

CK-MM 的阴极侧。免疫抑制法测定 CK-MB 易受到巨 CK 或 CK-BB 异常增高时的干扰,实践证明电泳法和 CK-MB 单克隆抗体免疫法与免疫抑制法有互补作用,可最终确定有无 CK-BB 或巨 CK 的干扰^[3]。

参考文献

[1] 周新,涂植光.临床生物化学和生物化学检验[M].3版.北京:人民卫生出版社,2004:286.
[2] 王鸿利.实验诊断学[M].2版.北京:人民卫生出版社,

2010:167.

[3] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3版.南京:东南大学出版社,2006:447.
[4] 徐国宾,黄燕,王蕴峰,等. CK 及其同工酶 CK-MB 测定的方法学进展和临床应用[J].中华检验医学杂志,2008,31(12):1418-1421.

(收稿日期:2010-10-18)

动力髁螺钉内固定治疗 48 例老年股骨粗隆间骨折分析

徐刚,杨凯(贵州省湄潭县人民医院骨科 564100)

【摘要】目的 探讨应用动力髁螺钉(DHS)内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效。**方法** 回顾性分析 2005 年 1 月至 2009 年 12 月应用 DHS 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折 48 例,按 AO 分型,A1 型 27 例,A2 型 19 例,A3 型 2 例。**结果** 随访 6~24 个月,平均 10 个月,48 例患者骨折均愈合良好,平均愈合时间 5 个月,优良率为 87.5%。**结论** DHS 是老年股骨粗隆间骨折较常用且较好的内固定方法。

【关键词】 骨折固定术,内; 骨螺丝; 股骨颈骨折; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.048 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2263-02

股骨粗隆间骨折是骨科常见、多发病之一,多发生于老年人,治疗分为手术治疗和非手术治疗。非手术治疗卧床时间长,并发症多,目前国内外大多数学者多主张采用内固定手术治疗,主要采用动力髁螺钉(DHS)和股骨近端髓内钉及 Gamm 钉内固定等方法。本院根据现有条件,于 2005 年 1 月至 2009 年 12 月采用 DHS 内固定治疗老年人股骨粗隆间骨折 48 例,取得满意疗效,无严重并发症发生,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 48 例,男 31 例,女 17 例;年龄 61~82 岁,平均 68 岁。伴有一种及以上慢性疾病(慢性支气管炎、糖尿病、高血压、冠心病等)30 例;左侧 26 例,右侧 22 例;跌倒摔伤 28 例,高处坠伤 12 例,交通事故 8 例。48 例均为闭合性骨折,其中 45 例为单纯股骨粗隆间骨折,3 例为合并伤,合并肋骨骨折,肱骨骨折及尺骨鹰嘴骨折各 1 例。按 AO 分型,A1 型 27 例,A2 型 19 例,A3 型 2 例。受伤时间至手术时间为 2 h 至 10 d,平均 8 d。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 患者入院后给予皮牵引或骨牵引,常规作心、肺、肝肾功,血糖、血脂、电解质等测定,全面了解全身情况和各器官功能;摄髋关节 X 线片,必要时行 CT 检查,进一步明确粗隆间骨折的程度和移位情况,为术中顺利复位和固定创造有利条件;术前预防性使用抗生素;对合并有心、肺、脑血管等疾病的患者,请相关科室会诊制订治疗方案,短期内将内科疾病控制在一个较好水平,使患者能耐受麻醉和手术,争取尽早手术。

1.2.2 手术方法 采用持续硬膜外麻醉或全身麻醉,患者取平卧位,患髋垫高 15°~20°,在股骨粗隆部作一股外侧切口,切口长约 15 cm,暴露股骨大粗隆下及股骨干上段,外展牵引复位。在确定骨折复位良好后,用 135°定位器定位,在股骨粗隆下方约 2 cm 向股骨头颈中心旋入导针,针尖深度在头软骨下约 1.5 cm。测量导针长度,调整好三联扩孔器长度,沿导针方向扩孔,退出扩孔器,丝锥攻丝,将选好的动力髁螺钉(DHS)拧入,其钉尖距股骨头关节面最好 1 cm 左右,再次 X 线监视证实 DHS 满意,拔出导针,套入 DHS 钢板,螺钉固定,拧紧尾

钉。对小粗隆移位骨折,用一枚拉力螺钉或钢丝固定。冲洗伤口,放置引流管,逐层缝合切口,手术时间 70~120 min,平均 90 min;术中出血量 200~300 mL,术中、术后一般不用输血。

1.2.3 术后处理 术后常规应用抗生素预防感染 3~5 d,同时治疗原有内科疾病及原发病(骨质疏松),术后 2 d 可坐起。行股四头肌收缩锻炼,12~14 d 拆线。48 例切口均 I 期愈合,稳定型骨折 2 周(A1 型、A2 型)可扶拐不负重行走,3~4 周扶拐部分负重下床行走,对不稳定骨折(A3 型)可适当延迟下床活动时间,4 周后可下地不负重行走,以后根据 X 线骨折愈合情况决定负重时间。

2 结果

本组 48 例患者术后均获得随访,时间为 6~24 个月,平均 10 个月。依黄公怡^[1]标准评定,髋关节功能优 24 例,良 18 例,可 5 例,差 1 例,优良率为 87.5%。

3 讨论

3.1 治疗原则 股骨粗隆间骨折是指股骨颈基底部至小粗隆水平以上部位的骨折,特点是以老年人最多见,致伤原因多为低能量损伤,如跌倒外伤占绝大多数。主要原因是高龄老人骨质疏松,骨的脆性增加,韧性降低,轻微的外伤即可导致骨折的发生,是骨质疏松症的主要并发症,老年人粗隆间骨折并发症发生率和病死率均较高。治疗的关键,一是降低病死率,二是减少髓内翻发生率^[2]。因此,不少学者对此类骨折都倾向于手术治疗。老年患者体质虚弱,常合并多种疾病,如糖尿病、心血管系统疾病、呼吸系统疾病等。因并发症多、手术风险大,增加了骨折治疗的难度和并发症的发生,故术前、术中、术后各个治疗环节均应高度重视。

3.2 DHS 治疗的优点 DHS 由粗螺纹钉、套筒钢板及尾加压钉构成,钢板与动力加压螺纹钉成 135°,符合股骨近端解剖特点及生物力学要求,粗螺纹钉为半螺纹,螺纹深,可使骨折远近端相互靠近,增加骨折端内固定物与松质骨界面的稳定性,起到静力加压作用;该钉尾端有滑动槽,通过套筒钢板与尾钉相连,人体活动负重时粗螺纹钉在套筒内有滑动趋势,起动力加压作用。DHS 在设计上符合股骨上段的生物力学特点,性

能坚固,可以有效地控制弯曲和旋转,在骨端吸收、压缩的同时仍能起到加压及牢固的内固定作用。拉力钉螺纹粗大,把持力强,钉板间有滑动功能,使股骨颈部与股骨干部固定为一体,保持良好的颈干角,在人体负重时其滑动作用有效地增加了骨折端的刺激,有利于骨的愈合及塑形。DHS 可广泛用于不同类型的粗隆部骨折,是目前最具代表性的治疗粗隆间骨折的钉板系统。在老年人,骨折块较碎小,且骨质疏松更为明显,因此 DHS 是较理想的内固定物,是目前股骨粗隆间骨折最好的治疗方法^[3]。

3.3 手术技巧 手术的质量直接决定术后的效果。作者认为,DHS 治疗股骨粗隆间骨折术中操作非常关键,术中应注意几点:(1)骨折直视下复位后,导针定位应在 C 形臂 X 线监护下定位;定位针与股骨干角度要用导向器打入,并且经导针测量套筒钢板与股骨干外侧平行,以防内翻或外翻位植入;对老年骨质疏松者,术中导针要求一次性定位准确,丝锥和 DHS 三联扩孔器要一次性到位,不能反复开道。(2)动力滑动螺纹钉应位于股骨颈中央,动力螺纹钉的长度要合适,选用动力螺纹钉最理想的深度应达关节面下 1 cm,过浅固定不够可靠,过深容易穿透股骨头进入髋关节。(3)动力螺纹钉的螺纹部应在骨折近端,以免影响近端骨折滑动,起不到加压作用。(4)小粗隆部骨折的治疗,小粗隆为髂腰肌的附着处,髂腰肌是主要的屈髋肌肉,不固定小粗隆将影响屈髋功能,导致髋内翻畸形。小粗隆骨折是否固定取决于其是否累及股骨距。小粗隆大块的骨折累及内侧弓的完整性,压应力不能通过股骨距传导,断钉、钢板折断及切割股骨头颈等并发症发生率较高。对于此类骨折给予钢丝或螺钉固定,保持骨内侧皮质的完整性,防止髋内翻,同时增加内固定的效果。有学者认为股骨小粗隆缺损(治疗中未做固定)是造成 DHS 治疗股骨粗隆间骨折失败的重要原因^[4]。因此,在治疗股骨粗隆间骨折时,对小粗隆应作重点处理。若小粗隆有小块的骨折,对股骨距无影响,可不予固定,因为小粗隆有良好的血供,骨折愈合快。

3.4 围手术期处理及原发病(骨质疏松)的治疗 由于手术的创伤,同时大部分老年人并发症多,术后并发症发生率较高,治疗风险大,对各种并发症应及时请相关专业的医生会诊,术前做相应的处理,对不可能在较短时间内完全解决的问题,如糖尿病、高血压、冠心病等,可请内科相关专业的医生协助作术中

监护及术后治疗。术后需重视内科疾病和原发疾病(骨质疏松)的治疗,合理应用抗生素预防感染;术后可适当经静脉补充营养,加强全身支持治疗;应用活血化瘀中药和理疗,对预防静脉血栓形成、促进骨折愈合和伤肢功能恢复有利;加强护理,如协助患者翻身和患肢的被动活动,对预防肺炎、褥疮等并发症的发生亦很重要。患者功能恢复好坏与重视围手术期处理不无关系。在选择外科手术治疗的同时,也应重视原发病(骨质疏松)的治疗,以提高手术疗效。骨折早期,破骨细胞活跃,骨吸收增强,而且因制动和卧床,导致骨量进一步丧失,宜用抗骨质吸收药物抑制破骨。在恢复期和功能康复期,活性维生素 D 不仅有增加骨量、降低再骨折率的作用,而且有助于改善神经、肌肉功能。

3.5 功能锻炼 DHS 治疗股骨粗隆间骨折的目的是使患者能早期下床活动、减少长期卧床的并发症。伤肢肌肉训练和髋、膝、踝关节锻炼是伤肢功能恢复的重要环节。功能锻炼应循序渐进,主动与被动相结合。术后应尽早开始肢体的康复训练,包括肌肉的等长收缩与下肢功能恢复锻炼,这不仅能使关节、肌肉在活动中恢复功能,还能预防下肢深静脉血栓形成。本组患者术后次日可坐起,鼓励患者做患肢肌力训练,3 d 开始被动、主动运动膝关节,使患肢在不负重的情况下早日恢复髋关节生理功能。对于 A1 型骨折患者术后 2~3 周可扶双拐下地不负重行走;对于 A2、A3 型特别是 A3 型骨折不强调早期下地活动,应根据 X 线片复查情况决定下地行走及部分负重行走时间。

参考文献

[1] 黄公怡. 鹅头钉治疗股骨转子间骨折的疗效分析[J]. 中华骨伤杂志, 1984, 4(6): 349-353.
 [2] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 866.
 [3] 翟桂华. 骨科内固定[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 367.
 [4] 蔡迎峰, 陈胜, 张维. 股骨小粗隆缺损的生物力学评价及临床意义[J]. 骨与关节损伤杂志, 2001, 16(3): 178-179.

(收稿日期: 2011-04-06)

18 例胃间质瘤临床病理分析

秦美云(江苏省南通市通州区第八人民医院病理科 226361)

【摘要】 目的 探讨胃间质瘤的病理组织学特点、免疫表型特征、诊断标准、治疗原则及决定预后的因素。**方法** 对 18 例胃间质瘤患者的手术切除标本用 10% 甲醛固定, 常规 HE 染色、光镜观察, SP 染色后检测 CD117、CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、S100 蛋白的表达。**结果** 18 例胃间质瘤的病理形态呈梭形细胞样 12 例, 上皮细胞样 6 例, CD117 阳性 + 6 例、++ 8 例、+++ 4 例, CD34 + 8 例、++ 2 例, +++ 6 例、阴性 2 例, S100 蛋白仅有 1 例散在阳性, SMA 仅有 2 例散在阳性, 其余均为阴性。**结论** CD117、CD34 是胃间质瘤的诊断标记物, 病理检查及免疫组织化学是诊断胃间质瘤的可靠方法, 肿瘤大小及核分裂是判断危险度的标准, 手术切除是首选的治疗方法。术后密切随访、定期复查, 必要时配合甲磺酸伊马替尼治疗对控制复发、转移, 延长患者生命有重要意义。

【关键词】 胃肠道间质肿瘤/病理学; 间质瘤/病理学; 免疫组织化学; 诊断, 鉴别

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 18. 049 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)18-2264-02

胃间质瘤是常见的消化道间叶源性肿瘤, 易被误诊为胃平滑肌瘤或神经源性肿瘤, 病理检查及免疫组织化学是明确诊断的可靠手段^[1]。作者对本院 2001 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 18 例

胃间质瘤患者进行了临床病理分析及随访跟踪, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2001 年 1 月至 2010 年 12 月收治胃间