

[文章编号] 1000-2200(2004)06-0549-02

·临床医学·

带斜夹块单侧外固定支架治疗股骨粗隆区骨折

姚小源, 冷志峰

[摘要] 目的: 介绍带斜夹块单侧外固定支架治疗股骨粗隆区骨折的临床经验。方法: 应用带斜夹块单侧外固定支架治疗股骨粗隆区骨折 32 例, I 型 3 例, II 型 5 例, III 型 11 例, IV 型 13 例。均在局部麻醉下, 在电视 X 线机下持续牵引, 进行闭合复位, 经皮穿钉外固定。结果: 随访均超过 1 年, 全部骨性愈合, 无死亡病例和髓内翻发生。结论: 斜夹块单侧外固定支架, 设计合理, 操作简便, 固定牢固, 损伤小, 减少并发症的发生, 是治疗股骨粗隆区骨折较理想的方法。

[关键词] 股骨骨折; 外固定支架

[中国图书资料分类法分类号] R 683.42 [文献标识码] A

股骨粗隆区骨折是老年人的常见病和多发病, 常伴有骨质疏松和各种慢性病, 因此, 应选择对骨折治疗有效、痛苦小、并发症少的治疗方法。我科采用带斜夹块单侧外固定支架治疗股骨粗隆区骨折 32 例, 取得满意疗效, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998 年 10 月~2003 年 3 月, 我科共收治股骨粗隆区骨折 32 例, 男 23 例, 女 9 例; 年龄 53~84 岁。骨折类型: I 型 3 例, II 型 5 例, III 型 11 例, IV 型 13 例。术前均伴有不同程度的内科疾患, 如高血压、冠心病、糖尿病、慢性支气管炎、肺源性心脏病等。

1.2 材料 上海第六人民医院于仲嘉教授研制的带斜夹块单侧外固定支架, 主要由上、下固定夹、万向关节和加压延长器及螺纹钉组成, 上固定夹固定螺纹钉为多条斜形槽与固定纵轴成 45°, 下固定夹多条固定槽与纵轴垂直, 两固定夹通过万向关节与延长器连结, 固定夹可 360° 旋转及沿纵轴 45° 倾斜。

1.3 治疗方法 患者入院后即行患肢皮牵引, 并积极治疗内科疾病。手术均在局麻下进行, 患者平卧在手术台上, 双下肢固定在下肢牵引架上, 患部臀部垫高约 20°, 患肢外展约 30°, 内旋约 15°, 持续牵引, 进行闭合复位, 在电视 X 线机下进行调整至复位满意, 选择好进钉点, 在支架上固定夹的引导下先用 2 根克氏针打入股骨颈作导针, 电视 X 线观察其位置满意后, 拔除克氏针, 选择合适长度的松质骨螺纹钉 2 根拧入, 通过股骨颈至股骨头软骨下约 1.0 cm。保持加压延长器约 1.0 cm 加压延长距离, 用支架选择远端进钉点, 在股骨干中下段外侧拧入 2 根螺纹

钉通过对侧骨皮质, 安装外固定支架, 给断端适当回压后, 保持骨折端复位满意的位置。

1.4 术后治疗 保持患肢外展位, 术后第 2 天让患者坐起, 作股四头肌收缩锻炼, 第 3 天鼓励患者作主、被动屈膝、屈髋活动, 术后 4~6 周后让患者扶双拐下床活动, 患肢负重力量逐渐增大, 定期摄片复查骨折对位及骨折愈合情况。

2 结果

本组 32 例, 随访时间均超过 1 年, 32 例全部骨性愈合。18 例出现上固定钉孔渗液, 4 例钉道轻度感染, 经换药、抗生素治疗后自愈, 无死亡病例及髓内翻的发生。

3 讨论

随着人们寿命的延长, 与年龄有关的股骨粗隆区骨折也日益多见, 此部位血供丰富, 骨折一般易于愈合。传统的骨牵引和各种手术内固定目前仍是治疗股骨粗隆区骨折的主要方法。股骨粗隆区为松质骨, 断端血运良好, 经保守牵引治疗可获得骨性愈合, 但常见髓内翻畸形, 关节功能受限。长期卧床牵引易形成压疮、坠积性肺炎、深静脉血栓、脑梗死等并发症, 是造成髋部骨折死亡的重要并发症^[1]。有统计卧床保守治疗的近期死亡率高达 34.6%^[2], 给患者及家庭带来巨大的负担。

手术内固定的目的是为了达到骨折解剖对位, 使患者早期下地, 减少并发症和降低病死率, 但也存在一些问题, 如麻醉的风险、术中广泛剥离、创伤大、出血多、内固定物可能出现弯曲或折断、局部骨吸收等^[3]。老年患者由于机体代偿应激性差, 手术风险大, 对于有下列情况不宜手术^[4]: (1) 严重心率失常, 代偿性心衰, 半年内心肌梗死, 3 个月内频发性心绞痛; (2) 肺肝肾功能极差; (3) 严重骨质疏松; (4) 糖尿病血糖未能控制者。

[收稿日期] 2004-06-09

[作者单位] 安徽省阜南县人民医院 骨科, 236300

[作者简介] 姚小源(1966-), 男, 安徽阜南县人, 主治医师。

采用斜夹块单侧外固定支架治疗股骨粗隆区骨折具有以下优点: (1) 创伤小, 仅需在局麻下经皮完成操作; (2) 手术持续时间短, 约 40 ~ 60 min, 不需输血; (3) 固定后可以早期调整, 依靠其加压延长装置按需加压, 使骨折端紧密对合, 在骨折临床愈合后, 去除加压延长装置, 使之动力化, 减少应力遮挡, 促进骨折愈合; (4) 复位方便, 固定可靠, 利用外固定支架螺纹钉将骨折部位“锁定”其中, 将骨折连为一体^[5], 因此其抗弯及抗内收力也大大增加, 减少髓内翻的发生。术中及术后应注意: (1) 为防止髓内翻的发生, 闭合复位时尽可能达到解剖对位, 同时术中及术后保持患肢外展位; (2) 拧入螺纹钉尽可能一次成功, 避免多次导致螺纹钉松动; (3) 为了预防术后膝关节活动受限, 术中应充分切开进钉处的阔筋膜,

钝性分离松解螺纹钉穿过的肌肉, 将外固定支架各关节拧紧后, 被动屈伸膝关节检查是否达到正常活动范围; (4) 作好钉道护理, 及时换药包扎, 减少钉道感染的发生; (5) 术后早期主被动活动髌、膝关节, 防止股四头肌萎缩、粘连, 预防关节僵硬。

[参 考 文 献]

- [1] 张宪惠, 金辉清. 髌部损伤合并肺栓塞: 附 6 例报告[J]. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 118 ~ 120.
- [2] 毛宾尧. 髌关节外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 221 ~ 223.
- [3] 陆 勇. 动力髌螺钉治疗股骨粗隆骨折失败原因分析[J]. 骨与关节损伤杂志, 2003, 18(11): 731 ~ 732.
- [4] 王建林, 王超飞, 张建功, 等. 加压滑动鹅头钉治疗股骨粗隆间骨折[J]. 实用骨科杂志, 2000, 6(1): 10 ~ 12.
- [5] 汪 伟, 高质刚. 骨外固定治疗老年髌部骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(4): 274 ~ 276.

[文章编号] 1000-2200(2004)06-0550-02

。临床医学。

经胸超声和 X 线透视引导 Amplatzer 封堵器治疗房间隔缺损

陈名武¹, 陈兰举¹, 潘家华², 赵 武¹, 黄元云³, 宋 伟⁴, 高 杰⁵

[关键词] 心间隔缺损, 房; Amplatzer 封堵器; 超声诊断; X 线
[中国图书资料分类法分类号] R 541.1 [文献标识码] B

经导管成功封堵继发性房间隔缺损 (atrial septal defect, ASD) 的报道已有 25 年, 我国在 1995 年开始引进该技术, 1997 年 Amplatzer 封堵器治疗继发性 ASD 应用于临床^[1], 近 3 ~ 4 年该技术得到广泛发展和应用, 但对病例的选择、操作技术及封堵手术中、手术后并发症等, 还在不断地摸索和总结。日前, 我们用经胸超声 (trans thoracic echocardiography, TTE) 引导 Amplatzer 封堵器闭合双孔型 ASD (II) 1 例获得成功, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者, 男, 14 岁, 体重 37 kg, 身高 1.55 m, 反复晕厥 10 年, 平素在疲劳、劳累后偶有胸闷来我院就诊, 听诊发现心脏杂音。入院查体: 胸骨左缘第 2 ~ 3 肋间可闻及 2/6 级收缩期杂音, P₂ 亢进, 伴固定分裂, P₂ > A₂; EKG: 电轴右偏, 右心室肥厚, aVR 导联 R 波增高, V₁ 导联呈完全性右束支传导阻滞; 胸片示右心室增大, 肺血偏多, 肺动脉段突出; TTE Doppler 观察 (见图 1) 房间隔连续中断, 并见左向右分流, 房间隔中央存在两个缺损, 其周围残端 > 5 mm。诊断: 血管迷走神经性晕厥; 双孔型继发型房间隔缺损。

1.2 方法 在氯胺酮和丙泊酚全麻下, 经皮右侧股静脉穿

刺并肝素化 (125 u/kg), 行常规右心导管术, 测得肺动脉压力 33 mmHg。选择右上肺静脉肝锁位造影, 确定房间隔缺损位置和大小, 排除了部分性肺静脉异位引流; 应用 TTE 多切面扫查, 房间隔中央存在两个缺损, 准确测量 ASD 最大径, 大者最大径为 16 mm, 小者最大径为 7 mm, 选择 Amplatzer ASD 封堵器 (22 mm); 在 TTE 和 X 线透视共同监视下, 将伞送入大孔释放左盘, 腰部撑大大孔, 并挤压靠小孔的间隔, 后释放右盘, 观察两盘边缘正好覆盖小孔, 盘位置稳固且仅有微量或少量的残余分流, 不影响周围邻近的结构, 撤出引导装置, 结束手术。术前 3 天至术后 6 个月给予肠溶阿司匹林 3 ~ 5 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ 口服, 术前 1 天至术后 3 天静脉给予抗生素预防感染。

2 结果

术后听诊杂音消失, 即刻超声显示封堵器形态、位置良好, 有少量的残余分流 (≤ 2 mm), 未对邻近结构产生影响; 术后 24 h 复查超声 (见图 2): 封堵器位置良好, 残余分流消失, 心腔内无血栓形成, 无心内膜炎; X 线观察封堵器的位置及其金属结构无变化。患者在随访中。

3 讨论

ASD 的发病率约占先天性心脏病的 12%, 继发性 ASD 是其最常见类型。既往采用手术治疗; 随着介入心脏病学的发展, 先天性心脏病的介入治疗有了较大的突破, 其疗效与外科手术相当, 封堵成功的关键取决于病例的选择、封堵器型号的确认、置入的确切位置, 而超声心动图术前及术中引导、监视极为重要。传统的介入方法是术前先行经食管

[收稿日期] 2004-06-14

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 1. 儿科, 3. 麻醉科, 4. 超声心动图室, 5. 心导管室, 安徽蚌埠 233004; 2. 安徽省立医院儿科, 安徽合肥 230022

[作者简介] 陈名武 (1967-), 男, 安徽庐江县人, 副主任医师。