

双极人工股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折 28 例

★ 郭蓬川 郭萍玲 郭绍华 (江西省吉安县中医院骨伤科 吉安 343100)

关键词: 双极人工股骨头; 老年股骨颈骨折

中图分类号: R 681.8 **文献标识码:** B

我院在 1998 年 1 月~2006 年 1 月,采用双极人工股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折 28 例,疗效良好。现总结报告如下:

1 临床资料

本组 28 例,男 12 例,女 16 例;左髋 17 例,右髋 11 例;骨水泥型 22 例,生物型 6 例;年龄 55~88 岁,平均 65 岁;有移位的股骨颈新鲜骨折 25 例,股骨头无菌性坏死 3 例,其中伴有内科合并症者 9 例(32.14%),平均住院时间为 19.5 天。

2 治疗方法

常规患肢持续皮牵引或骨牵引纠正肢体短缩畸形,请内科协助治疗内科合并症。备血 400~600 mL 术中用,术前 2 小时静脉滴注抗生素,采用连续硬膜外或气管插管麻醉,患者侧卧位,患侧在上,取髋关节后外侧切口^[1],切口起自大转子下方 8 cm,沿股骨前缘向上经大转子的顶端弯向后上方止于髂后上棘外下方 5 cm 处,切开皮肤、皮下,电凝止血,切开深筋膜,下段切开髂胫束,上段切开臀大肌筋膜,钝性分离臀大肌,牵开后暴露大转子及附着的肌肉,切断短外旋肌群,暴露“T”字切关节囊,屈髋屈膝 90°、内旋下肢,显露骨折端,取出股骨头,切除圆韧带残端,再用线锯或摆锯修平股骨残端,保留股骨距不小于 1~1.5 cm,股骨残端平面与两股骨髁平面成 45°角。根据病人的预期寿命选择安装水泥型或生物型的双极人工股骨头,测量股骨头的大小,按照水泥型或生物型双极人工股骨头假体安装方法安装适宜型号的双极人工股骨头假体,牵引复位,试行各方向活动,确认关节稳定后,冲洗、关闭切口,常规放置引流管 24~48 小时。术后患肢保持外展中立位制动,抗生素静脉点滴 5~7 天,口服活血化瘀、消肿止痛中药,14 天后拆线,并指导患者作下肢肌力练习。骨水泥型的术后 1 周左右可扶拐下地行

走,生物型的在术后 6~8 周可扶拐下地行走,定期复查,并跟踪随访。

3 治疗结果

本组 28 例,其中 27 例获得正常随访,1 例术后不久因车祸死亡,随访时间 0.5~8 年,平均 4.5 年。无假体松动、断裂及髋关节中心性脱位的发生。功能评定按 Horris 评分标准^[2];优(90~100 分),良(80~89 分),可(70~79 分)。治疗结果:优 15 例,良 8 例,尚好 3 例,差 1 例,均未发生切口深部感染及假体脱位。随访 0.5~8 年,假体下沉松动 2 例,髋臼磨损 1 例,严重疼痛 1 例。

4 讨论

4.1 手术适应证的选择 本组患者中,25 例为新鲜有移位的股骨颈骨折,术后效果较为满意。3 例由于股骨头无菌性坏死而手术,其中 2 例术前髋臼正常,术后效果基本满意,1 例合并髋臼病变,术后髋关节明显疼痛、功能障碍、效果差。笔者认为 55 岁以上有移位的老年股骨颈骨折,应把人工股骨头置换作为首选方法。股骨头坏死患者要慎重,如不伴髋臼病变,仍可作人工股骨头置换手术;如髋臼有病变,则不宜单纯作人工股骨头置换,最好作全髋置换手术。至于选用单极还是双极人工股骨头假体置换,Takeoka 等^[3]对单极、双极人工股骨头置换术后的疗效、髋臼软骨磨损、假体使用寿命进行比较时发现,双极假体均优于单极假体。笔者认为老年股骨颈骨折应尽量使用双极人工股骨头假体进行置换手术,因为该型具有双动特性,与单极相比更能减少骨性髋臼的磨损^[4],大大延长了股骨头假体的使用寿命,且治疗费用比单极稍高却比全髋置换要低的多,疗效良好。做人工股骨头置换术患者绝大多数是老年人,而老年人脏器功能衰退加之身体常有多种慢性或隐匿性疾病,生理功能储备下降,对应激反

应用锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨外端骨折 66 例

★ 周旭光 (浙江省宁波市中医院骨伤科 宁波 315010)

关键词: 锁骨钩钢板; 肩锁关节脱位; 锁骨外端骨折

中图分类号: R 684.7 683.41 **文献标识码:** B

随着交通事故增加,高能量伤使得肩锁关节脱位和锁骨外端骨折成为常见的创伤,对于严重的骨折脱位,易复位难固定,故主要采用切开复位内固定^[1]。自 2002 年 6 月~2006 年 10 月,我科共采用切开复位锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位及锁骨外端骨折 66 例,67 肩,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

应(包括手术创伤)调节能力差,所以手术风险相对较高,但年龄高本身并非手术禁忌证,关键是主要脏器的功能情况。本组患者平均 65 岁,伴有心血管疾病、慢性肺疾病、糖尿病、肝肾功能等内科合并症者占 32.14%,术前术后均进行积极内科治疗,结果无一例患者因为并发症而死于术中或术后。术后患者能早期进行活动,避免了长期卧床并发症的发生,大大提高了患者的生活质量。

3.2 术中应注意的几个问题^[5] (1)切口的选择:本组患者均采用髋关节后外侧切口,笔者认为该切口安全、简单,扩大股骨上端髓腔容易;出血少,取出股骨头快,假体置入顺利;手术时间短,损伤小且易于操作。(2)安置假体注意点:①坚强且完整的股骨距是保证稳定和赖以负重的先决条件,一般要保留股骨距 1~1.5 cm,否则易造成术后假体下沉。②术中要注意维持恰当的颈干角和前倾角,颈干角过大或过小要警惕假体柄穿出股骨干皮质外;前倾角过大或过小易造成术后关节活动受限。③髓腔扩大要适宜,过大容易造成术后假体松动,过小则置入假体困难,并且勉强复位易导致股骨干劈裂。(3)术中出现问题的预防和补救措施:①上好假体后,如果颈干角过大或过小应在股骨干四周摸一下,以防假体穿出皮质;一旦穿出皮质,退出改用骨水泥重新固定假体。②术中如发现股骨干近端劈裂,可用钢丝捆

男 45 例,女 21 例;年龄 17~66 岁,平均 44 岁;左侧 30 例,右侧 35 例,双侧 1 例;交通伤 54 例,运动损伤 7 例,其他损伤 5 例;肩锁关节脱位 40 例,锁骨远端粉碎性骨折 16 例,斜行或横行骨折 10 例。本组患者均有明显外伤史,患肩疼痛,局部畸形,琴键征阳性,伤肢无力,肩外展及上举困难,患肢活动受限,影像学明确诊断。

扎,术后予以患肢胫骨结节骨牵引 4~6 周,尽量推迟下床活动,直到骨性愈合。③关闭切口之前常规向各个方向尽力活动患髋,检查股骨头与患髋是否配套,以减少术后髋关节疼痛,防止术后假体脱位。3.3 术后应注意的几个问题^[4] (1)对高龄患者术后常规心电监护,待生命体征平稳后停止,一般维持 24 小时。(2)术后继续积极治疗并存病,如高血压、糖尿病等。(3)为了防止静脉血栓的发生,尽量不用止血药,鼓励病人做踝、膝关节的早期主动、被动屈伸活动,尽快恢复关节功能。(4)术后做到三不:不跷二郎腿,不坐矮凳子,不做剧烈活动。

参考文献

- [1]苗华,周建生.骨科手术入路解剖学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2003.364~368
- [2]张平.骨水泥型单极与双极人工股骨头置换治疗老年股骨颈骨折[J].实用医学杂志,2004,20(2):129~130
- [3]Takaokak,NishmaT,Ohzonok,et al. Bipolar prosthesis replacement for the treatment of avascular necrosis of the femoral head [J]. Clin orthop,1992,277:121~127
- [4]阮腊林.双极人工股骨头置换术治疗老年人股骨颈骨折[J].赣南医学院学报,2004,24(5):576
- [5]徐永金.人工股骨头置换术 40 例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2002,11(23):2362~2363

(收稿日期:2006-10-08)