维普资讯 http://www.cqvip.com

28例股骨下端骨折内固定物的选择

Selection of internal fixation methods in treatment of fracture in distal part of femur in 28 cases

钟朝林,曾祥聪 (叙永县人民医院骨科,四川 叙永 646400)

[关键词] 股骨下段;骨折;内固定;手术
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0261-02

股骨下端骨折因其特殊的解剖位置和特点,可分为股骨髁上骨折、双髁骨折、单髁骨折和股骨下端骨骺分离[1]。治疗方法虽多,但疗效并不满意。我院从2002年5月至2008年3月共收治股骨下端骨折28例,分别使用股骨下段解剖钢板、动力髁部螺钉、逆行交锁钉进行治疗,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者28例,男23例,女5例;年龄18~60岁,平均35岁。左侧股骨下端骨折10例,右侧股骨下端骨折18例。受伤原因:交通事故伤15例,矿山事故伤10例,高处跌落伤3例。28例中闭合伤25例,开放伤3例,均为粉碎性骨折。合并脑挫裂伤1例,合并对侧下肢骨折2例,上肢骨折2例,肋骨骨折1例,侧副韧带损伤1例,无血管、神经损伤。按AO分类法[2]:A型15例(A1型1例、A2型8例、A3型6例),B型8例(B1型2例、B2型3例、B3型3例),C型5例(C1型3例、C2型1例、C3型1例)。

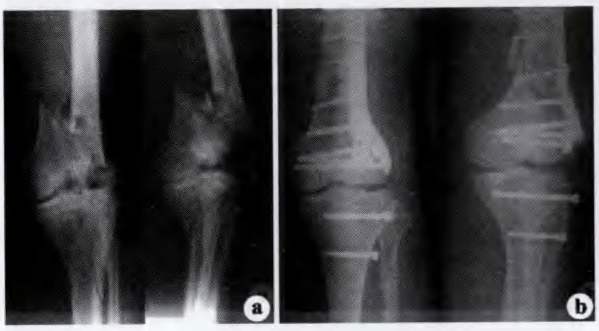
1.2 手术方法

受伤当日急诊手术者3例,均为创口较大,骨外露污染不重的病例。1周内手术者17例,1~2周内手术者8例。根据不同骨折类型采用不同内固定物,股骨下端解剖钢板15例,动力髁部螺钉11例,逆行交锁钉2例。取膝正中切口,髓内钉进针点在髁间窝后交叉韧带起点前方处,配套瞄准器使远近端锁钉安装准确,其暴露充分,复位效果满意。28例中加用松质骨螺钉、空心螺钉、克氏针者10例,同时行植骨修复者5例。术后为预防股四头肌粘连及膝关节感染,常规放置负压引流,术后引流量每日少于30 mL,术后24~72 h拔管,术前、术后预防性应用抗生素。

2 结果

本组股骨下端骨折28例经采用不同内固定物手术治疗,术后6~24个月随访(平均12个月),术后1周内复片显示骨折达到或接近解剖复位者25例(图1)。28例全部骨性愈合,平均5个月。按Merchan功能评定标准判定疗效:优15例,良11例,可1例,差1例。优良率92%。早期使用CMP机功能锻炼,3个月开始负重锻炼。

[收稿日期] 2008-04-10 [修回日期] 2008-05-06



a:术前;b:术后

图1 股骨远端骨折X光片(病例之一)

3 讨论

股骨下端骨折多由高能量损伤所致,骨折多呈粉碎性,并累及关节面,由于损伤严重及部分患者合并骨质疏松,保守治疗难以达到解剖复位,效果不满意。股骨下端骨折的非手术治疗常需6~8周骨牵引,然后再改用管型石膏或肢具固定,难以达到解剖复位,即使骨性愈合,功能锻炼需较长时间,不少病例遗留畸形愈合以及膝关节僵硬。所以骨折准确复位固定和膝关节功能最大限度恢复成为治疗的关键[2-4]。过去使用的内固定物(如Ender钉、Lickel钉和AO/ASIF角钢板和L型钢板),对骨折断端均无加压作用,强度低且固定不牢,尤在松质骨中难以维持,不能早期活动关节,而难以达到骨折按期愈合和膝关节功能恢复治疗目的,未被多数学者接受[4]。因此,解剖复位骨折断端,有效确切的内固定方法,是获得膝关节功能最佳康复的先决条件。作者认为切开复位后采用股骨下段解剖钢板、动力髁螺钉、逆行交锁钉是目前治疗股骨下端复杂骨折较理想的内固定材料。

本组病例由于严重粉碎骨折、有较大骨缺损或骨折疏松,如A3型、C2型、C3型骨折在内固定的同时,采用自体骨加上异体骨行植骨处理,恢复对位对线8例,全部获得骨性愈合。A型骨折由于没有累及关节面,股骨下段解剖板、动力髁螺钉、逆行交锁钉都是非常适用的内固定物,但以动力髁螺钉、逆行交锁钉较常用。B型骨折以股骨下端解剖板为主,有时可采用单纯简单的松质骨螺钉、空心加压钉固定。C型骨折因呈粉碎型,内外髁均可发生分离,并与股骨下端失去连续性,治疗首先固定内外髁,将复杂C型髁间骨折变为A型髁上骨折,然后分别采用上述3种不同内固定物。C1、C2型远端Y型骨折采用

维普资讯 http://www.cqvip.com

克氏针临时固定后,以松质骨螺钉、空心钉分别将骨折块复位固定,稳定骨折垂直髁间部位,然后再用股骨下段解剖板内固定2例,逆行交锁钉固定1例,动力髁螺钉固定1例,优良率达89%以上。C3型骨折采用股骨下段解剖板,此板厚而坚固,又分左右型,能承受较大应力,配合松质骨螺钉、空心钉及植骨可达到满意的治疗效果。根据不同骨折类型选择上述3种不同内固定物,动力髁螺钉、逆行交锁钉在治疗A、B、C1型骨折优于解剖板,股骨下段解剖板适用于所有A、B、C各型骨折,特别在治疗C2、C3型骨折中优于其它两种内固定物。

[参考文献]

[1] 曹伟峰,贾文勇.股骨远端逆锁髓内钉治疗股骨远段粉碎性骨折体会[J].局解手术学杂志,2006,15(6):393.
[2] 徐莘香,刘 一,王锡山,等."L"型加压钢板治疗股骨髁上骨折及其力学原理[J].骨与关节损伤杂志,1996,11(1):2-5.
[3] 阎 斌.AO动力髁螺钉系统内固定治疗股骨粗隆部骨折[J].局解手术学杂志,2005,14(5):321.
[4] 李文松,郝义法.AO异形钢板内固定治疗股骨髁间骨折46例体会[J].中国实用医药,2007,2(33):89-90.

(编辑:郭光金)

老年患者拔牙的临床分析

Clinical analysis of exelcymosis in aged patients

黄庆江,王 颖 (新疆乌什县人民医院五官科,新疆 乌什 843400)

[关键词] 拔牙术;老年;临床分析
[中图分类号] R782.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0262-01

牙齿拔除是口腔常见的治疗方法,但老年人由于心脏病、高血压、糖尿病、呼吸系统疾病的发病率明显升高。因此,增加手术安全性的必要措施尤为重要[1]。我院自2004年1月至2007年12月,共收治了300例老年患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组300例老年患者中,男性127例,女性173例,60~69岁255例,70~80岁45例。龋病(残根、残冠)180例,牙周病110例,慢性根尖周炎颏下瘘管10例,合并心脏病95例,高血压病110例,糖尿病80例,呼吸系统疾病15例。

1.2 治疗方法

患者取坐位,2%利多卡因注射液(不含肾上腺素)分别给予神经阻滞麻及局麻。在无痛下用牙钳或牙挺,将患牙拔除,骨凿去除过高的牙槽纵隔及过高的骨尖,刮匙刮净牙槽窝内的肉芽组织、骨块或牙齿碎片,然后行牙槽骨复位,最后进行缝扎止血,有皮肤外瘘管的拔除患牙后,刮净牙槽窝内肉芽组织及搔刮瘘管上皮组织,给予瘘管内放入少许复方碘液,腐蚀瘘管上皮,促进愈合。

2 结果

本组300例中有2例拔牙术后出血不止,行彻底清理牙槽窝,用带有少许碘伏的明胶海绵放于牙槽窝内并缝扎,同时应用止血药物后出血停止。其余298例手术顺利完成。全部患者5~7 d后创面愈合,均未发生感染和其他严重并发症。

3 讨论

老年拔牙患者要严格掌握拔牙的适应证、禁忌证,采取不同于青壮年人的措施,充分了解患者全身状况及病情进展,实施恰当的心理治疗,使之产生一种信任感,从而达到安全有效的治疗。老年人麻药首选2%利多卡因注射液,经临床证明其效果满意,而且对高血压及心脏病人无不良影响,又能抗室性心律失常,作用快,副作用小,维持时间长,但不能使用含肾上腺素麻醉药物。在注射麻药时,回吸确认无回血,才能缓慢注射,防止麻药误入血管,产生严重的毒性反应而危及生命。对于高血压患者术前血压应控制在150/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)时方可拔牙,但术前要用镇静药物,如鲁米那片0.06 g,一次口服。冠心病合并高血压患者,术前半小时可咬碎后舌下含服硝苯地平片10~20 mg或维拉帕米片40~80 mg。糖尿病人空腹血糖在8.8 mmol/L以下时,方可拔牙[2]。术后必须应用抗生素控制感染,风心病及有瓣膜病患者,术前预防性使用抗生素,术后继续用药2~3 d。长期服用抗凝血药物治疗的患者,拔牙时不停药,但要注意术后出血问题,术中仔细止血,局部冷敷,牙槽窝内放置带碘伏的明胶海绵缝扎止血。身体状况良好的患者,一次拔除多个牙比多次拔牙危险性小且安全,但不能盲目的拔牙而增加病人痛苦。

[参考文献]

[1] 唱润秋,鲁明英.42例急性冠周炎期拔牙临床体会[J].局解手术学杂志,2005,14(3):200-201.
[2] 李芳华,聂明华.对老年患者实施拔牙术的临床分析[J].中国初级卫生保健,2007,21(2):82-83.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2008-04-17 [修回日期] 2008-06-09