标本采集前 24h 禁止盆浴、性交、阴道灌洗和局部上药,并在非经期检

查。受检者取膀胱截石位,用扩阴器暴露宫颈,再用软木刮板插入子宫颈管内,在宫颈外口鳞状上皮与柱状上皮交界处,以外口为中心,围绕宫颈旋转 360°,将刮出物均匀地涂在备好的载玻片上,马上将载玻片放入 95%酒精中固定 30min。用巴氏染液染色,中性树胶封片。在奥林巴斯显微镜下观察,按 TBS 描述性诊断方法进行诊断。结果按年龄分为 <30 岁、<40 岁、<50 岁、<60 岁共 4 个年龄组报告。

1.3 诊断标准 采用 2004 版 TBS 分类标准:报告描述内容:(1)正常范围;(2)感染:包括原虫、细菌、真菌、病毒及其它感染;(3)反应性细胞改变:包括细胞对炎症、损伤、放化疗及 IUD、萎缩性阴道炎和激素治疗引起的反应性细胞改变(本次检查此类改变归入正常范围内报告);(4)鳞状上皮细胞异常:包括未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(ASC-US)和不除外高度上皮内病变的不典型鳞状上皮细胞(ASC-H)、低度鳞状上皮内病变 LSIL(相当于 CIN I)、高度鳞状上皮内病变 HSIL(相当于 CIN II、CIN III)、鳞状细胞癌(SCC);(5)腺上皮细胞异常:包括意义不明确的不典型腺上皮细胞(AGCUS)、可疑腺癌(GCC)等。

1.4 统计学处理 各年龄组之间检查结果比较用

3.3 术后康复训练不科学 动力髁螺钉内固定术后,缺乏科学的训练方法是导致手术失败的重要原因之一。为防止老年人长期卧床导致并发症的发生,需鼓励患者早期下床活动,但在骨折出现骨痂前应避免患肢负重,过早负重必将加剧主钉切割头颈,最终导致穿钉、钢板松动。我们主张早期功能锻炼应在不负重情况下活动肢体关节及做肢体肌肉的舒缩活动,至摄片检查确定骨折端有骨痂形成才逐步负重锻炼。

综上所述,DHS 是治疗股骨粗隆间骨折常用的

有效的手段,但应充分掌握其手术的适应证,确定合理的内固定及手术方式,术后制定科学的康复训练计划,在整个过程中应充分认识到各个环节的重要性,让科学有效的治疗方式贯彻始终,这样才能有效地避免内固定失败,获得更好的治疗效果。

参考文献

[1]邱贵兴.骨科学高级教程[M].北京:人民军医出版社,2010.188
[2]朱通伯,戴越戎.骨科手术学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2000.321-325
[3]阎洪印,陈杨.股骨粗隆间骨折早期内固定手术治疗的选择[J].骨与关节损伤杂志,2002,17(2):148

(收稿日期:2010-09-06)