

功能, 并产生无菌性炎症致囊腔粘连闭合。本组经半年至 3 年随诊无复发。为提高疗效注意以下几点: 1、穿刺时避免吞咽动作, 以防止固定穿刺点移位; 2、无水乙醇在囊内保留时间累计不得少于 10min; 3、由于体位的关系, 注入囊腔内的硬化剂未能与囊壁完全接触, 需借助改变体位, 进行弥补, 取针后手压半小时。

该疗法操作简便, 安全, 痛苦小。术后不影响日

常生活, 不留瘢痕, 不需住院, 无任何后遗症。值得临床推广。

参 考 文 献

1. 张雪哲, 卢延主编. CT 介入放射学. 北京: 中国科学技术出版社. 1996. 134.
2. Wiener TD. Plummer' disease: localized thyroid autopsy. J Endocrinol Inves 1987, 10: 207-225.

(收稿: 2000 04 05)

• 临床经验 •

老年股骨颈骨折的经皮穿针内固定介入治疗

孙献勇 张晓兵 苏士乐

股骨颈骨折为老年人最常见的骨折之一, 自 1931 年 Smith-Peterson 应用三刃钉治疗以来, 使治疗效果明显改善, 但由于该部力传导和股骨头血循环的特殊性, 还存在着一些较难解决的问题, 如骨不连及股骨头无菌坏死。所以至今仍被认为是一个“没有解决的骨折”^[1]。经皮穿针内固定作为治疗老年股骨颈骨折常用方法之一, 我们从介入放射角度对我院 1992~1999 年期间在我科 X 线电视透视下进行的 63 例老年股骨颈骨折经皮穿针内固定治疗进行回顾性分析。

资料和方法

一、一般资料

63 例中, 男 22 例, 女 41 例。左侧 31 例, 右侧 32 例。年龄 50~87 岁, 平均 69 岁。骨折类型包括: 头下型 10 例, 头颈型 30 例, 经颈型 6 例, 基底型 17 例。就诊时间均在 2 周之内。

二、术前处理

入院后对断端无移位的给予皮牵引; 有移位的即行胫骨结节或股骨髁上牵引, 牵引重量为体重的 1/10~1/7。牵引后 1 周内通常拍摄 2 次床旁正位及水平侧位 X 线片。根据摄片情况, 随时调整牵引重量并配合手法复位, 多数患者骨折于 1 周内即能获得满意的复位, 若发现断端位置良好, 便可将患者运至放射科作电视透视下经皮闭合穿针内固定术。对伤前即存在的疾病, 入院后要给予相应的治疗, 必

要时需请内科医师会诊。

三、手术方法

医技人员通常需 3、4 人。术者 1 名。助手 1 名。机器操作 1 名(与前者可由 1 人兼任), 另 1 名医师牵引固定患肢。患者体位为仰卧位, 透视示复位满意后, 将患肢置外展 20°~30°、内旋 10°~20°位, 适当牵引下固定。术区皮肤常规消毒, 盖无菌巾, 大粗隆下方局部充分浸润麻醉, 直达骨髓。在电视透视下, 用手摇骨钻于大粗隆下方 2~6cm 区域内, 戳穿皮肤后经股骨干外侧骨皮质从不同角度、不同平面向股骨头方向先后钻入 3、4 根骨圆针(一般为 3 根, 肥胖者用 4 根), 针尖端距股骨头关节面下 0.5cm 为宜。进针完毕用上球管摄股骨颈水平侧位片。观察骨圆针在股骨头、颈内的分布情况及针尖有无穿过关节面。若发现针穿偏, 立即退出重新穿针; 若针尖位置过深, 则适当调整即可。如无意外, 用力下压固定针周围皮肤, 将针用大力钳逐一剪断, 针尾埋于筋膜下肌肉中。皮肤无需缝合, 用 75% 酒精纱布擦拭后包扎即可。

四、术后处理

常规适量应用抗生素, 加强护理, 穿防旋鞋保持患足中立位, 或维持牵引 1~2 周。24h 后在床上可做适当的膝、髋关节屈伸运动, 但不做内收、外展及内旋、外旋活动。平卧时鼓励做股四头肌收缩动作。2 周后练习抬腿, 但不侧卧、不盘腿。4 周后可下地扶拐行走, 不负重。术后一般每隔 1~2 个月摄片 1 次, 以观察骨折愈合情况, 待骨折愈合后取出固定针。

结 果

本组 63 例, 无术中及术后近期死亡, 进针处无感染, 针眼全部于 1 周内愈合。出院后获得随访共 42 例, 随访时间 1~7 年。42 例中 40 例骨折断端完全愈合, 愈合时间平均为 6.5 个月, 功能恢复正常或基本正常。1 例原头下型骨折断端骨质吸收、不愈合, 改作人工股骨头置换术。1 例原头颈型骨折, 断端愈合拔针 1 年后发现股骨头坏死表现, 经保守治疗, 两年内随访 X 线片显示病变稳定, 关节功能良好, 疼痛可以忍受, 生活能自理。

讨 论

股骨颈骨折的内固定方法很多, 经皮穿针内固定法因具有手术简单、创伤小、固定坚强、拔针容易、禁忌证及并发症少、疗效确切等优点, 所以它适合于老年人多种类型的股骨颈骨折^[2]。以往甚至目前有些骨科医师喜欢在病房床旁行此项手术, 根据我们的经验, 床旁做此手术因其盲目性大, 即使是资深的骨科医师返工率亦很高, 而在 X 线电视透视下进行此项手术, 手术非常直观, 骨圆针在骨内行程易于控制, 通常在 30~40min 内即可完成此项手术, 据我们体会, 觉得在电视透视下进行此项手术方法很容易掌握。因此认为, 介入放射科医师经过学习, 完全能够独立完成此项手术, 在具备介入病床的医院, 若条件允许, 放射科可收治部分此类患者, 从而推动介入放射学在骨科领域的进一步应用与发展。

手术操作中应注意的几个问题: 1、内固定针需从不同方向、不同平面钻入, 在骨折线部位, 针间彼此要保持一定的距离, 这样能起到防旋转和增加固定力的作用; 2、手术中电视透视因不能显示骨圆针的前后走向, 所以进针时要注意手感, 不能使针尖偏前或偏后走行, 尤其不能伤及股骨头前方的股血管; 3、为避免针尖穿过股骨头软骨帽, 在股骨头内进针开始时可适当浅一些, 在摄取水平侧位片后, 再根据情况适当进针保持针尖距关节面 0.5cm 左右。在“C”形臂 X 线电视透视下进行此项手术, 因随时可进行侧位透视, 所以进针更容易控制, 手术效果更能得到保证; 4、经皮骨圆针内固定的主要并发症为滑针及断针^[2,4], 我们认为前者可能与进针位置、深度不当或反复调整进针使得针道松动有关。对此并发症若手术在电视透视下进行而不在病房床旁进行当可避免。而后者除了可能与手术操作有误外, 还可能与术后患者未严格遵照医嘱活动有关, 在本组病例中, 无 1 例此类并发症发生。

参 考 文 献

1. Olerud C. Internal fixation of femoral neck fracture. J Bone Joint Surg (Br), 1991, 73: 16.
2. 崔海州, 刘春江, 冯燕茹, 等. 经皮穿针内固定治疗老年人股骨颈骨折. 中国骨伤, 1995, 8: 19.
3. 李辉, 袁桥, 沈连群. 股骨颈骨折多针固定后钢针游入盆腔一例报告. 中华骨科杂志, 1985, 5: 339.
4. 钱紫电, 刑利清. 经皮多根斯氏针内固定治疗股骨颈及粗隆间骨折. 中国骨伤, 1997, 10: 23.

(收稿: 2000 04 11)

·消息·

山东省暨济南军区管腔内支架及介入 新技术学习班在济南举办

经山东省卫生厅、济南军区卫生部批准, 省级继续医学教育项目“管腔内支架及介入新技术学习班”于 2000 年 7 月 26 日~30 日在济南军区总医院召开。学习班特邀 301 医院张金山教授讲授介入新技术在腹部疾病的应用, 另有来自省内的六名专家到会讲学。学习班内容涉及腹主动脉瘤的介入治疗; 肢体支脉、肾动脉、腔静脉、肝静脉等部位狭窄或闭塞的支架置入; 食管支架、气管支架、胆道支架等等, 采用理论讲授和操作示范相结合的形式, 每例病例介入操作时均有实时转播和讲解, 术后即进行相关

问题的讨论。通过学习, 与会人员对下腔静脉节段性闭塞的开通技术, 肝静脉阻塞型布-加氏综合征介入治疗的入路选择及方法, 多枝胆管梗阻的介入性引流技术, 胆道支架再梗阻的支架置入技术(stent in stent)、食道支架并发症的预防和处理等均有深入了解, 达到了推广普及管腔内支架技术的目的。来自山东省及济南军区各级医疗单位的 60 多名代表参加了学习班。

(济南军区总医院放射科 谢宗贵供稿)