

疗老年股骨颈骨折 18 例,无术中、术后死亡病例。

手术注意事项:(1) 切开皮肤皮下脂肪层不用电刀,筋膜要切开充分;(2) 扩髓时紧贴大转子不能用力过大,扩髓适可而止;(3) 小转子不必显露充分,手指触摸即可;(4) 术中尽量不用反复试装,可节省手术时间,加快手术进度;(5) 术后接引流袋不用负压引流;(6) 术前 3 d,术后 10 d 用低分子肝素抗凝,可适当延长抗凝时间,对于有出血倾向的患者慎用抗凝药物;(7) 对于老年患者自身条件允许,充分和家属沟通情况下,尽可能选择手术治疗,这样可减少患者卧床痛苦及并发症,改善生活质量^[5]。

[参 考 文 献]

[1] 杨玉辉,高忠礼,王金城.小切口全髋置换治疗高龄股骨颈骨

折[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(2):110-112.

[2] 塔拉甫汉·库林科,艾尼,王顺伟.人工关节置换术治疗老年性股骨颈骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2009,24(12):1142-1143.

[3] 赵德伟,王卫明,芦健民.改良小切口技术在骨水泥型全髋关节置换术的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2005,20(1):3.

[4] 林吉良.双极股骨头与全髋关节置换治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(2):142-143.

[5] 孟海亮,王坤正,王春生,等.骨水泥与非骨水泥双动头假体治疗老年股骨颈骨折的比较[J].中国组织研究与临床康复,2009,13(22):4231-4236.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)09-0992-03

·临床医学·

闭合复位空心钉内固定治疗股骨颈骨折 40 例疗效分析

洪德胜

[摘要]目的:评价应用空心钉内固定治疗股骨颈骨折的疗效。方法:对 40 例股骨颈骨折的患者应用空心钉内固定,对治疗后股骨颈骨折愈合、股骨头坏死及髋关节功能进行评价。结果:39 例骨折愈合,愈合时间 3~6 个月。1 例骨折不愈合。2 例骨折愈合后 2 年出现股骨头坏死。结论:空心钉内固定治疗股骨颈骨折操作简单、创伤小、骨折愈合率高、髋关节功能恢复理想,是一项较好的治疗措施。

[关键词] 股骨颈骨折;骨折固定术,内;空心钉

[中国图书资料分类法分类号] R 683.42

[文献标识码] A

股骨颈骨折为中老年常见的骨折,随着交通事故的增多及工作复杂性的增加,青壮年股骨颈骨折发生率呈上升趋势^[1]。由于骨折不愈合率及股骨头坏死率较高,所以股骨颈骨折的治疗一直是临床上研究的课题之一。2005 年 4 月至 2010 年 6 月,我们采用闭合复位小切口空心钉内固定治疗新鲜股骨颈骨折,取得满意疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 40 例中男 16 例,女 24 例;年龄 45~75 岁。左侧 21 例,右侧 19 例。车祸伤 16 例,跌伤 18 例,高处坠落伤 6 例。伤后至就诊时间 0.5~144 h。按骨折部位分型:头下型 5 例,头颈型 20 例,经颈型 8 例,基底型 7 例。Garden 分型:I~II 型 18 例,III 型 17 例,IV 型 5 例。合并 Colles 骨折 4 例,肋骨骨折 2 例,合并冠状动脉粥样硬化性心脏

病 4 例,糖尿病 3 例,高血压 5 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 患者入院后即行骨牵引或皮牵引,进行全面系统的体格检查、实验室检查,并对其身体状况进行全面评估,发现伴发疾病后,邀请相关科室会诊协助治疗。糖尿病患者血糖控制在 9 mmol/L 以下,血压控制在 150/90 mmHg 以下,纠正贫血,血红蛋白 >100 g/L。伤前生活自理,能从事家务劳动,半年内无心肌梗死、心力衰竭及严重心律失常。

1.2.2 手术方法 硬膜外麻醉下,患者仰卧位,在 C 型臂 X 线机透视下牵引复位至满意后,由一助手维持骨折对位。要求患肢外展 20°~30°,内旋 30°。常规消毒铺无菌巾。在大转子下切一长约 6 cm 纵形切口,至骨皮质。将一导针置于髋前,在 C 型臂 X 线机透视下调整至适当位置,以确定穿入的进入点和方向。要求大转子部 1 枚导针接近股骨颈上缘(张力骨小梁方向),大转子下 2 枚导针,其中 1 枚接近股骨颈下缘(股骨矩-压力骨小梁方向),3 枚

[收稿日期] 2010-12-28

[作者单位] 安徽省寿县中医院 骨伤科 232200

[作者简介] 洪德胜(1965-),男,副主任医师。

针呈“品”字形排列。正位和蛙式位透视以明确各针在股颈内。3 枚针长度至股骨头软骨下 3 ~ 5 mm, 另用 1 枚等长导针插入刀口平行抵于骨皮质, 其长出部分即是所需空心钉的长度, 因空心钉拧入后会使得骨折断端嵌插或间隙消失, 为防止钉头突出股骨头软骨面, 一般要在此长度上减去 3 ~ 5 mm。将空心钻分别沿 3 枚导针钻至股骨头软骨下 3 ~ 5 mm 处, 顺序自上而下, 以确保颈干角足够大, 防止髓内翻。术毕先进行患髌蛙式位 C 型臂 X 线机透视, 证实侧位情况良好后, 再伸髌 C 型臂 X 线机透视, 正位证实骨折对位及钉子布局、位置良好。

1.2.3 术后处理 术后患足穿“丁字鞋”, 患肢外展 20° ~ 30°, 常规应用 3 ~ 5 d 抗生素以预防感染, 7 d 后逐渐采取半卧位、坐位, 2 ~ 3 个月后扶双拐不负重下地行走, 6 个月后扶单拐至骨折骨性愈合, 其间严禁盘腿、侧卧。平均每月摄 X 线片复查以了解骨折愈合情况, 1 ~ 2 年根据骨折愈合情况取内固定。

2 结果

40 例术后 X 线片示骨折解剖复位 27 例, 近解剖复位 13 例。内固定空心钉位置合理牢固。切口均一期愈合, 未发生切口感染病例, 无下肢深静脉血栓形成及肺栓塞, 无螺钉断裂, 亦无死亡发生。随访 6 个月至 3 年。骨折愈合 39 例, 愈合时间 3 ~ 6 个月, 骨折不愈合 1 例, 2 例骨折愈合后 2 年出现股骨头坏死, 均为 Garden IV 型。根据 Harris 功能评定标准评定, 优 24 例, 良 13 例, 可 1 例, 差 2 例, 优良率 92.5%。

3 讨论

3.1 手术指征 目前条件下, 对中老年股骨颈骨折将内固定治疗作为常用治疗方法之一。只有保存一个功能完好的自身股骨头, 才能参加一定的工作和社会生活, 由于骨质疏松的存在, 内固定对骨质的把持力较弱, 易造成螺钉松动、骨折移位, 但随着生物学技术的发展和内固定技术的不断更新及微创技术的应用, 以及从降低医疗费用的角度考虑, 内固定治疗中老年人股骨颈骨折仍占重要的地位。但是, 对于严重骨质疏松或年龄 > 70 岁的患者, 因骨质疏松明显, 螺钉把持力不够, 最终发生螺钉松动, 骨折移位、骨不愈合及坏死^[1], 我们主张一期行人工关节置换术, 便于患者早期负重活动, 减少全身并发症的发生。但是, 关节置换手术创伤大, 术后恢复慢, 手

术费用高, 随着患者寿命的延长, 其远期并发症越来越明显。关节翻修术虽是解决并发症的一个方法, 但翻修术操作复杂, 创伤大, 术后并发症更多、出现更早。所以采用关节置换应慎重^[2]。

3.2 空心加压螺钉的优点 空心加压螺钉具有断端加压作用, 使骨折端接触更加紧密, 利于骨折愈合; 3 枚螺钉固定具有很高的强度及抗扭转能力^[3]; 手术操作简便, 创伤小; 术后可早期活动, 有效防止骨折并发症的产生。

3.3 治疗时机 早期治疗, 有利于尽快恢复骨折后血管扭曲、受压或痉挛。股骨颈骨折急诊手术 (36 h 以内), 原则上不超过 2 周。但由于患者大多是老年人, 伴发内科疾病多见, 故入院后大多需进行骨牵引以纠正扭曲受压的血管, 尽可能对骨折进行复位, 同时对患者进行全面的体检与评估^[4], 术前充分的手术耐受评估是取得手术成功的关键, 也是降低老年人手术风险的重要环节之一, 其重要性甚至大于对其治疗方法的选择。由于老年人各器官功能退化, 生理代偿及应激调节能力下降, 尤其是高血压和糖尿病患者, 术前必须控制血压在正常或接近正常水平, 血糖在 9 mmol/L 以下。一般手术时间安排在入院后 5 ~ 10 d。本组病例未超过 12 d。

3.4 切口指征 最好在大转子下切口, 一般皮肤切口越小创伤越小, 尽量选择小切口, 但不能一味追求皮肤切口小导致进钉点显露不良, 影响进钉的正确定位及方向^[5]。因为只有一定的切口显露才能准确地掌握好进钉点及 3 枚钉间的相互关系, 形成所谓“品”字固定, 只要股颈上缘的拉力钉和股骨矩缘的压力钉位置良好, 也不必刻意强求“品”字固定, 不过 3 枚螺钉要有足够的距离, 以便各钉能发挥更好的效应。

3.5 注意事项 和其他部位骨折的治疗特点一样, 复位越理想, 骨折愈合愈好, 疗效愈好。股骨颈骨折实行加压空心钉内固定术后 3 个月内, 牢记并坚持“不盘腿、不侧卧、不负重”的原则。术后第 2 天嘱患者进行患肢股四头肌舒缩锻炼, 7 d 开始患肢无痛范围内的功能训练, 防止下肢深静脉血栓形成、骨质疏松、关节粘连, 促进骨折愈合。1 ~ 2 周后可让患者逐渐坐起, 并在坐姿下功能锻炼。直至 3 个月或更长时间经摄 X 线片证实骨折线模糊甚至消失, 可让患者扶拐逐步负重行走至弃拐为止。在此期间严密观察病情, 一旦出现患髌不适应及时就诊, 摄 X 线片检查。发现问题及时处理, 并对患者功能锻炼进行正确的、科学的指导, 使患者早日康复。

[参 考 文 献]

- [1] 刘杰, 刘小虎, 朱杉, 等. 带蒂骨瓣移植治疗中青年股骨颈骨折 17 例[J]. 蚌埠医学院学报 2009, 34(3): 240-241.
- [2] 金伟, 盖铭文, 刘学刚, 等. 手法整复空心钉固定治疗股骨颈骨折[J]. 中医正骨 2009, 21(2): 34-35.
- [3] 李海音, 孙永强, 田梦, 等. 人工股骨头置换后全髋关节翻修 20 例[J]. 中医正骨 2010, 22(2): 69-70.
- [4] 艾克拜尔·尤努斯, 阿斯卡尔·买买提明, 曹力, 等. 老年人股骨近端骨折术前全身状况评估的意义[J]. 中国骨与关节损伤杂志 2007, 22(5): 410-411.
- [5] 霍华春, 祝文刚, 王炳军, 等. 微创理念手术治疗老年股骨近端骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志 2008, 23(5): 431-432.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)09-0994-03

· 临床医学 ·

罗格列酮治疗 2 型糖尿病伴原发性高血压疗效观察

武 文

[摘要]目的:观察罗格列酮治疗 2 型糖尿病伴原发性高血压的临床疗效。方法:将 80 例 2 型糖尿病伴原发性高血压患者随机均分为对照组和治疗组,对照组给予二甲双胍、贝那普利、阿司匹林治疗,治疗组在对照组治疗基础上口服罗格列酮,疗程均为 3 个月。观察 2 组患者治疗前后血压、空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、空腹血浆胰岛素(FINS)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)的变化。结果:治疗后 2 组收缩压、舒张压、FPG、2 hPG、HbA1c、FINS、TG 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:罗格列酮在与二甲双胍产生协同作用明显降低血糖水平、改善胰岛素抵抗的同时,还可以降低患者血压,从而使 2 型糖尿病合并高血压患者的血糖和血压同时得到更好的控制。

[关键词] 糖尿病; 高血压; 罗格列酮

[中国图书资料分类法分类号] R 587.1; R 977.15

[文献标识码] A

糖尿病心血管病变是 2 型糖尿病死亡的主要原因之一。国外有报道^[1]使用胰岛素增敏剂噻唑烷二酮类药物治疗 2 型糖尿病,伴随血浆胰岛素水平降低和外周组织胰岛素敏感性的改善,患者的血压也明显降低。为进一步探讨该类药物的治疗效果,我院应用罗格列酮治疗 2 型糖尿病伴原发性高血压 40 例,并与传统治疗方法进行对比,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2009 年 1 月,在我院治疗的 2 型糖尿病合并高血压患者 80 例,其中男 49 例,女 31 例;年龄 35~76 岁。诊断标准:患者均符合 1999 年 WHO 的糖尿病诊断标准和 1999 年 WHO 以及国际高血压学会的高血压诊断标准。排除标准:(1)有严重的心脏病患者;(2)继发性、恶性及急进性高血压;(3)近 1 年内有酮症或其他应激情况发生者;(4)孕妇或哺乳期妇女;(5)除阿司匹林外合并使用其他抗凝药物者;(6)噻唑烷二酮类药物过敏者。

1.2 方法 80 例患者随机分成对照组 40 例,男 23 例,女 17 例,年龄 44~72 岁,糖尿病病程 3~18 年;治疗组 40 例,男 26 例,女 14 例,年龄 35~76 岁,糖尿病病程 4~21 年。治疗方法:对照组给予二甲双胍 2 000 mg/d,贝那普利 10~20 mg/d,阿司匹林 100 mg/d,饭后服用。治疗组在对照组治疗基础上口服罗格列酮,每天每次 4 mg。2 组疗程均为 3 个月。

1.3 观察指标 观察 80 例治疗前后血压(BP)、空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、空腹血浆胰岛素(FINS)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)的变化。血糖测定采用葡萄糖氧化酶法,HbA1c 测定采用美国 Bio-Rad 公司测定仪低压液相法,FINS 水平测定采用放免法。

1.4 统计学方法 采用 t 检验。

2 结果

治疗后对照组 FPG、2hPG、HbA1c 差异均有统计学意义($P < 0.01$);罗格列酮治疗 3 个月后治疗组患者收缩压、舒张压、FPG、2hPG、HbA1c、FINS、TC、TG、HDL-C、LDL-C 的差异均有统计学意义($P <$

[收稿日期] 2009-08-05

[作者单位] 兰州军区乌鲁木齐总医院 内分泌科,新疆 乌鲁木齐 830000

[作者简介] 武文(1969-),女,主治医师。