

高龄老人髌部骨折的手术治疗体会

章峰 俞捷 贾文义 马春雨 胡顺琴
(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 311106)

关键词:髌部骨折;高龄老人;手术疗法;股骨颈骨折;粗隆间骨折
中图分类号:R 683.42 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)06- 0031-02

随着社会的老年化,骨质疏松的高龄患者逐渐增加,80 岁以上的高龄老人轻微的外伤就可适成髌部骨折。非手术治疗引起较多的并发症,病死率较高,国内外一致公认采用手术治疗可降低病死率及致残率^[1]。有效处理髌部骨折,对减少并发症的产生,提高骨折患者生活质量有着积极的意义。我院对 1999 年~2004 年 5 月 80 岁以上高龄老人髌部骨折行手术治疗,取得满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例,男 11 例,女 19 例;年龄 80~91 岁,平均 84.6 岁;致伤原因,行走跌伤 23 例,机动车撞伤 3 例,非机动车撞伤 4 例。30 例骨折中,股骨颈骨折 13 例,股骨粗隆间骨折 17 例;股骨颈骨折按 Garden 分型,Ⅰ型 1 例,Ⅱ型 3 例,Ⅲ型 5 例,Ⅳ型 3 例。股骨粗隆间骨折分 2 类,顺粗隆间骨折 14 例,按 Eran 方法分类,Ⅰ型 2 例,Ⅱ型 2 例,Ⅲ型 7 例,Ⅳ型 3 例;逆粗隆间骨折 3 例。

1.2 伤前并存病 骨折前有 28 例并存其他脏器疾病,其中心血管疾病 21 例,呼吸系统疾病 17 例,肾功能不全 5 例,肝功能不全 3 例,糖尿病 10 例,老年性痴呆 2 例,同时并存在两种以上疾病的 19 例,3 种以上疾病 8 例。

嗽平祛痰,有喘憋的予以吸氧及解痉剂,5d 为 1 个疗程。治疗组:在与对照组同样方法使用头孢拉啶的基础上加用成都天台山制药有限公司生产的注射用炎琥宁 5~10mg/(kg·d)加入 5%葡萄糖液分 1~2 次静脉滴注,5d 为 1 个疗程。

表 1 2 组一般情况比较							例	
	发热	咳嗽	气促	肺部罗音	胸片		WBC/10 ⁹ ·L ⁻¹	
					片状阴影	肺纹理增多	>10.0	<10.0
治疗组	39	48	49	48	45	5	29	21
对照组	40	47	48	49	43	7	28	22

注:治疗组与对照组在性别、年龄、病情分布上经统计学处理无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.3 疗效判定 痊愈:经治疗 5d 内体温恢复正常,自觉症状和临床体征消失或基本消失,胸片检查正常或基本正常。好转:5d 内体温有所下降,自觉症状和临床体征有所改善,胸片检查好转或临床出现并发症。

2 治疗结果

见表 2,表 3。

表 2 2 组疗效比较					例	
	n	痊愈	好转	无效	总有效率	
治疗组	50	34	14	2	96	
对照组	50	23	18	9	82	

注: $\chi^2=6.18,0.05>P<0.01$,治疗组总有效率明显高于对照组。

1.3 手术方法 30 例中,采用连续硬膜外麻醉的 26 例,全麻 4 例。13 例股骨颈骨折中,3 枚空心加压螺钉固定 2 例,人工股骨头置换术 9 例,人工全髋关节置换术 2 例。17 例粗隆间骨折中,体外穿针支架外固定 1 例,Gamma 钉固定 2 例,DHS 固定 14 例。

2 结果

本组病例平均住院 22d (6~38d)。术后出现并发症 7 例 (23%),有 2 种并发症 3 例;其中肺部症状 3 例,脑症状 1 例,心脏症状 2 例,消化系统症状 2 例,泌尿系统症状 1 例,深静脉血栓形成 1 例,死亡 1 例,直接死因为呼吸功能衰竭。出院的 29 例中 25 例获得随访,随访时间 4~46 个月,平均 23 个月。按 Harris 评分标准,优 9 例,良 12 例,可 3 例,差 1 例,优良率为 84.0%。股骨颈骨折 11 例,优 4 例,良 5 例,可 2 例,差 0 例;股骨粗隆间骨折 14 例,优 5 例,良 7 例,可 1 例,差 1 例。术后 1 年内死亡 2 例,死于心肺疾病 1 例,脑血管疾病 1 例。

3 讨论

髌部骨折是老年人较常见的部位骨折,特别是高龄患者由于生理机能衰退,往往身体比较衰弱,很多都并有多种疾

表 3 2 组主要观察指标比较($\bar{X}\pm S$)						d	
n	退热	止咳	止喘	罗音消失	胸片正常		
治疗组 50	1.88±1.03	3.85±1.58	2.89±1.36	3.79±1.68	5.68±2.02		
对照组 50	2.99±1.84	4.96±1.86	3.78±1.77	4.58±1.88	6.75±2.03		

注:2 组在主要观察指标比较具有显著性差异 ($P<0.05$)。

3 讨论

支气管炎是由细菌、病毒、支原体等感染引起的疾病,其中急性病毒性下呼吸道感染的小儿常常合并细菌感染^[1],但临床常单纯使用抗生素治疗,容易出现耐药性,而使疗效不满意。注射用炎琥宁冻干粉针是将传统中药穿心莲采用现代的制剂工艺,经过合成后制成具高度生物、化学活性的给药途径直接、药理作用更强的同时有着明确的化学单体的制剂,稳定性好,无西药抗生素的耐药性。主要成份是穿心莲内酯钾钠盐,能抑制炎症早期毛细血管通透性,抑制渗出和肿胀,能特异性兴奋垂体——肾上腺皮质功能,促进 ACTH 释放,增强垂体前叶中 ACTH 的生物合成,提高机体自身的抗炎抗病毒功能。大量临床研究表明,炎琥宁用于急性呼吸道感染的治疗是有明显的抗病毒、抗菌的双重功效,与同等药物相比,具有副作用小、无耐药现象、制剂稳定、疗效可靠等优势。

参考文献

[1]中华儿科杂志编辑委员会.小儿重症肺炎及其合并症的诊断和治疗[J].中华儿科杂志,1997,35(8):439

(收稿日期: 2005-06-06)

病, 伤后如果长期卧床不仅护理不便且易发生褥疮、肺炎、脑血管病、泌尿系感染等诸多并发症, 使原有的心脑血管疾病和肝肾功能损害进一步加重, 严重者出现多器官功能衰竭、死亡率较高^[2]。所以目前大多数学者倾向于手术治疗^[3,4], 理由是手术可以明显缩短卧床时间, 减少并发症, 提高生存率。但高龄患者体弱, 耐受性差, 从而增加了治疗的困难, 加大了手术风险。能否胜任手术, 年龄已不是绝对因素, 更重要的是患者心肺功能, 术前对患者全身健康状况的评估和改善, 手术时间和方法的选择至关重要, 而早期手术治疗可便于护理和早期功能锻炼是预防和减少并发症, 挽救生命的关键^[5], 能大大提高生存率。

3.1 常见术前合并症及处理 术前应对患者伤前的活动能力, 全身健康作全面详细了解和评估, 对并发症行相应的处理, 为手术的可能和顺利进行创造条件。(1) 贫血: 高龄患者贫血十分常见, 血红蛋白低于 100g/L 以下, 常于术前、术中输血治疗。(2) 高血压: 术前有高血压者适当降血压至接近正常。(3) 糖尿病: 入院后即需控制饮食, 术前血糖应控制在 8.0mmol/L 以下, 对于血糖难于控制者, 应及早用胰岛素控制血糖。(4) 心律失常: 对房性失常的一般可不作处理, 室性失常的一般需行抗心律失常及营养心肌等治疗。(5) 慢性支气管炎、肺气肿、肺心病: 不管有无肺部感染存在, 都应常规行抗感染, 同时检查心肺功能以测定其能否接受手术。(6) 肝肾功能不全: 应行保肝护肝保肾治疗, 但尿毒症晚期患者, 应慎重手术。

3.2 常见并发症及防治对策 (1) 肺部症状, 术前及术后使用抗生素、化痰药物、吸氧、拍背以促进咯痰等措施, 如出现呼吸衰竭, 随时可机械辅助通气。(2) 泌尿系症状, 老年患者因卧床, 减少活动量, 特别是留置导尿管易引起泌尿系感染, 在使用适宜的抗生素时, 应鼓励患者多饮水。术中失血过多者应警惕急性肾功能衰竭, 一旦出现应早期应用利尿剂, 补足血容量维持水电解质平衡。(3) 消化系症状, 伤后患者出现不思饮食, 精神萎靡等消化功能紊乱表现, 应予能量支持, 常用能量合剂、脂肪乳剂或氨基酸等可使精神好转, 进食明显增加。出现应激性溃疡, 预防方法是术前、术后使用制酸剂, 补足失血量, 缩短手术时间等减少并发的可能。(4) 脑症状, 高龄患者伤后如出现神志精神异常, 对疼痛刺激反应差, 应警惕脑梗死可能, 故一般对高龄患者不使用止血药, 对有兴奋不安, 搔抓伤口者可适当给小剂量安定治疗。(5) 下肢深静脉血栓形成, 为髋部骨折常见并发症, 出现患肢浮肿、疼痛加剧应尽早行血管多普勒检查, 明确血管有否栓塞及范围、程度, 并常规抗凝治疗, 必要时早期行血栓取出。(6) 褥疮, 高龄患者卧床时间较长, 易形成褥疮, 做好护理, 卧气垫床, 定时翻身, 指导患者适当功能活动, 可有效地避免褥疮产生。

3.3 手术方法及注意事项 对于高龄髋部骨折的治疗原则是: 只要病人预期寿命超过 6 个月以上的, 全身脏器无广泛衰竭者均主张积极行手术治疗, 以提高病人的生存率, 改善病人的生活质量。手术应尽量选择简单、有效、时间短、创伤小、出血量少的方法。伤前能自由户外活动, 全身脏器无严重病变者, 宜选择急诊手术, 对于有并存心、脑、肺、肾等疾病者, 经过短期调整, 待病情获得改善后再行手术。根据术前每

个患者具体情况、年龄因素选择手术方式, 年龄越高, 合并症越多, 手术方式越简单, 具体如下: (1) 股骨颈骨折。由于高龄患者大多并有骨质疏松, 内固定容易松动, 达不到早期下床的目的, 且股骨颈不愈合率和股骨头坏死较高, 人工关节置换是好的方法。而人工股骨头置换术相比全髋关节置换术创伤小, 时间短, 虽然远期有髌臼磨损等, 但高龄患者活动量小, 因此磨损相对较少, 选用人工股骨头置换为宜。我们多年龄 ≤ 85 岁, 并发症少, 耐受性好者, 采用全髋关节置换术; 对年龄在 85 岁以上并存症多、手术耐受性差者大多采用人工股骨头置换术, 这样可缩短手术时间, 减少创伤, 减少术中出血, 使手术顺利进行。对 I、II 型 ≥ 90 岁则采用闭合空心螺钉固定, 创伤小, 患者更易接受, 即使日后出现股骨头坏死, 往往可用数年之久。(2) 股骨粗隆间骨折。恢复颈干角, 保证粗隆部骨折端的紧密结合及加压固定乃是手术的根本目标^[6]。笔者主张术前行骨牵引, 随着软组织绞链张力的恢复, 粗隆内侧移位的碎骨块, 包括移位的小粗隆也大多得以复位, 使得术中骨折复位并不困难, 从而缩短手术时间。目前我们一般多采用 DHS 内固定, 手术操作简单, 固定可靠, 疗效较好, 特别适用于老年患者。对于 Evars I ~IV 型骨折 DHS 钢板的长度 2~3 孔就已足够^[7], 此可减少创伤。由于高龄患者的特殊性, 复位不一定强求解剖复位, 对小转子移位可以不完全复位以减短手术时间。外固定支架的使用, 虽操作简单, 功能恢复好^[8], 但术后仍需较长时间卧床治疗, 且护理困难, 对高龄患者不主张使用。另外术中由于高龄患者对麻醉药的耐受性差, 要注意用量, 掌握麻醉深度, 严密监测术中血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度情况, 及时补充血容量, 避免血压波动幅度过大, 持续时间过长。术后必须进行心电监护, 注意纠正水、电解质紊乱, 调整补液量, 补足血容量。术后 1 周内要求在床上不负重活动, 减少各种并发症的发生, 促进功能恢复。1 例并有慢支、肺心病患者, 术后 2d, 因呼吸衰竭而死亡。

参考文献

[1] 王仁, 张春才, 侯铁胜, 等. DHS 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折[J]. 中华创伤骨科杂志, 2001, 3(1): 27
[2] 邵天明, 黄士中, 合润基, 等. 80 岁以上老年人髋部骨折[J]. 中华老年学杂志, 1995, 14(2): 95
[3] 王福权, 骆燕禧, 黄公怡, 等. 老年人四肢骨折的内固定治疗[J]. 中华骨科杂志, 1991, 11(4): 242
[4] 王鹏建, 梁戈, 阮狄克, 等. 老年人髋部骨折的治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2001, 8(6): 551
[5] Imura K, Ishii Y, Yagisawa K, et al. Postoperative ambulatory level after hip fracture in the elderly Predicts survival rate [J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2000, 120(7~8): 369
[6] 李旗, 沈惠良, 雍宜民, 等. 国产重建钉治疗老年人股骨转子间骨折[J]. 骨与关节损伤杂志, 2004, 19(3): 154
[7] Loughlin SW, Wheeler DL, Rider J, et al. Biomechanical evaluation of dynamic hip screw with two and four-hole side plates [J]. J Orthop Trauma, 2000, 14(5): 318
[8] 陈清楷, 张亚狮, 形剑文. 有限化手术治疗股骨转子间骨折 36 例体会[J]. 骨与关节损伤杂志, 2000, 6(15): 459

(收稿日期: 2005-04-24)