

DHS 治疗高龄股骨转子间骨折并发症的预防与处理

★ 张燕 (贵阳中医学院 2004 级硕士研究生 贵阳 550002)

★ 指导:陈久毅 (贵阳中医学院 贵阳 550002)

摘要:目的:分析动力加压宽螺钉(DHS)治疗高龄股骨转子间骨折情况;方法:用 DHS 治疗的高龄股骨转子间骨折;结果:随访 8~62 个月,平均 30.9 个月,无内科合并症加重及死亡病人。优良率为 74.1%,失败率(评定为差者)为 7.1%。结论:积极术前准备、术中规范操作,良好的复位固定,术后按照医生的指导进行功能锻炼,疗效满意,可减少并发症。

关键词:高龄;股骨转子间骨折;动力加压宽螺钉(DHS);并发症

中图分类号:R 274.12 **文献标识码:**B

股骨转子间骨折是老年人常见的髋部骨折,随着社会老龄化的进展,其发病率呈上升趋势。由于老年人普遍存在中、重度骨质疏松还合并有各种内科疾病,发生股骨转子间骨折后其并发症发生率、死亡率和伤残率较高,因此如何使老年患者尽快恢复伤前活动功能是治疗的重点之一。临床上对于身体条件能耐受者,主张首选手术治疗。现回顾我院 2000 年 2 月~2006 年 2 月使用动力加压宽螺钉(DHS)治疗高龄股骨转子间骨折情况,探讨其并发症的预防及处理。

1 一般资料

本组 58 例,男 26 例,女 32 例;年龄 60~87 岁,平均 73.7 岁;跌倒致伤 39 例,车祸伤 19 例;左侧 35 例,右侧 23 例;按 Tronzo-Evans 分型:Ⅰ型 8 例,Ⅱ型 14 例,Ⅲ型 26 例,Ⅳ型 7 例,Ⅴ型 3 例。入院到手术时间 2~25 天,平均 9.6 天。住院时间 8~107 天,平均住院时间 38.6 天。合并有心血管疾病者 22 例,糖尿病者 13 例,呼吸系统疾病者 4 例,多发性骨折者 3 例。

2 治疗方法

2.1 手术前准备 患者入院后行全面系统的查体,详细了解患者伤前健康情况和生活能力,予以各项物理化学检验包括:心电图、肝肾功能、胸片、凝血功能、血尿便常规等。请内科、麻醉科等相关科室进行会诊,协助明确是否有手术禁忌证,评估手术耐受性,并指导治疗内科疾病。高血压者服用降压药物使收缩压控制在 20.0~21.3 kPa,舒张压控制在 11.0~12.0 kPa;糖尿病患者血糖控制在轻度升高状态 7.0~8.5 mmol/L;冠心病患者予以扩张冠脉改善血液循环;呼吸道慢性炎症和肺功能不全患者术前指导其进行深呼吸和有效咳嗽训练,并预防性使用抗生素。多发性骨折患者则对其他部位骨折进

行制动,并根据全身状况予以支持治疗。术前根据骨折移位情况予以皮牵引或骨牵引。

2.2 手术方法 采用全麻或连续硬膜外麻醉,患者取仰卧位,患侧臀部用沙袋垫高,以股骨大转子为中心作髋外侧纵行切口,显露骨折断端,牵引将骨折尽可能解剖复位,在角度导向器引导下向股骨颈及股骨头钻入导针,选择适当长度的髋螺钉沿导针钻入股骨颈,钢板套筒套入髋螺钉尾部后用自攻螺钉将钢板固定在股骨干上。手术应在“C”形臂监视下,以察复位情况及导针位置。对于有小转子骨折者均重建小转子的完整性。

2.3 术后处理 术后应用抗生素 3~5 天,防止伤口感染,术后 48~72 小时拔除引流管。术后 3 天嘱患者坐起练习肌肉收缩,被动活动患肢关节,对于稳定型骨折 4 周后可下床扶拐部分负重行走;不稳定骨折或明显骨折疏松者,下地负重时间宜晚,一般 8 周后根据 X 线骨折愈合情况,骨痂生长良好,才可逐步扶双拐负重行走。

3 结果

随访 8~62 个月,平均 30.9 个月,无内科合并症加重及死亡病人。经髋部 X 线摄片示骨折愈合时间为 3~5 个月。疗效评定术后随访根据患者有无疼痛、能否独立行走、髋关节活动及跛行等综合评价^[1]:优(痛,独立行走,髋关节活动正常,无跛行)18 例;良(无痛,独立行走,下蹲略受限,轻度跛行)24 例;可(轻度疼痛,扶拐杖行走,下蹲困难,明显跛行)12 例;差(中、重度疼痛,无法行走,髋关节各方向活动受限)4 例)。其中术后 1 例出现髋内翻,螺钉穿透股骨头,1 例出现颈干角塌陷,股骨头下垂。优良率为 74.1%,失败率(评定为差者)为 7.1%。

4 讨论

动力髋是根据股骨转子部的解剖特点及生物力

滋肾止血汤治疗阴虚型肾性血尿 30 例

★ 郭银雪¹ 詹继红² 王映林¹ (1. 贵阳中医学院 2004 级硕士研究生 贵阳 550002; 2. 贵阳中医学院第一附属医院 贵阳 550001)

摘要:目的:观察滋肾止血汤治疗肾性血尿的临床疗效。方法:选符合纳入标准的肾性血尿患者 50 例,随机分为两组。治疗组 30 例治以滋肾止血汤,对照组 20 例单用西药对症治疗,6 周为一疗程,治疗 2 个疗程。结果:治疗组总有效率为 76.67%,明显优于对照组(40%)。治疗后,治疗组尿沉渣 RBC/HP、24 小时尿蛋白等主要尿检参数较对照组明显下降($P < 0.01$, $P < 0.001$)。结论:滋肾止血汤能有效治疗肾性血尿。

关键词:血尿;滋肾止血汤;安络血;中医药疗法

中图分类号:R 255.7 **文献标识码:**B

我们自 2003 年 5 月~2005 年 5 月以滋肾止血汤治疗中医辨证为阴虚型肾性血尿 30 例,与安络血治疗 20 例作对照,报道如下。

1 临床资料

学原理而设计的^[2],既具有静力加压作用,又具有动力加压作用,可保持股骨良好的颈干角,允许患者早期部分或完全负重,为治疗股骨转子间骨折的金标准。但在治疗高龄股骨转子间骨折时术后死亡率高,有统计高龄股骨转子间骨折的术后死亡率在 5%~30%^[3],及内固定失效发生髓内翻,髋部疼痛等并发症。

通过应用动力髋治疗本组患者,我们体会到:

(1)为降低高龄股骨转子间骨折患者的术后死亡率,术前应对老年患者的健康状况作出客观的评价,严格掌握手术适应症,存在内科疾病者请内科、麻醉科等相关的医师会诊协助处理,尽早使患者达到能耐受麻醉和手术的要求,以提高手术的安全性,降低术后死亡率。本组病例术前予以积极系统的检查及治疗,术后未出现内科合并症加重及死亡病人。

(2)内固定失效发生髓内翻的原因主要与骨折的类型、骨骼的质量、复位情况、内固定物的选择及手术操作等有关,前两者是与患者受伤时情况有关,而后三者则与手术医师有关,因此为防止内固定失效发生髓内翻,手术中尽可能做到解剖复位,研究发现:骨折复位不好,发展为滑脱的可能性是复位良好的 3 倍^[4]。如果在复位不良的情况下强行置入动力髋,术后患者下地负重过早,会导致髓内翻,螺钉穿出股骨头。本组患者就有 1 例患者出现上述情况。选择角度合适的套筒钢板,使钢板与股骨上段相贴,若套筒钢板角度过大,螺钉固定后会发生骨折内侧张开;若角度过小,固定后骨折远断端会内移。选择

1.1 诊断标准 参照“全国原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要”^[1],并参考有关文献^[2],所有

长度合适的拉力钉,可以在两断端间产生大小合适的压力,促经骨折愈合。否则,若拉力钉长度过长,则会穿透股骨头,过短则容易使骨折近端因负重而分离,股骨头出现下垂。要注意重建内侧的支持结构,术中应高度重视小转子上方及后侧壁的碎骨块,股骨转子间骨折术后颈干角塌陷,股骨头下垂,小转子上方或转子间后内侧碎骨块未复位或复位后又再度移位可能是重要原因^[4]。当后侧壁严重爆裂时,会产生骨缺损,这时应在行内固定时予以植骨,使内固定与骨折端及植骨块相互依靠,保证内固定牢固,利于骨折的愈合。

(3)术后也是防治并发症出现关键时期,如果出现感染则加重患者的病情,增加了死亡率;术后负重时间应根据患者的具体情况而定,尤其是严重骨质疏松的患者,过早下地则出现股骨头切割,髓内翻的几率明显增高。本组 1 例患者虽然小转子骨折予以复位和固定,但是其未听从医嘱,术后 3 周下地负重活动,出现了颈干角塌陷,股骨头下垂。

参考文献

- [1]孙刚,汤继文,刘巧慧,等. 动力髋螺钉内固定治疗粗隆部骨折 102 例疗效观察[J]. 山东医药,2003,43(33):39~40
- [2]王福权,骆燕禧,黄公怡,等. 加压滑动鹅头钉的应力测试和对髋部骨折治疗的初步结果[J]. 中华骨科杂志,1990,10(3):165~167
- [3]胥少汀. 骨科手术并发症预防与处理[M]. 北京:人民军医出版社,2004:67
- [4]曾炳芳. 张长青 2004 创伤骨科新进展[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:653

(收稿日期:2007-01-02)