

两种方法治疗股骨颈骨折患者的疗效观察

熊小江(重庆三峡中心医院骨二科,重庆万州 404000)

【摘要】 目的 探讨研究青壮年股骨颈骨折患者使用关节囊切开减压、非切开复位两种方法的疗效和安全性,为临床工作给予参考和借鉴。**方法** 选择 2009 年 9 月至 2012 年 1 月重庆三峡中心医院收治的青壮年股骨颈骨折患者 64 例为临床研究对象,使用计算机随机的方法将患者分为两组,对照组患者使用非切开复位方法,实验组患者使用关节囊切开减压方法,对比观察两组患者的治疗效果和安全性。**结果** 实验组患者经过重庆三峡中心医院的治疗后,其骨折愈合率更高,患者延迟愈合率更低,股骨头坏死率更低,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组 Harris 评分优良率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对青壮年股骨颈骨折患者给予关节囊切开减压手术效果更好,可以提高骨折愈合率,减少股骨头坏死等发生,值得临床推广应用。

【关键词】 青壮年; 股骨颈骨折; 关节囊切开减压; 切开复位
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)24-3340-02

股骨颈骨折是临床常见的一种老年骨折,青壮年发生率较低,但是临床治疗较为困难。骨折不愈、股骨头坏死是青壮年骨折患者的高发情况,严重影响患者的社会劳动能力和生活能力^[1]。因此,对股骨颈骨折患者给予更好的治疗,对提高治疗效果十分重要。本院在青壮年股骨颈骨折患者治疗过程中使用了关节囊切开减压方法和非切开复位治疗,本文对两种治疗方法疗效和安全性进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 9 月至 2012 年 1 月本院收治的青壮年股骨颈骨折患者 64 例为临床研究对象。使用计算机随机方法将患者分为两组。对照组 32 例,其中男 21 例,女 11 例;年龄 27~49 岁,平均(38.58±6.51)岁;从受伤到入院就诊时间 3 h 至 5 d,平均(1.52±0.52)d;受伤原因:车祸伤 12 例,高空坠落伤 8 例,硬物砸伤等 12 例;通过 X 线片观察并使用 Garden 分型包括:Ⅱ型 9 例,Ⅲ型 21 例,Ⅳ型 2 例。实验组患者 32 例,其中男 23 例,女 9 例;年龄 27~50 岁,平均(38.94±6.62)岁;从受伤到入院就诊时间 4 h 至 5 d,平均(1.74±0.63)d;受伤原因:车祸伤 13 例,高空坠落伤 9 例,硬物砸伤等 10 例;通过 X 线片观察并使用 Garden 分型包括:Ⅱ型 10 例,Ⅲ型 19 例,Ⅳ型 3 例。两组患者性别、年龄、受伤类型、从受伤到入院就诊时间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用常规非切开复位方法治疗,患者使用骨折牵引床将骨折进行闭合复位后,在 X 线片引导下,从大腿外侧大转子下方 0.5 cm 处钻孔,置入空心拉力螺钉进行固定。实验组患者采用关节囊切开减压方法治疗。手术过程中将臀部垫好,在髂前上棘 2 cm 做一个斜下方的切口,长度为 3 cm 左右,将皮肤和皮下组织切开后,充分显露出阔筋膜张肌、缝匠肌,并注意保护神经^[2]。从肌间隙将阔筋膜分开,显露出髋关节囊前侧,使用测压仪器对关节囊内压力进行测定,并沿股骨颈轴向将关节囊切开和减压,以暴露股骨颈骨折线。通过直视将骨折复位,并在 X 线片引导下对大转子下方 0.5 cm 钻入导针,依次钻孔,并选择适当的空心拉力螺钉拧入,保证固定效果。两组患者在手术后均常规使用抗菌药物治疗,并进行系统的康复锻炼,患者在手术后 3~6 个月进行负重活动。

1.3 观察指标 跟踪随访两组患者 1 年,观察比较两组患者治疗后的骨折愈合率、治疗后发生延迟愈合和股骨头坏死率。同时对两组患者进行 Harris 评分,其中骨折愈合时间在 30 周

以上为延迟愈合。股骨头坏死判断为临床骨坏死^[3]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件包进行处理,检验水准 $\alpha=0.05$,以 95% 为可信区间,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。其中两组患者的 Harris 评分为计量资料,组间对比采用 t 检验;骨折愈合率、延迟愈合率和股骨头坏死率为计数资料,组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

实验组患者经过本院治疗后,其骨折愈合率更高,患者延迟愈合率更低,股骨头坏死率更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组 Harris 评分优良率高于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者骨折愈合率及延迟愈合率、股骨头坏死率和 Harris 评分[n(%),n=32]

组别	骨折愈合率	延迟愈合及 股骨头坏死率	Harris 评分优良
实验组	28(87.50) [#]	4(12.50) [#]	30(93.75) [#]
对照组	21(65.63)	11(34.38)	26(81.25)

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

青壮年股骨颈骨折在临床较为少见,此类患者骨折发育成熟,且无骨质疏松,主要为高能量损伤所导致,如车祸损伤、高空坠落等。在股骨颈骨折后,骨折端有移位,可能会撕裂并扭曲股骨胫骨面的支持带动脉,或由于骨折端的出血和血管破裂,导致关节腔压力增加,出现股骨头有效灌注压降低,血供减少^[4]。

目前临床对青壮年股骨颈骨折主要采用手术治疗和非手术治疗,非手术治疗包括牵引、石膏固定等,但这种方法主要用于对疲劳骨折等治疗。对于高能量损伤的临床治疗则主张采用手术治疗,但是手术治疗期间患者可能会发生股骨颈骨折后的股骨头缺血坏死或延迟愈合。这主要是由于骨折导致血供被破坏,复位不佳或者骨折的固定不稳定等。

股骨颈骨折多位于关节囊内部,是关节囊的内部骨折。由于关节滑液会浸泡到骨折部位,就有可能导致骨折愈合延迟。由于股骨颈基本无骨膜层,其愈合主要来自于骨内膜,在滑液内的血抑制因子也会抑制骨折修复。关节囊在骨折后多会发生压力升高,一般在损伤后 7~12 h 关节囊内压力可达 44

mm Hg,12~48 h 关节囊内压力也会持续在 30 mm Hg 左右,会直接影响股骨头的血供^[5]。研究发现,患者关节囊内压力升高到 40 mm Hg 时,会导致支持带动脉的灌注、髓内静脉回流受到影响^[6]。

因此,实验组患者采用了关节囊切开减压方法,可以在早期将关节囊压力降低,达到解剖复位,有效地将关节囊内的积液及血肿清除,并降低了压力,避免了股骨头供血的血管中断,并早期恢复股骨头血供,以减少股骨头的缺血时间。并且关节囊切开以后,还可以有效减少关节滑液对骨折的浸泡时间,避免了滑液内血管抑制因子对骨折修复产生的抑制作用。

综上所述,对青壮年股骨颈骨折患者给予关节囊切开减压手术效果更好,可以提高骨折愈合率,减少股骨头坏死等发生,值得临床推广应用^[7-8]。

参考文献

[1] 薛兆龙,鲁晓波,尹一然,等.青壮年股骨颈骨折关节囊切开减压与非切开复位疗效的比较研究[J].泸州医学院学报,2012,35(2):195-197.
[2] 吴健华,王达辉,廖敬乐,等.儿童股骨颈骨折的治疗[J].

中华骨科杂志,2009,29(3):230-234.
[3] 陈科明,白龙,陈亮清,等.关节囊切开减压在青壮年股骨颈骨折治疗中的作用[J].中国现代医生,2010,48(21):118-119.
[4] 林斌,何永志,郭志民,等.早期动力髋螺钉治疗青壮年 GardenⅢ、Ⅳ型股骨颈骨折[J].实用骨科杂志,2011,17(7):646-647.
[5] 吴俊,罗从风,曾炳芳,等.青壮年股骨颈骨折及其治疗现状[J].国际骨科学杂志,2010,31(2):73-75.
[6] 周方明,胡哲,梁伟军,等.两种方法不同手术时间治疗中青年股骨颈骨折的疗效分析[J].实用骨科杂志,2012,18(9):835-838.
[7] 徐薇.复杂性髌臼骨折 56 例围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2009,15(14):72-73.
[8] 邱凤兰.老年股骨转子周围骨折的围手术期护理[J].中国误诊学杂志,2007,7(14):3297-3298.

(收稿日期:2013-05-23 修回日期:2013-08-15)

• 临床研究 •

前列腺疾病患者游离前列腺特异性抗原比率检测结果分析

李 倩(甘肃省兰州市第一人民医院检验科 730050)

【摘要】 目的 通过测定血清中总前列腺特异性抗原(tPSA)及游离前列腺特异性抗原(fPSA)含量,探讨游离前列腺特异性抗原比率(fPSA/tPSA 即 %fPSA)在鉴别诊断前列腺癌与良性前列腺增生时的重要意义。**方法** 采用罗氏 cobase411 测定 3 组人群:健康对照组、前列腺良性增生组及前列腺癌组血清 tPSA 及 fPSA,并求得 %fPSA 值。**结果** 与健康对照组比较,前列腺良性增生组和前列腺癌组 %fPSA 差异有统计学意义($P<0.05$),前列腺良性增生组和前列腺癌组比较 %fPSA 差异也有统计学意义($P<0.05$)。**结论** %fPSA 值结合临床情况为前列腺良性增生与前列腺癌的鉴别诊断提供了重要依据。

【关键词】 前列腺特异性抗原; 前列腺癌; 良性前列腺增生

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)24-3341-02

前列腺特异性抗原(PSA)是一种相对分子质量为(30 000~34 000) $\times 10^3$ 的糖蛋白。总前列腺特异性抗原(tPSA)包括游离和结合两种形式,血液中约有 30% 的 PSA 为游离形式。PSA 水平升高通常提示前列腺存在病理状况,如前列腺炎、前列腺良性增生或前列腺癌。随着 PSA 水平升高,个体前列腺癌可能性也增加^[1]。许多研究发现,游离特殊性抗原比率(fPSA/tPSA 即 %fPSA)值在前列腺癌患者中较其他前列腺良性病变患者或健康人群低。本文对本院健康体检者、住院患者及门诊患者分为 3 组,测定其 tPSA、fPSA 并计算 %fPSA 值,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月至 2013 年 3 月本院住院患者、门诊患者和健康查体者。分为 3 组:健康人群 100 例,前列腺良性增生 67 例,前列腺癌 40 例。均为男性,年龄 32~70 岁,平均 51 岁。

1.2 标本采集 所有标本采集前均避免直肠指检、尿道或肠道器械检查、前列腺穿刺活检、前列腺按摩等行为。清晨空腹采肘静脉血 5 mL,由于蒸发因素的影响,样本在放入分析仪后 2 h 内必须完成检测。

1.3 试剂与仪器 仪器为罗氏 cobase411,tPSA、fPSA 试剂及质控品均购自罗氏 cobase411 公司,所有操作严格按仪器及试剂说明书进行。

1.4 方法检测 检测方法为电化学发光免疫分析法。

1.5 统计学方法 应用 SPSS11.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

前列腺癌患者、良性前列腺增生患者和健康人群血清 tPSA、fPSA 及 %fPSA 检测结果见表 1。由表 1 可见,前列腺癌患者血清 %fPSA 较前列腺良性增生患者和健康对照组明显偏低,差异均有统计学意义($P<0.05$);前列腺良性增生患者与健康对照组比较 %fPSA 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 3 组 tPSA、fPSA 及 %fPSA 检测结果($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	tPSA(ng/mL)	fPSA(ng/mL)	%fPSA(%)
前列腺癌组	40	59.99±39.22	1.77±1.19	0.120±0.108
前列腺良性增生组	67	8.35±5.82	0.86±0.57	0.264±0.119
健康对照组	100	1.54±0.52	0.31±0.13	0.207±0.088