

DHS 治疗股骨粗隆间骨折的并发症及预防

牛军涛,王 飞,褚尤彪,吴继明

(解放军第454医院骨科,江苏南京 210002)

[关键词] 股骨粗隆间骨折;动力髋螺钉;内固定;并发症

中图分类号: R683.42 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0132-02

股骨粗隆间骨折是老年人常见损伤,骨折后极少不愈合,但易发生髋内翻等并发症^[1]。1999年10月至2007年4月共收治股骨粗隆间骨折177例,使用动力髋螺钉(DHS)128例,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组128例,男90例,女38例,年龄19~86岁,平均65岁。按AO分型^[2]:A1型11例,A2型82例,A3型35例,其中合并其他骨折15例。自行跌伤32例,车祸伤50例,高处坠落伤46例。手术时间在伤后2~9d。术中出血200~1300ml(平均600ml),手术时间1.0~2.8h(平均1.5h),发生并发症:髋内翻2例,螺钉移位穿出股骨头3例,螺钉移位穿出股骨头2例,骨折愈合1年后取出内固定,再骨折1例,下肢深静脉血栓3例。

1.2 方法 入院后行皮牵引,术前评估及围手术期准备。术中牵引复位,透视下要注意内侧和后侧骨皮质接触良好,满意后使用动力髋螺钉固定,具体操作方法按照AO组织技术推荐的《骨科内固定》^[2]。

2 结果

术后3天可行髋关节被动功能锻炼,6周后扶双拐部分负重活动,1个月后髋关节屈曲均在90°以上。骨折愈合时间最短2个月,最长9个月,平均4个月。按莫氏的术后评定标准^[3],优105例,占82.1%,良20例,占15.6%,中2例1.53%,差1例,0.77%。

3 讨论

粗隆间骨折治疗目的:①降低病死率;②减少髋内翻等并发症。并发症及预防方法主要有:

3.1 螺钉移位穿出股骨头 本组发生螺钉移位穿出股骨头3例,均在术中发生,主要在业务开展早期,与手术操作技术有关。术中透视未注意前倾角,对侧位观察不够,进针点偏低,均穿出股骨头后方或下方。预防方法:①熟悉解剖,增强空间想象能力及立体感。②钻入导针时一定要注意前倾角。

③确定导针位于X线正位片的中下1/3和X线侧位片的股骨颈中央。上述患者术中更换稍短螺钉或术后卧床时间延长等处理后均骨折愈合。

3.2 髋内翻 本组髋内翻2例,主要由于:①复位时牵引不够或复位不够造成颈干角过小。②骨折粉碎,股骨颈内侧支持结构不坚固。③除了与患者骨质疏松,患肢过早负重有关外,还与骨折端存在潜在的旋转性及剪切力和手术操作技术有关。预防方法:①规范操作,重视骨折的解剖复位。②强调对内侧小粗隆的复位、固定,以增强股骨上段内侧的强度,防止髋内翻的发生。术后随访患者稍跛行,外展受限。

3.3 螺钉移位穿出股骨头 本组2例均为老年女性,骨质疏松比较严重,体型较肥胖。1例术后6个月骨折愈合后逐渐负重行走,出现髋关节疼痛,复查发现螺钉向上移位穿出股骨头。嘱其扶双拐或单拐不完全负重,减少负重时间,内固定植入1年后取出。1例在术后1月复查X线片时发现,行人工全髋关节置换术,关节功能恢复良好。内固定失败与骨骼的机械强度降低有直接关系^[4-5]。预防方法:螺钉置入的位置非常关键,以中心位固定最佳,长度为位于股骨头关节面下方5mm为宜^[6],TAD(顶距值)小于2.5mm。对于骨质疏松或体型较肥胖患者,术后要推迟下地负重时间,防止在重力作用下内植物在骨内移位、穿出。

3.4 再骨折 本组1例术后1年骨折愈合取出DHS,2个月后不慎滑倒,出现粗隆间再骨折,后经骨牵引治愈,髋关节功能恢复尚满意。由于DHS极坚强,在坚强内固定的保护下可早期活动,有利于骨折的愈合。但当骨折愈合后,内固定的应力遮挡作用会造成局部的骨吸收,如不注意取出内固定后的保护,会造成再骨折的发生。预防方法:强调患者的自我保护,避免外伤或暴力,在医生指导下循序渐进进行功能锻炼。

3.5 下肢深静脉血栓发生 本组3例下肢深静脉血栓发生,2例术后5天发生,均为老年男性,给予及时对症治疗痊愈。1例术后1个月,青年男性,合并同侧股骨干和胫腓骨骨折,体型较肥胖,术后疼痛明显。加强患肢活动,给予低分子肝素钠、意速注射液等药物治疗,肿胀逐渐消退。1.5年后返院取出内固定,髋关节功能无明显障碍。

参考文献

[1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3版.北京:人民军

作者简介:牛军涛(1975-),男,安徽宿州人,医学学士,主治医师,从事脊柱与创伤骨科研究。

- 医出版社,2005:708-719.
- [2] 荣国威,翟桂华,刘沂,等,译.骨科内固定[M].3版.北京:人民卫生出版社,2000:98-99,195.
- [3] 莫子丹,陈鸿辉,梁保国,等.滑动加压鹅颈钉治疗股骨粗隆间骨折[J].中国矫形外科杂志,1999,6(5):331.
- [4] 郭勇,王景续,冷重光.采用人工股骨头置换治疗高龄粗隆间骨折的几点经验[J].中国矫形外科杂志,2007,15(6):471.
- [5] 沈延东,郑康.人工股骨头置换术治疗高龄非稳定性股骨转子间骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(4):286.
- [6] 詹儒东,邱汉民,邱永荣.DHS治疗老年人股骨转子间骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(1):71.
- (收稿日期:2007-07-30;修回日期:2007-09-11)
- (本文编辑 黄攸生)

急性下壁心肌梗死62例临床分析

刘万林¹,常永和¹,鞠云枫²,王小平²

(1. 盐城军分区卫生所,江苏盐城 224001;2. 盐城市第一人民医院,江苏盐城 224001)

[关键词] 心肌梗死;下壁;心电图

中图分类号: R542.2+2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0133-02

回顾分析62例急性下壁心肌梗死患者入院时部分临床资料,以说明心电图其与前降支病变的相关关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998年1月至2005年12月收治急性下壁心肌梗死患者62例,其中男52例,女10例;年龄19~78岁,平均年龄52.6岁。伴高血压者14例(占22.6%),伴糖尿病者9例(占14.5%),高血脂者21例(占33.9%)。

1.2 急性下壁心肌梗死的诊断标准 ①胸痛持续时间>30 min;②心电图Ⅱ、Ⅲ、aVF导联异常Q波且ST段弓背向上抬高≥1 mm;③心肌酶水平升高>正常值上限的2倍。62例患者中,其中梗死部位分别为:单纯下壁12例,下壁伴正后壁16例,下壁伴右室梗死8例,下壁伴后壁、侧壁心肌梗死13例,下壁伴右室、后壁心肌梗死13例。

1.3 心电图评价 以胸前导联V1~6中至少2个相邻导联ST段下降≥1 mm(QRS波J点后0.108秒测量)为标准。根据起病后24小时内的心电图改变将62例患者分为4组。I组:胸前导联ST段无明显下降;II组:V1~3导联(前间壁)ST段下降;III组:V4~6导联(前侧壁)ST段下降;IV组:V1~6导联(广泛前壁)ST段下降。

1.4 冠状动脉造影 采用Judkin法进行冠状动脉及左室造影。完成时间为梗死后2小时至4周。其中冠脉造影结果显示狭窄程度≥70%者视为有意义的病变。根据造影病变血管供血区室壁运动异常和体表心电图的关系而确定梗死相关血管(IRA)。

1.5 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

作者简介:刘万林(1955-),男,江苏建湖人,本科,副主任医师,从事医疗保健工作。

2.1 心电图 胸前导联ST段无明显下降者9例(14.5%);V1~3导联(前间壁)ST段下降者12例(19.4%);V4~6导联(前侧壁)ST段下降者21例(33.9%);V1~6导联(广泛前壁)ST段下降者20例(32.2%)。

2.2 冠状动脉造影 3例显示正常。59例异常者中IRA为右冠状动脉者42例(71.2%);回旋支者为17例(28.8%);其中合并前降支病变者37例(62.7%),未合并者22例(37.3%)。

2.3 胸前导联ST段下降与前降支(LAD)病变关系 合并LAD病变患者常规心电图显示I组33.3%(3/9)和II组16.7%(2/12)、III组81.0%(17/21)和IV组75.0%(15/20)间无统计学差异,而III组、IV组分别与I组和II组比较则差异有显著性(P 均<0.05)。

3 讨论

既往认为急性下壁心肌梗死大多预后良好,其梗死相关血管绝大多数为右冠状动脉或回旋支。体表心电图表现为Ⅱ、Ⅲ、aVF导联ST段抬高,同时存在胸前导联ST段压低为镜像改变。本组根据患者发病24小时内体表心电图改变并结合冠脉造影结果得出以下结果:急性下壁心肌梗死伴广泛前壁(V1~6导联)和前侧壁(V4~6导联)ST段下降者其合并前降支病变的发生率明显高于前间壁(V1~3导联)ST段下降和无胸前导联ST段下降者,与国外报道相似^[1]。目前认为,急性下壁心肌梗死合并广泛前壁或前侧壁ST段下降的主要原因为前降支粥样硬化,造成前壁或前间壁缺血或心内膜下心肌梗死。

本组资料显示:急性下壁心肌梗死伴胸前导联ST段下降提示合并前降支病变^[2],故其梗死面积较大,并发症多,预后差^[3],值得临床医生参考。

参考文献

- [1] The GRACE investigators. Rationale and design of the