

律不齐或急性肾衰时,此时肢体神经、肌肉已大量坏死,往往要截肢才能保护患者生命。

3.2.2 手术治疗是预防并发症的前提 早期切开复位内固定治疗,可清理骨折端陈旧积血,减少筋膜室内内容物,同时有效减少骨折端的出血,从内部接触室内压增高问题,达到减压目的,同时又是防止患肢肿胀加重和再损伤最有效的措施。钢板内固定方便术后护理,减轻病人痛苦,利于早期功能锻炼。有文献报道一期切开复位锁定钢板内固定是胫腓骨下段粉碎性骨折切实可行的治疗方法,其最大优点是早期恢复患肢功能^[4],骨筋膜室综合征早期行切开减压、复位内固定值得在临床上推广^[5];早期骨筋膜室切开减压、二期切开复位钢板螺钉内固定治疗合并骨筋膜室综合征的胫骨平台骨折术后疗效满意,但存在关节疼痛、僵硬和切口并发症^[6]。

3.2.3 创面的处理是术后的重点 应用预置拉拢缝合合法等延期直接闭合骨筋膜室减张切口方法简便快捷,病程短、费用低,避免了游离植皮手术,对美观影响小,但在拉拢牵张过程中缝线切割皮肤,会产生疼痛不适。封闭式负压吸引治疗四肢骨筋膜室综合征操作简单、恢复快、效果好,是一种较好的治疗方法^[7],同时又最大限度地修复创面,减少感染的发生率,促进骨折愈合^[8],但是 VSD 治疗费用高,不利于患者的活动和创面止血。传统敞开引流无菌敷料覆盖,二期缝合,操作更简单、更快捷,病程短,费用更低,避免了植皮、缝线切割皮肤等痛苦,对美观影响小,其价格低廉,适用于基层医院的推广^[9-10]。本病例 39 例患者一期缝合减张伤口,15 例患肢消肿二期缝合减张伤口,甲级愈合,获得良好的效果。

4 结论

多数基层医院能够第一时间接诊骨折的病人,能及时发现和处理骨筋膜室综合征。多年经验总结,我们认为,胫腓骨闭合性骨折并小腿骨筋膜室综合征诊治关键是早期诊断、早期切开复位内固定和骨筋膜室减张,利于早期功能锻炼和护理,利于患肢消肿和功能恢复,二期缝合减张伤口,减少患者经济负担,术后无并发症,值得推广。

参考文献:

- [1] 汪建国,程鹏,王坚,等.小腿骨折术后并发骨筋膜室综合征临床分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(7):639-640.
- [2] 赵春安,张蒲.胫骨干骨折急诊交锁髓内钉内固定并发骨筋膜室综合征 10 例报告[J].福建医药杂志,2000,22(2):4-5.
- [3] 王祖斌,何少生,苏新雄.胫腓骨骨折与急性筋膜间隔综合征 9 例治疗体会[J].按摩与康复医学,2011,2(20):108.
- [4] 丛云海,王世坤,史宗新,等.锁定钢板内固定治疗胫腓骨下段粉碎性骨折[J].中国现代医生,2010(11):21-22.
- [5] 吴慧敏,唐华,刘治,等.胫骨平台骨折并发骨筋膜室综合征的早期处理:切开减压,复位内固定及 VSD[J].中国现代手术学杂志,2012,16(005):365-368.
- [6] 侯永洋,庞施义,徐亚斌,等.胫骨平台骨折合并筋膜间室综合征的手术治疗体会[J].中国医学创新,2011,8(29):112-114.
- [7] 陶忠生,冯亚高,刘玉林,等.封闭式负压吸引联合钢丝减张缝合技术治疗四肢骨筋膜室综合征[J].实用手外科杂志,2013,27(1):85-86.
- [8] 李立东,陈志刚,林俊安.外固定支架结合 VSD 治疗开放性胫骨骨折 29 例[J].右江民族医学院学报,2012,34(6):787-788.
- [9] 时国华,汤勇,徐云钦,等.三种创面处理方法治疗胫腓骨骨折合并骨筋膜室综合征临床疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(6):534-536.
- [10] 李新忠,胡德炜,宋勇,等.改良网状小切口减压在胫腓骨骨折并骨筋膜室综合征中的应用[J].中国医学创新,2013,10(35):47-48.

收稿日期:2014-03-24;修回日期:2014-05-13

髌关节置换与内固定治疗老年不稳定型 转子间骨折的临床疗效比较

林作华,黄志伟,黄海波

(广东省江门市蓬江区白石正骨医院创伤骨科,广东 江门 529030)

E-mail:181013798@qq.com)

摘要:目的 观察髌关节置换与内固定治疗老年不稳定型转子间骨折的临床疗效,并探讨临床适应证,提高老年不稳定型转子间骨折的合理性。**方法** 选择本院 2010 年 1 月~2012 年 12 月收治的 60 例老年不稳定型转子间骨折患者按治疗方法不同随机分为髌关节置换组 30 例与内固定组 30 例,髌关节置换组患者实施髌关节置换,内固定组实施内固定治疗(动力髌螺钉 DHS、动力髌螺钉 DCS、空心螺钉、解剖锁定钢板),记录两组患者手术时间、下床时间、住院时间,计算术中出血量,观察术后并发症发生情况,进行髌关节 Harris 评分,评判髌关节功能恢复疗效,所有患者均随访 12 个月,进行两组患者上述观察指标的统计学分析。**结果** ①髌关节置换组、内固定组的髌关节功能恢复优良率差异具有统计学意义;②对髌关节置换组与内固定组术中出血量、下床时间、Harris 评分、术后并发症进行比较,差异具有统计学意义(P 均 <0.05)。**结论** 髌关节置换治疗老年不稳定型转子间骨折的术后功能恢复快,卧床时间短,短期效果好,短期并发症发生率低,年龄 >75 岁且伴严重骨质疏松,宜选择髌关节置换术治疗;内固定治疗创伤小、术中出血量少,年龄 <75 岁且无严重合并症,宜选用切开复位内固定术治疗。

关键词: 不稳定型转子间骨折;老年人;髌关节置换;内固定;疗效;并发症

中图分类号: R687.3

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)03-0392-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.037

股骨转子间骨折是骨科的常见病,主要骨折部位在粗隆间骨折、大粗隆骨折和小粗隆骨折等,占髋部骨折的31%~51%^[1],老年患者是股骨转子间骨折高发人群,主要与老年患者多伴有不同程度的骨质疏松有关。老年股骨转子间骨折治疗是骨科临床医师面对一个难题,临床预后较差,其影响因素为老龄化、伴有基础疾病、术前贫血、长期卧床、伤前生活自理能力差等^[2-3],筛选一种骨折复位良好、创伤小、卧床时间短、术后并发症小的治疗方法是每个骨科医生关注的重要课题。手术内固定治疗代替传统保守治疗能够改善复位效果,降低关节僵硬、骨骼肌萎缩、畸形愈合或不愈合等并发症,降低死亡率^[4],但同时内固定治疗不稳定型转子间骨折因内固定的把持力和支撑力不足,易引起内固定松动、脱出、股骨头颈切割等并发症^[5]。髋关节置换治疗能够利于患者早日下床活动,大大降低长期卧床导致并发症,不存在骨折愈合问题及避免二次手术,在临床应用益加广泛,但该方法一直存在着较大的争议,特别是对远期疗效的担忧^[6]。本文旨在观察髋关节置换与内固定治疗老年不稳定型转子间骨折的临床疗效,并探讨临床适应证,提高老年不稳定型转子间骨折的合理性,现将结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2010年1月~2012年12月收治的60例老年不稳定型转子间骨折患者作为实验对象,按治疗方法不同随机分为髋关节置换组30例与内固定组30例,髋关节置换组男12例(40.00%),女18例(60.00%),年龄为60~85(76.6±3.5)岁,Evans-Jensen分型Ⅲ型4例(13.33%),Ⅳ型8例(26.67%),Ⅴ型14例(43.67%),R型4例(13.33%),合并其他内科系统疾病25例(83.33%),内固定组中男14例(43.67%),女16例(56.33%),年龄为60~85(77.2±4.6)岁,Evans-Jensen分型Ⅲ型4例(13.33%),Ⅳ型7例(23.33%),Ⅴ型15例(50.00%),R型4例(13.33%),合并其他内科系统疾病27例(90.00%),两组患者一般资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 病例入选标准 ①符合不稳定型转子间骨折的诊断标准,伴有骨质疏松;②骨折原因跌倒受伤;③患者知情同意,愿意配合治疗与检查。

1.3 治疗方法 髋关节置换组患者实施髋关节置换,内固定组实施内固定治疗(动力髋螺钉DHS、动力髌螺钉DCS、空心螺钉、解剖锁定钢板)。入院后行患侧下肢骨牵引或皮肤牵引,了

解患者伤前病情,做好各种辅助及影像学检查,并给予对症治疗,防治内科疾病,做好术前准备,评估患者的手术耐受力,满足手术要求的综合体质,术前预防性地给予抗生素,使在手术期间身体内达到最大的药物浓度,所有患者均行腰硬联合麻醉或插管全麻,髋关节置换组行全髋关节置换或人工股骨头置换,取对侧卧位,髋关节后外侧切口,在小转子上方截断股骨颈取出股骨头,复位骨折,用钢丝捆绑固定骨折块并加以保护,扩髓、修凿骨髓腔并冲洗髓腔,置入人工股骨头,止血后以第二代骨水泥技术充填骨水泥、置入股骨假体柄,行全髋关节置换者应先处理髋臼,然后置入髋臼假体杯,顶压固定。内固定组行DHS内固定、DCS内固定、空心螺钉内固定、解剖锁定钢板内固定,取股骨大转子外侧为切口,使用牵引架持续牵引下将患肢骨折复位及内固定。两组患者术后进行一般性治疗与抗骨质疏松治疗。

1.4 观察指标 记录两组患者手术时间、下床时间、住院时间,计算术中出血量,观察术后并发症发生情况,进行髋关节Harris评分,根据Harris评分评定髋关节功能恢复情况,分为优、良、可、差。

1.5 统计学方法 将数据录入SPSS 17.0进行统计分析,计数资料以率表示,进行 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 髋关节功能恢复疗效比较 髋关节置换组、内固定组的髋关节功能恢复优良率分别为93.33%(28/30)和73.33%(22/30),差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.32, P = 0.038$),结果见表1。

表1 术后12个月两组患者髋关节功能恢复疗效

组别	<i>n</i>	优	良	可	差	优良率(%)
髋关节置换组	30	27	1	2	0	93.33
内固定组	30	16	6	5	3	73.33

2.2 两组患者观察指标比较 髋关节置换组与内固定组术后并发症发生率分别为20.00%(6/30)和56.67%(17/30),差异有统计学意义($\chi^2 = 8.531, P = 0.003$)。两组术中出血量、下床时间、Harris评分差异具有统计学意义(P 均 < 0.05),手术时间、住院时间差异无统计学意义(P 均 > 0.05),结果见表2。

表2 两组观察指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	下床时间 (d)	住院时间 (d)	Harris评分 (分)
髋关节置换组	30	122.6±37.3	651.6±313.2	6.9±0.9	17.7±3.5	89.3±14.6
内固定组	30	142.9±53.2	383.3±215.3	11.3±6.5	18.4±3.4	70.5±11.7
<i>t</i>		1.711	3.867	3.673	0.786	5.504
<i>P</i>		0.092	<0.001	<0.001	0.435	<0.001

3 讨论

老年不稳定型转子间骨折具有其自身特点,如年龄大、合并症多、身体免疫力低、创伤暴力小、骨质疏松严重等临床特点,容易出现脑血管病、褥疮、感染、呼吸衰竭、下肢血栓等并发症,恢复关节功能锻炼时间较长,关节功能恢复速度慢,上述临床特点决定了治疗的治疗要求,传统保守治疗临床疗效较差,且卧床时间多高达6~8周,多数患者无法耐受,早期手术的观念已被广泛临床医师所接受,治疗的关键是尽快减轻骨折引起的疼痛,恢复股骨矩的完整,最好能在48h内手术,保证骨折良好的复位及牢固有效的骨折固定,尽早恢复关节活动负重功能,争取达到生活自理,避免长期卧床引发的并发症^[6]。

本文结果显示,髋关节置换治疗老年不稳定型转子间骨折

的术后功能恢复效果优于内固定组,术后12个月髋关节功能恢复优良率提高20%,髋关节置换组出血量高于内固定组,这是由于关节置换的手术显露术野大,剥离较多周围组织,骨髓腔内扩髓,出血广泛,总出血量大,因而应做好术前备血、凝血功能检查、止血措施;手术时间短于内固定组,主要是由于术中显露范围有限、部分粉碎骨折块复位困难及医生手术技术熟练程度有关,随着手术技术不断成熟,手术时间将越来越短,下床时间短于内固定组,这是由于关节置换患者无需考虑骨折愈合时间,可早期下地负重活动,降低长期卧床引发褥疮、肺炎、肌肉萎缩等并发症发生率。Harris评分高于内固定组,术后并发症发生率明显低于内固定组,内固定治疗的患者术后卧床时间明显延长,肢体活动受限,且老年患者多伴有明显骨质疏松,

很难达到坚强的内固定,易引起术后内固定物切割股骨头失效,关节功能丧失,增加相关卧床并发症发生率。有报道在不稳定的转子间骨折中,内固定的失败率高达16%^[7]。正确估计及处理这些疾病是手术成功的前提,手术时机的选择是影响手术成功的重要因素,术前应在常规检查,包括胸透、心电图、肝肾功能、血糖等,评估手术风险及手术耐受性,再根据老年患者的特点,选择手术类型。对于新鲜老年股骨转子间骨折,术前没有髌部疼痛症状,无股骨头缺血性坏死或髌臼发育不良,髌臼关节软骨良好的患者可行人工双极头置换术;对于髌臼软骨退变,人工双极股骨头置换术效果较差的患者可行人工全髌置换^[8]。

综上所述,老年股骨转子间骨折患者,年龄较大>75岁且伴严重骨质疏松,无法耐受长期卧床,追求早期下地活动,内固定失败者者宜早期行双极人工股骨头置换术,尽早下地功能锻炼,治疗时间短,病人恢复快,可明显提高老年人生活质量^[9];内固定治疗创伤小、术中出血量少,年龄<75岁且无严重合并症,能耐受卧床的患者宜选用切开复位内固定术治疗。

参考文献:

- [1] 洪云飞,康智,王琦,等.老年人股骨转子间骨折内固定手术术前评估及术后并发症原因分析[J].中原医刊,2006,33(5):13-14.
- [2] 薛华明,杨安礼,蔡珉巍,等.成人股骨粗隆间骨折髌关节功能恢复多因素分析[J].中国矫形外科杂志,2007,15

(4):265-267.

- [3] 黄锐,梅继文,王宇.影响股骨粗隆间骨折髌关节功能的多因素分析[J].中国医药导报,2009,10(34):34-35.
- [4] Kyle KF, Gustilo RB, Premer RF. Analysis of six hundred and twenty-two intertrochanteric hip fractures [J]. J Bone Joint Surg, 1979,61(2):216-221.
- [5] Kim WY, Han CH, Park JI. Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis [J]. International Orthopaedics (SICOT), 2001, 25 (6): 360-362.
- [6] 贺建军,葛建忠.股骨转子间骨折10年国际发展趋势[J].中国组织工程研究,2012,16(22):4151-4158.
- [7] Gundh R, Gardan NF, Simpson A. How to minimize failure of fixation of unstable intertrochanteric fractures [J]. Injury, 1995,9:611-614.
- [8] 龙树明,吴术红,刘毅,等.人工股骨头置换治疗老年不稳定性股骨粗隆间骨折[J].实用临床医学,2006,7(4):57-59.
- [9] 韦红戈,马振强,曾茂忠,等.双极人工股骨头置换术治疗高龄股骨转子间骨折28例报告[J].右江民族医学院学报,2009,31(4):637-638.

收稿日期:2014-03-14;修回日期:2014-03-28

股骨近端解剖型锁定钢板内固定治疗老年 股骨粗隆间骨折41例疗效观察

杨宏

(广西玉林市骨科医院,广西 玉林 537000 E-mail: yhongygy@163.com)

摘要:目的 观察股骨近端解剖型锁定钢板内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的临床效果。方法 回顾性分析2010年2月~2013年5月我院收治并采用股骨近端解剖型锁定钢板内固定治疗的41例老年股骨粗隆间骨折患者临床资料。结果 术后切口均一期愈合,无死亡病例,平均随访12个月,所有患者骨折均获得骨性愈合,平均愈合时间为(3.6±0.5)月;术后髌关节功能Harris评分优良率为95.12%(39/41),至末次随访时均未出现内固定松动、脱出、断钉或钢板断裂以及下肢畸形、髌内翻等严重并发症。结论 股骨近端解剖型锁定钢板治疗老年股骨粗隆间骨折疗效确切,具有操作简单、创伤小、内固定牢靠、可早期功能锻炼等优点,有利于骨折的愈合,具有较高的临床推广价值。

关键词: 股骨粗隆间骨折;老年人;股骨近端解剖型锁定钢板;骨折固定术,内

中图分类号: R683.421 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0394-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.038

股骨粗隆间骨折是临床常见的骨折类型,多发于骨质疏松的老年人,低能量下即可造成该骨折创伤,且多为粉碎性不稳定骨折。资料统计显示股骨粗隆间骨折患者保守治疗死亡率为手术治疗的4.5倍^[1],因此多数学者主张该类患者应行手术治疗,以获得早期功能锻炼、减少并发症、降低病死率,尽管目前的手术方法很多,但疗效仍不能令人完全满意^[2]。本文回顾性分析我们采用股骨近端解剖型锁定钢板内固定治疗的41例老年股骨粗隆间骨折患者临床资料,并报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2010年2月~2013年5月我院收治的41例老年股骨粗隆间骨折患者,男性25例,女性16例;年龄61~87岁,平均(72.5±4.2)岁,其中<70岁21例,70~80岁12

例,>80岁8例;致伤原因:车祸伤14例,跌摔伤23例,高处坠落伤4例;伤后至手术时间为2~7d,平均(4.6±0.8)d;按Evans-Jensen^[3]进行骨折分型:I型5例,II型15例,III型11例,IV型8例,V型2例;合并有高血压29例,糖尿病13例,呼吸系统疾病9例,骨质疏松28例。

1.2 手术治疗 所有患者入院后均给予患侧皮肤牵引或骨牵引,合并基础疾病者联合科室会诊进行对症、支持治疗,患者身体状况平稳后进行手术治疗。麻醉方式为连续硬膜外麻醉或全麻,常规消毒铺巾,患者体位取平卧位固定于骨科牵引床上,C形臂X线机透视下先行骨折闭合复位。取股骨大粗隆外侧向下4~6cm纵形切口,依次切开后暴露股骨近端外侧及大粗隆,直视下以撬拨和手法推压进行复位,满意后用克氏针临