

股骨远端骨折的常用内固定方法比较及并发症的防治

★ 陈国庆¹ 陈明² 文裕明³ (1. 江西省瑞昌市人民医院骨科 瑞昌 332000; 2. 南昌大学第一附属医院骨科 南昌 330006; 3. 江西省高安市骨伤医院骨科 高安 336008)

关键词: 股骨远端骨折; 内固定; 并发症

中图分类号: R 683.42 文献标识码: B

笔者自 2002 年 6 月~2005 年 5 月共手术治疗成人股骨远端骨折 46 例 49 处, 分别以不同的常用内固定方法手术治疗, 现进行总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 股骨远端骨折 46 例 49 处, 其中 3 例为双侧股骨远端骨折。其中男 31 例, 女 15 例; 年龄 12~61 岁, 平均年龄 32 岁; 交通事故伤 22 例, 坠落伤 15 例, 重物砸伤 9 例; 右侧 27 处, 左侧 22 处。按 AO/ASIF 分类法可分为股骨踝上骨折(A 型)25 处, 髌部骨折(B 型)14 处, 股骨髌间骨折合并髌上骨折(C 型)7 处。闭合性骨折 30 处, 开放性骨折 19 处。

1.2 手术方法 在连续硬膜外麻醉下, 股骨上段放置电动止血带。全部病例采用股骨下段前外侧至髌骨旁外侧直切口, 逐层切开至关节囊, 进入膝关节(A 型骨折钢板固定不需切开发节囊), 髌骨向内侧翻转, 暴露股骨髌间窝, 如有髌间骨折(C 型骨折)应先将骨折复位后用克氏针于股骨髌偏前和偏后交叉固定, 既保证骨折相对稳定, 又保证“L”形钢板的刀片、或 DCS 的螺钉、或逆行髓内钉通过时不受影响, 其它操作按照 AO 常规内固定技术进行。对于 A3 和 B3 型骨折, 应用逆行交锁髓内钉固定时, 应先锁远侧锁钉, 这样既能准确把握髓内钉的进钉深度, 又能保证肢体的长度; A3 和 B3 型骨折, 必须全部取自体髂骨植骨; 对 C 型骨折必要时可于髌前后加用螺栓或拉力螺钉同定。术后全部采用加压包扎, 根据术中固定情况, 将患肢置于髓膝屈曲 90°, 尽早练习股四头肌收缩; 术后 24 小时辅助 CPM 训练, 1 周允许病人坐床旁开始悬垂小腿, 2 周开始持双拐下地患肢不负重行走, 根据患者股四头肌及关节功能恢复情况, 逐步开始患肢部分负重锻炼。对骨折内固定不够牢靠者, 则加用长腿石膏托固定 6~8 周。

1.3 治疗结果 本组 46 例 49 处随访 12~24 个月, 平均 14 个月。功能评价以 Shelbourne^[1] 提出的

疗效标准为参照, 优(膝可伸直, 屈曲 > 120°, 无畸形, 无痛, 肢体无短缩)19 例, 良(膝可伸直, 屈曲 90~120°, 膝内外翻 < 5°, 微痛无痛, 无需药物缓解, 肢体短缩 < 1 cm)18 例, 可(膝关伸直丧失 < 10°, 屈曲 60~90°, 膝内外翻 < 5~10°, 微痛, 偶需药物缓解, 肢体短缩 1~2 cm)6 例, 差(屈曲 < 60°, 膝内外翻 > 10°, 需常规药物镇痛, 严重影响工作和生活)6 例。

3 种内固定方法的优良率分别为 69.2%、69.2%、82.6% (见表 1), L 形钢板和动力髌螺钉比较无显著差异, 两者与逆行交锁髓内钉相比, 后者明显优于前两者。出血量与骨折类型相关, 与手术方法关系不大。膝关节功能恢复及并发症无明显统计学差异。

表 1 常用内固定方法的疗效分析比较 例

治疗方法	本组病例	优	良	可	差	骨折平均愈合时间/周
L 形钢板	13	3	6	1	3	15
DCS	13	4	5	2	2	14.5
逆行交锁髓内钉	23	12	7	3	1	13.5

3 讨论

股骨远端骨折位于骨髓腔狭窄部以下, 因此逆行交锁髓内钉的中心型固定方法符合股骨的生物力学特点固定确实牢固, 对骨折断端的血供影响较小, 且能使患肢尽早活动, 被称为生物性内固定技术^[1]。髓内钉作为内支架, 可与骨分担载荷, 与钢板相比, 其受力为中心性而非偏心性, 虽在不同程度上破坏髓腔血供, 但可引起骨外膜及周围软组织血供增加, 而出现丰富的外骨痂。逆行交锁髓内钉治疗股骨远端骨折, 通过股骨中轴固定, 避免了偏心固定产生的应力遮挡效应, 能有效防止弯曲、旋转、短缩移位, 比钢板螺钉类髓外固定更接近下肢力线, 符合生物力学要求, 因而能达到坚强固定, 为早期活动膝关节创造了条件; 避免或减少了骨折部软组织和骨膜广泛剥离, 符合微创原则, 如有条件闭合复位则创伤更小; 同时扩髓产生的碎屑具有骨透导潜力, 起

经前便血治验 2 例

★ 谢华文 (江西省吉安县中医院 吉安 343100)

关键词:便血;经前

中图分类号:R 256 文献标识码:B

经前便血又称“错经”或“差经”,《竹林女科证治》及《妇青主女科》两书中均有记载。此病是指妇女每月行经前 1~2 天或 3~4 天不等,大便下血,经下或经后即愈,呈周期性发作的一种病,临床上少见,但本人碰到 2 例介绍如下:

例 1. 肖某某,27 岁,2004 年 5 月 3 日就诊,患者 2 年前因自然流产后,月经量逐渐减少,嗣后开始出现每逢经期前 2~3 天大便下血,血色淡红质稀,月经来潮后自愈。刻下,又值经前期 3 天,月经未至而开始便血,神软乏力,少气懒言,纳食欠佳,四肢欠温,小腹发凉,舌稍淡、苔薄白,脉细弱。辨证为便血,中阳受损,气不摄血,中气不足,气为血帅,气虚则统血无力,故见血溢于肠而便血。治宜补益气血,温中止血。方药:人参 10 g,荆芥炭 8 g,黄芪 40 g,白术 10 g,当归 12 g,龟胶 12 g(另烔),鹿胶 20 g(另烔),6 剂后复诊,诸证悉减,脉搏较前有力。效不更方,继服 20 剂。一切恢复正常,随访未复发。

例 2. 李某某,30 岁,工人,2003 年 12 月 18 日初诊,婚后 3 年未孕。曾多次求医未效。1 年前月经量减少,每逢行经前 2~3 天大便下血,血色深红,3 天后月经来潮而便血自止,开始疑似痔疮。用马应

龙痔疮膏药无效,故来我处就诊。刻诊:口苦咽干,乳房胀痛,喜冷饮,头晕心烦,大便干结,小便黄短,面红唇干,舌质红、苔薄黄,脉弦滑。请肛肠科医师会诊,未发现肛肠异常病症。证属实热所致,肝气郁结,日久化热,冲为血海,隶属阳明,郁热阳明,损伤肠络,迫血下行。治宜清热凉血,佐以止血。处方:茵陈 30 g,生地 15 g,丹皮 10 g,黄芩炭 10 g,地榆炭 12 g,荆芥炭 8 g,黄柏 10 g。5 剂。药后无不适,继续服药 4 剂。2004 年 1 月 28 日复诊,自述头晕、心烦、口苦咽干等症均减轻,稍有胸闷而胀,舌质淡、苔薄白,脉稍弦。方药:栀子 8 g,柴胡 10 g,茯苓 10 g,赤芍 10 g,丹皮 10 g,当归 10 g,白术 10 g,香附 15 g,橘核 15 g,延胡索 10 g。服药 10 剂,此后月经来潮无便血,随访半年未见异常。

体会:本病临床虽少见,但辨证时需求因,详问病情,谨守病机。为此,应排除内科及肛肠疾病,其次,必具周期性发作的特点,即可诊为本病。辨证无外虚实两型,虚为气虚,实为郁热,治疗时应“虚则补之,热则清之”,兼以养血,凉血,止血。慎用收涩之药,以免气滞血瘀。

(收稿日期:2008-09-11)

到植骨作用,促进骨折愈合,降低骨折延迟愈合或不愈合的发生率。对于开放性骨折一期行彻底清创内固定,并未增加感染率。手术操作中,应注意几方面问题:尽可能解剖复位,尤其是软骨面复位;入钉口准确,为后交叉韧带股骨髁间止点前 0.5 cm,钉头(包钉帽)埋于关节软骨下 2~5 mm;扩髓以缓慢拧入式进行,直至比插入髓内钉粗 1~2 mm 为止,保证髓内钉能以插入而不是击入方式置入;髓内钉进入髓腔的长度应超过骨折端 6~8 cm,最好能达到股骨髓腔最狭窄处;A3 型或骨折线较长的 C 型骨折,建议先上远端锁钉,一方面可保证钉头埋于软骨下 2~5 mm,另一方面可保证肢体的长度,上近端锁

钉后,折端骨缺损较大时,需取自体髂骨块植骨;关闭切口前大量生理盐水冲洗关节腔,尽可能不残留骨屑等异物。但逆行髓内钉的缺点在于^[2],植入和取出都要经过关节腔,其尾部可将髓腔内的渗出液引入关节腔,造成关节纤维粘连机会增加。

参考文献

- [1] Jazing HMJ, Stockmckman B, VanDammeC, et al. The retrograde Intramedullary Suprcondylar nail: an alternative in the treatment of distal femoral fracture in the elderly[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 1998 (111): 92.
- [2] 管国华, 谢文龙. 逆行交锁髓内钉与钢板治疗股骨髁骨折疗效比较[J]. 实用骨科杂志, 2006, 12(2): 59-60.

(收稿日期:2008-09-09)