

老年股骨粗隆间骨折 58 例疗效分析

★ 张燕¹ 陈久毅² (1. 福建中医学院骨伤系 福州 350108; 2. 贵阳中医学院第一附属医院骨科 贵阳 550002)

关键词:老年;股骨粗隆骨折;骨牵引;DHS

中图分类号:R 683.42 文献标识码:B

本组资料通过对 58 例行骨牵引或 DHS 内固定的老年股骨粗隆间骨折患者的治疗结果进行分析,以探讨老年股骨粗隆间骨折的治疗经验。

1 一般资料

本组 58 例为 2000 年 2 月~2006 年 2 月于我院住院治疗并获随访的患者,男 26 例,女 32 例,年龄 60~87 岁,平均 73.7 岁。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。合并有内科疾病 39 例,其中冠心病 25 例,高血压 24 例,糖尿病 15 例,呼吸系统慢性疾病 13 例,其他疾病 4 例,合并有两种疾病者 15 例,三种疾病者 4 例。

2 治疗方法

对患者进行全面检查,根据患者全身健康状况、内脏功能情况、伤前生活能力及患者的要求,采用骨牵引治疗 30 例,I 型 4 例,II 型 7 例,III 型 12 例,IV

型 5 例,V 型 2 例;DHS 内固定治疗 28 例,相应为 3、9、11、4、1 例。

2.1 骨牵引方法 本组 30 例病人均采用股骨髁上牵引,牵引时保持患肢充分外展位,防止内收和外旋,牵引重量约占体重的 1/7 以克服髓内翻畸形,待髓内翻得以纠正后,牵引重量可适当减少,保持占体重的 1/10 以上。牵引时间为 8~12 周。在牵引期间要注意患者体位,防止躯干向健侧倾斜,使患肢的外展角度减少或消失,同时注意防止长期卧床引起的各种并发症。定期行 X 线检查,以观察骨折复位及愈合情况。

2.2 DHS 内固定 对合并有内科疾病者积极进行治疗,尤其是合并有糖尿病者,以提高患者对手术的耐受性,防止术后并发症。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,以股骨大粗隆为中心作髓外侧纵行切口,显露骨折断端,牵引

池、天柱、大椎等几十个穴位,药物通过刺激渗透穴位同样能发挥“归经”和功能效应^[1]。现代药理研究表明:冰片富含龙脑香,肉桂含桂皮醛,川芎含生物碱,益智仁含有益智醇,红花含红花油,当归含有亚西荑苯酐等,均可扩张血管,促进血液循环,减轻脊髓-神经根-血管的压迫和刺激,有利于组织的修复。穴位外敏放大效应^[2]的存在,可使小剂量的药物刺激起到相当大的治疗作用。

在辨证论治基础上配合穴位点按摩治疗,能舒筋通络、理筋整复、解痉止痛,使紧张肌肉放松,加宽椎间隙、扩大椎间孔,解除对神经根的压迫,恢复颈椎的止常功能。头颈后部的大椎、风府、风池、夹脊、百劳等穴位有穴位的全息性,同时颈项部以正中的哑门、风府、下脑户为原穴,沿颅骨边缘至两侧完骨穴,计 15 个全息穴。当外界按摩或刺激这些穴位

时,能调节和改善各器官系统功能活动,收到增强体质,提高智力,健美抗衰的功效。药枕中粒子棉随着按摩装置的震动而促使整个枕部有震动效果,对颈部肌肉有滚动、松弛按摩的效果。

笔者通过对以上患者治疗时还发现:加强身体锻炼,纠正平时工作和生活中会造成颈部劳损的习惯姿势,经常按摩,转动颈部等辅助治疗手段也是颈椎康复治疗的一个重要环节。

参考文献

- [1] 张钢钢. 实用外治临床大全[M]. 北京:中国国医药科技出版社, 1994:12.
- [2] 董洪涛,李静. 经络穴位经皮给药系统的机理研究[J]. 河北中医药学报,1998,11(04):52-54.

(收稿日期:2008-08-06 责任编辑:曹征)

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。对于有小粗隆骨折者均重建小粗隆的完整性。

3 结果

3.1 疗效标准^[1] 根据术后随访及患者有无疼痛、能否独立行走、髋关节活动及跛行等综合评价。优:无痛,独立行走,髋关节活动正常,无跛行;良:无痛,独立行走,下蹲略受限,轻度跛行;可:轻度疼痛,扶拐杖行走,下蹲困难,明显跛行;差:中、重度疼痛,无法行走,髋关节各方向活动受限。

3.2 随访结果 58例患者随访时间为3~72个月,平均随访时间33.2个月。其中骨牵引组年龄为60~87岁,平均为75.3岁,平均住院时间为69.2天,平均住院费用为11 905元,住院期间出现并发症者9例,其并发症主要为泌尿系感染、肺部感染及糖尿病酮症酸中毒。出现并发症者的平均住院费用为15 616元,出院1年内死亡3例;DHS内固定组的年龄为60~81岁,平均为72.1岁,平均住院时间33.7天,平均住院费用17 003元,无一例出现并发症。骨牵引组优良率43.3%,失败率23.3%;DHS内固定组优良率71.4%,失败率7.1%。

4 讨论

4.1 老年股骨粗隆间骨折的特点 目前认为骨质疏松是引起老年股骨粗隆间骨折的主要原因。随着年龄的增长,松质骨内骨小梁密度逐渐减少,脆性增加,遭受外力后易引起骨折。有人统计当骨密度 $\leq 0.6 \text{ g/cm}^3$ 时,粗隆间骨折尤其是粉碎型的发生率是16.6%,而骨密度 $\geq 1.0 \text{ g/cm}^3$ 时则很少发生骨折^[2]。同时,老年人全身处于衰退状况,部分还合并有各种疾病,因此一旦发生骨折,其身体耐受性明显下降。

4.2 骨牵引治疗 其优点是操作简单,创伤小,费用较手术治疗要少,病人易于接受,但是卧床时间长,并发症多,骨折愈合差,出现髋内翻和关节活动障碍的几率大。在本组病例中其并发症的出现率为30%。因为并发症的出现其治疗费用明显增高,平均较无并发症者高3 711元。随访1年后,有3例患者死亡,其死亡原因为肺部感染、褥疮等引发多器官衰竭。随访结果优良率只有43.3%,失败率高达23.3%。虽然骨牵引治疗的费用较DHS内固定低,但其住院时间长,每日需要人员护理,无形之中增加了患者家庭负担,一旦发生各种并发症,则费用与

DHS内固定无明显差异。因此近年来随着手术器械和手术方法的改进,以及麻醉技术的提高,这种方法使用减少。

4.3 DHS内固定 关于股骨粗隆间骨折的手术治疗方法有多种,DHS是目前临床上治疗股骨粗隆间骨折较常用的内固定物,是根据股骨粗隆部的解剖特点及生物力学原理而设计的^[3]。在治疗老年股骨粗隆间骨折方面有着明显的优势:(1)避免了长期卧床,从而减少长期卧床而产生的并发症。(2)可早期功能锻炼,获得有功能肢体。DHS强度高,集动态与静态加压固定于一体,这使早期功能锻炼成为可能,避免关节僵硬、骨质疏松、肌肉萎缩、血管栓塞等并发症,促使骨折愈合,防止患肢功能丧失。(3)减轻病人痛苦及家属负担。DHS固定避免长期卧床牵引,疼痛迅速缓解,短期内病人可行床上活动,缩短住院时间,减轻家属负担^[4]。本组28例患者平均住院时间33.7天,无一例出现并发症,随访优良率为71.4%,失败率仅7.1%。

DHS内固定治疗股骨粗隆间骨折术前应针对患者的全身状况,予以积极治疗原有疾病,提高患者对手术的耐受性。为防止术后出现股骨头穿孔、头切割、螺钉过度滑动导致患肢短缩及髋关节疼痛,术中应解剖复位,选择角度合适的套筒钢板,滑动髋螺钉应放置在股骨头软骨下约1 cm,股骨颈的中心,侧位上放在股骨头的中心偏后的位置,尽量将移位的小粗隆复位。术后早期进行功能锻炼,对于稳定的股骨粗隆间骨折(I、II型)可早期下床活动,但是不稳定的(III、IV、V型)同时存在骨质疏松者,应待8~12周骨折愈合后方可扶拐下床活动。本组病例中2例随访效果差的,均为不稳定性骨折,不听从医生劝阻过早下床负重引起的。

总之,对于老年股骨粗隆间骨折治疗,除非有严重的心脑血管等疾病不能耐受手术者,应积极行手术治疗,以提高老年患者的生活质量。

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] 侯树勋. 现代创伤骨科学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:107.
- [3] 王福权,骆燕禧,黄公怡,等. 加压滑动髋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.
- [4] 杨寅,柏龙文,姬刚. 加压滑动髋头钉治疗高龄股骨粗隆间骨折28例报告[J]. 陕西医学杂志,2004,33(1):86-87.

(收稿日期:2008-12-17 责任编辑:曹征)