

迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗 老年股骨转子间骨折

方策¹, 倪新宇¹, 王宏伟¹, 王江洪¹, 姜德龙², 刘元禄²

(1. 辽宁省抚顺市中医院, 辽宁 抚顺 113000;

2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110000)

摘要 目的:探讨迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折的临床疗效和安全性。方法:2009—2014 年,采用迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折患者 96 例,男 44 例、女 52 例。年龄 65~84 岁,中位数 75 岁。按股骨转子间骨折的 Evans 分型,Ⅱ型 12 例、ⅢA 型 51 例、ⅢB 型 26 例、Ⅳ型 7 例。合并冠心病 49 例、脑血管疾病 36 例、高血压 64 例、糖尿病 39 例、慢性支气管炎 24 例。入院至手术时间 3~7 d,中位数 4 d。术后随访观察骨折愈合、并发症发生及患肢功能恢复情况。结果:手术时间 25~50 min,中位数 35 min;术中出血量 10~20 mL,中位数 16 mL;住院时间 7~22 d,中位数 11 d。所有患者均获得随访,随访时间 6~12 个月,中位数 9 个月。骨折均愈合,愈合时间 3~7 个月,中位数 4 个月。3 例术后出现针道感染,经换药及应用抗生素治疗后愈合;2 例术后出现下肢深静脉血栓,经溶栓后治愈;3 例出现髋内翻;均无骨折不愈合、骨髓炎等并发症发生。按照 Harris 髋关节功能评分标准评价疗效,优 78 例、良 10 例、可 5 例、差 3 例。结论:采用迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折,操作简单,骨折愈合率高,有利于患肢功能的恢复,并发症少,值得临床推广应用。

关键词 髋骨折;老年人;骨折固定术;外固定器;舒筋正骨手法

髋部骨折在老年人骨折中发病率最高,其中 50% 以上为股骨转子间骨折^[1]。由于采用非手术疗法治疗此类骨折常常伴有较高的死亡率与致残率,目前国内外学者多主张采用手术治疗。如患者全身和局部条件允许,早期手术应作为首选的治疗方式^[2],其目的是允许患者早期进行功能锻炼,避免因长期卧床所导致的呼吸道感染、尿路感染、深静脉血栓及压疮等并发症的发生。手法复位是中医治疗骨折的优势^[3]。2009—2014 年,我们采用迟氏正骨(迟氏正骨的创始人—迟永清先生是辽宁已故中医骨伤名医)手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折患者 96 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 96 例均为在辽宁省抚顺市中医院住院治疗的,男 44 例、女 52 例。年龄 65~84 岁,中位数 75 岁。按股骨转子间骨折的 Evans 分型^[4]:Ⅱ型 12 例,ⅢA 型 51 例,ⅢB 型 26 例,Ⅳ型 7 例。致伤原因:走路摔伤 69 例,高处坠落伤 21 例,交通事故伤 6 例。合并冠心病 49 例、脑血管疾病 36 例、高血压 64 例、糖尿病 39 例、慢性支气管炎 24 例。入院至手术时间 3~7 d,中位数 4 d。

2 方法

2.1 术前准备 入院后均行患肢外展中立位皮牵引

制动。合并内科疾病者,待内科疾病稳定后再进行手术。术前 30 min 常规静脉滴注广谱抗生素。

2.2 迟氏正骨手法复位 患者取仰卧位,在局部麻醉或全身麻醉下采用迟氏正骨复位手法。①触摸辨认:了解短缩畸形的程度;②擒拿扶正:由助手固定骨盆和患肢踝部;③拔伸牵引:助手先顺势沿远端肢体纵轴方向用力牵引 2~5 min,术者再使用“内外推端”手法整复,同时助手行外展牵引,纠正骨折远端向后移位或向前成角畸形;④内旋推端:术者一手顶髋内侧根部,另一手掌根部按住股骨大转子用力向内侧推压,同时内旋患肢,使患肢处于外展 20°~30°、内旋 15°~20°位固定。

2.3 单臂外固定支架固定 经 C 形臂 X 线机透视证实骨折复位满意后,将双下肢固定于骨科牵引床,常规消毒铺无菌单。于股骨大转子外下方 1~3 cm 处分别用 2 枚直径 6.5 mm、长 200~220 mm 的固定针从股骨干中心沿股骨颈方向钻入股骨头内。在 C 形臂 X 线机透视下使 2 枚固定针位于距离股骨头下方约 1 cm 处,并在股骨颈内,2 枚固定针相距 1.5~2 cm;再于骨折远端约 20 cm 处,分别经皮钻入 2 枚固定针,两针平行或略成角,相距 3~5 cm。然后,把持 4 枚固定针自骨折两端向骨折端适当加压后,连接单臂外固定支架。经 C 形臂 X 线机透视确认骨折固定满意后,用酒精消毒固定针尾部后无菌包扎,拆除牵引,行患肢髋、膝关节屈伸手法松解。

2.4 术后处理 术后 48 h 内常规静脉滴注广谱抗生素;术后皮下注射低分子肝素钙,每日 1 次,每次 2500 单位,连续 2 周;术后第 1 天开始穿抗血栓弹力袜预防深静脉血栓形成;术后第 2 天在康复科医师协助下进行功能锻炼;术后 1 周开始持双拐不负重离床活动;术后定期复查 X 线片,视骨折愈合情况决定负重及弃拐时间,待骨折完全愈合后拆除外固定支架。

3 结果

手术时间 25 ~ 50 min,中位数 35 min;术中出血

量 10 ~ 20 mL,中位数 16 mL;住院时间 7 ~ 22 d,中位数 11 d。本组患者均获得随访,随访时间 6 ~ 12 个月,中位数 9 个月。骨折均愈合,愈合时间 3 ~ 7 个月,中位数 4 个月。3 例术后出现针道感染,经换药及应用抗生素治疗后愈合;2 例术后出现下肢深静脉血栓,经溶栓后治愈;3 例出现髌内翻;均无骨折不愈合、骨髓炎等并发症发生。按照 Harris 髋关节功能评分标准^[5]评价疗效,本组优 78 例、良 10 例、可 5 例、差 3 例。典型病例 X 线片见图 1。

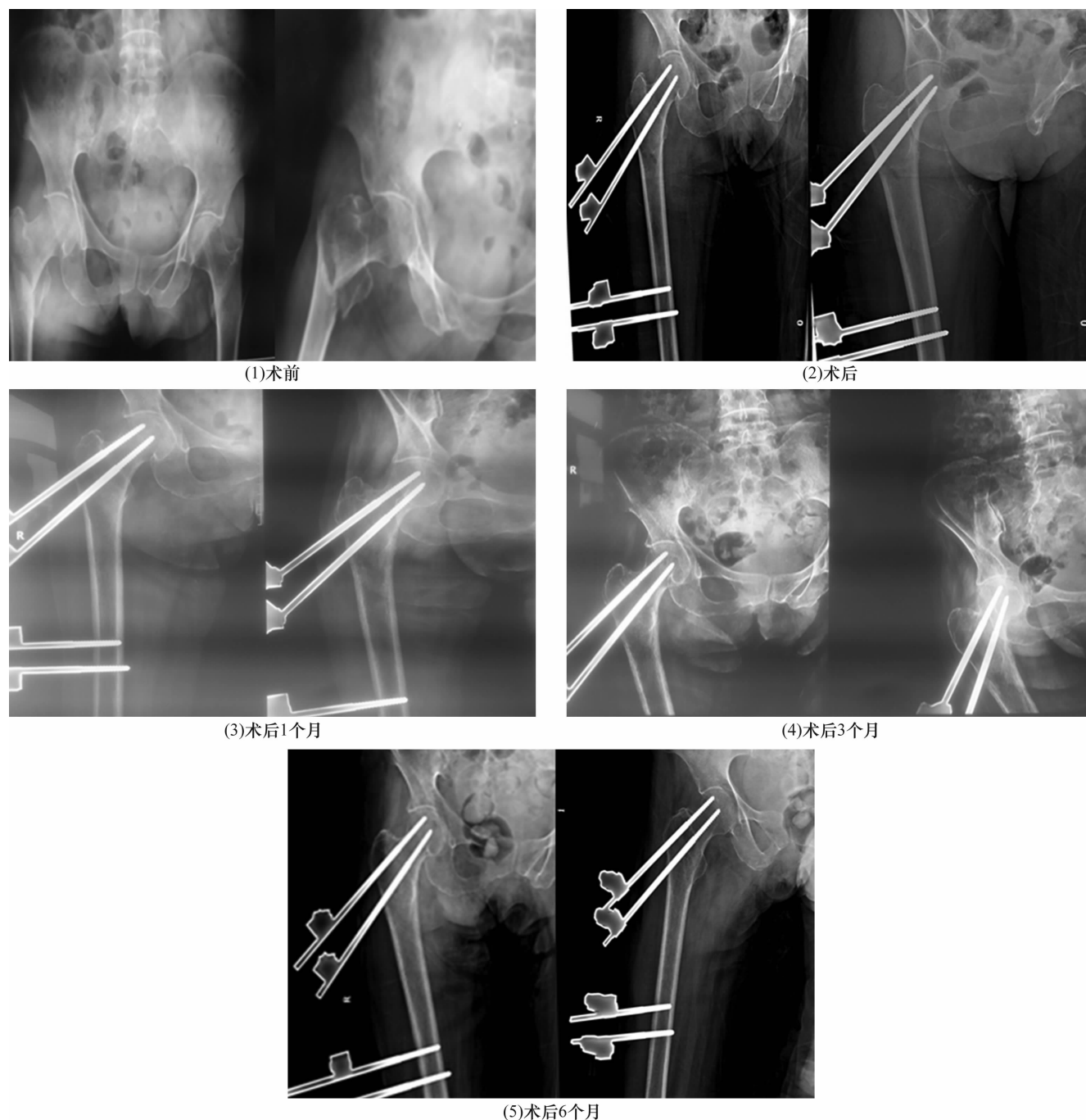


图 1 Evans III B 型股骨转子间骨折手术前后 X 线片

患者,女,78 岁,Evans III B 型股骨转子间骨折,采用迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗

4 讨 论

股骨转子间骨折是老年人常见的髋部骨折。股骨转子部大多为松质骨,所以股骨转子间骨折两端血供丰富,无论是采用非手术治疗还是手术治疗均有较高的愈合率。有文献报道,采用非手术治疗该病的死亡率为 41%,而采用手术治疗该病的死亡率为 13%^[6-7]。目前,国内外学者多采用手术治疗该病。1964 年克劳森采用动力髋螺钉治疗髋部骨折,取得了较好的临床疗效^[8]。之后出现的髓内固定,如伽马钉及其改良版的股骨近端髓内钉,逐渐成为目前国内治疗股骨转子间骨折的首选方法^[9]。但是,对于美国麻醉师协会(American society of anesthesiologists, ASA)Ⅲ级、Ⅳ级股骨转子间骨折患者,因手术风险高,且此类患者对手术麻醉及失血等耐受较差,而被视为切开内固定术的相对禁忌证^[10]。因此,我们采用迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折。

迟氏正骨手法闭合复位操作简单,不破坏骨折端周围血供,能够最大限度地骨折恢复至正常解剖位置,提高骨折愈合率。单臂外固定支架利用钉臂结合、将骨折部锁定其中,能够较大程度地降低手术风险,减少手术意外的发生几率^[11-12];因不破坏骨折端周围的血供,适合骨组织生物性能^[13],故可以缩短骨折愈合时间,符合 CO 学派的“有限手术论”的微创理念;不影响关节的活动,能够使患者早期进行功能锻炼、早期下床活动,从而有效地降低因长期卧床可能引起的多种并发症,降低死亡率与致残率^[14-16]。

本组患者治疗结果显示,采用迟氏正骨手法复位单臂外固定支架固定治疗老年股骨转子间骨折,操作简单,骨折愈合率高,有利于患肢功能的恢复,并发症少,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] 谷福顺,王爱国,郑昆仑,等.手法复位加单臂外固定架治疗高龄股骨粗隆间骨折 96 例[J].中国中医骨伤科杂志,2010,6(6):20-21.
- [2] 刘红光,司徒坚,欧文欢.老年股骨粗隆间骨折手术与保守治疗疗效分析[J].实用骨科杂志,2009,15(9):698-700.
- [3] 岑泽波,吴诚德.中医伤科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:1-6.
- [4] 刘志雄.骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M].北京:北京科学技术出版社,2005:292-294.
- [5] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty [J]. J Bone Joint Surg Am, 1996, 51(4):737-755.
- [6] 王亦聰.骨与关节损伤[M].3版.北京:人民卫生出版社,2001:866.
- [7] 李自强.高龄股骨粗隆间骨折手术与非手术治疗的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(6):463-464.
- [8] 辛健,汲长蛟,毕荣修,等.治疗老年股骨粗隆间骨折三种内固定方法的评价[J].中国矫形外科杂志,2012,12(12):1084-1087.
- [9] 张世民,祝晓忠,黄轶刚,等.外侧壁危险型股骨粗隆间骨折 DHS 与 PFNA 治疗的回顾性对比研究[J].中国矫形外科杂志,2010,22(22):1868-1872.
- [10] 王鹏建,李海峰,阮狄克,等.股骨粗隆间骨折内固定术后并发症原因分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2010,25(1):27-29.
- [11] 孙涛,西永明,汪贯习,等.椎间盘镜下微创治疗胸腰椎骨折[J].中国矫形外科杂志,2005(8):634-635.
- [12] 汪伟,高质刚.骨外固定治疗老年髋部骨折[J].中国矫形外科杂志,1999,6(4):275.
- [13] 金鸿宾,尚天裕.骨折治疗的回顾与思考[J].中国骨伤,2002,12(1):5-7.
- [14] Boghdady GW, Shalaby M. Safety and reliability of external fixation for basicervical and intertrochanteric fractures in high risk elderly patients [J]. Strategies in Trauma Limb Reconstr, 2007, 2(2):83-89.
- [15] Karn NK, Singh GK, Kumar P, et al. Management of trochanteric fractures of the femur with external fixation in high-risk patients [J]. Int Orthop, 2009, 33(3):785-788.
- [16] 王孝辉,丁强.外固定架治疗高危老龄股骨近端骨折的临床评价[J].中医正骨,2013,8(8):36-37.

(2015-06-29 收稿 2015-08-23 修回)

(上接第 21 页)

- [9] 吴彬,倪诚,顾国庆,等.复位股骨大粗隆顶点骨折对 PFNA 治疗不稳定股骨粗隆间骨折预后的影响[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(12):1203-1205.
- [10] 黄文虎,朱法国,任东彪,等.闭合复位股骨近端防旋髓内钉治疗老年股骨转子间骨折[J].中医正骨,2014,26(5):52-54.
- [11] 张磊,柴浩.股骨近端髓内钉与动力髋螺钉固定治疗老年股骨转子间骨折的系统评价[J].中医正骨,2015,27(3):27-31.

(2015-05-02 收稿 2015-06-08 修回)