

PFNA 结合中药治疗中老年股骨粗隆间骨折疗效观察

邓伟华 陈芳有

(江西省宁都县中医院 宁都 342800)

摘要:目的:探讨 PFNA 结合中药治疗中老年股骨粗隆间骨折的疗效。方法:选择 2010 年 1 月~2013 年 12 月在我院治疗的股骨粗隆间骨折手术病人 120 例,分为两组:行切开复位+动力髌(或股骨近端锁定钢板)内固定者为对照组,行闭合复位+PFNA 内固定结合中药治疗者为观察组。通过随访,进行疗效分析。结果:PFNA 结合中药治疗的疗效优于动力髌(或股骨近端锁定钢板)内固定者。结论:PFNA 结合中药治疗是目前中老年股骨粗隆间骨折的理想治疗方法。

关键词:中老年股骨粗隆间骨折;PFNA 内固定;中药治疗;临床疗效

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.013

随着我国人口老龄化的出现,骨质疏松性股骨粗隆间骨折的中老年患者数量日益增多。以往认为动力髌内固定是手术治疗股骨粗隆间骨折的“金标准”,但是经过多年的临床观察发现,股骨粗隆间骨折患者行动力髌固定术后,容易出现螺钉断钉和主钉从股骨颈内切割脱出等现象,导致后期出现骨不连和髌内翻等并发症^[1]。2012 年始,我院采用股骨近端防旋髓内钉(PFNA)内固定治疗中老年股骨粗隆间骨折,术后早期让患者负拐下地活动,并结合骨折三期辨证论治行中药治疗,取得了良好的疗效^[2]。通过对 2010 年 1 月~2013 年 12 月在我院接受手术治疗的中老年股骨粗隆间骨折病例资料进行回顾性地分析比较,我们认为 PFNA 结合中药治疗股骨粗隆骨折相比其他方法更为优越。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月~2013 年 12 月在我院接受治疗的中老年股骨粗隆间骨折手术病人 120 例,分为两组:给予切开复位+动力髌(或股骨近端锁定钢板)内固定的 60 例患者为对照组,其中男 28 例,女 32 例,左侧 29 例,右侧 31 例;进行闭合复位+PFNA 内固定结合中药治疗的 60 例患者为观察组,其中男 27 例,女 33 例,左侧 32 例,右侧 28 例。骨折分型方面:中医骨伤分型按《中医病证诊断疗效标准》^[3],西医分型按 Evans 分型^[4],两组的数量无明显差异。两组病例在性别、年龄、骨折分型等方面,差别无明显统计学意义。

1.2 手术方法 对照组:按照髌部骨折手术常规,取髌关节外侧切口切开,将骨折切开复位后行动力髌(或股骨近端锁定钢板)内固定。观察组:患者取仰卧位,牵引床将骨折闭合复位,C 臂机透视下骨折复位满意后,在股骨大粗隆顶点上方作纵行皮肤切口,钝性分离臀中肌。触摸大粗隆顶点并开孔,透视下确认导针位置,行股骨近端扩髓,选择合适的髓内钉插入,置入螺旋刀片,最后远端置入交锁钉。

1.3 药物治疗 观察组:中药治疗按骨折三期辨证论治:初期:术前以复元活血汤加减行活血化瘀、消肿止痛治疗,术后以五味消毒饮加减行清热凉血、消肿止痛治疗;中期:以续骨活血汤加减行祛瘀生新,接骨续筋治疗;后期:气血虚者以八珍汤加减行补益气血、强筋健骨治疗,肝肾虚者以独活寄生汤加减行培补肝肾、强筋健骨治疗。两组围手术期行抗感染治疗,同时行抗骨质疏松治疗。

1.4 统计学意义 数据采用 SAS 统计软件包分析,率的比较采用 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示并采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P<0.01$ 为差异有显著统计学意义。

2 疗效观察

2.1 疗效评定 按《中医病证诊断疗效标准》^[3]进行评定。治愈:骨折对位满意,有连续性骨痂通过骨折线,无跛行及疼痛,能恢复正常行走、下蹲及劳动;好转:骨折线模糊,对位尚满意,髌内翻在 25° 以内,短缩畸形在 2 cm 以内,轻度跛行及下蹲受限,能参加一般劳动及自理生活;未愈:骨折畸形愈合,髌内翻 25° 以上,患肢短缩 2 cm 以上,或骨折不愈合,患肢不能负重。

2.2 治疗结果 统计两组手术时间、术中出血量和术中(术后)输血量等指标对术中情况进行分析。手术后对患者进行 8~24 个月的随访,平均 13.6 个月,按照《中医病证疗效评定标准》统计疗效,两组比较,差异均有显著统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1~表 2。

表 1 两组术中情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术中(术后)输血量(ml)
对照组	60	90 $\pm$ 15	500 $\pm$ 150	400 $\pm$ 200
观察组	60	40 $\pm$ 10	100 $\pm$ 50	200 $\pm$ 200

表 2 两组疗效及术后愈合情况比较

组别	n	治愈(例)	好转(例)	未愈(例)	平均愈合时间(个月)	治愈好转率(%)
对照组	60	45	6	9	7.5	85.0
观察组	60	58	1	1	4.5	98.3

3 讨论

髌部骨折的患者经常出现下肢静脉血栓、消化系统溃疡、褥疮、肺部和泌尿系统感染等并发症，特别是下肢静脉血栓会造成严重的后果，血栓脱落可能会导致肺梗塞，甚至危及患者生命。其形成的主要原因是：创伤或手术而引起的机体凝血因子释放增加；患者活动减少后出现血液循环减慢；肢体肿胀压迫使血管腔变狭窄；或者创伤后肢体血管壁受损等。故对无明显禁忌证的患者，要尽早进行手术，以使患者术后早期能够尽早进行功能锻炼，方便护理，减少因长期卧床引起的各种并发症，降低致残率和病死率。

对于骨质疏松症不严重的稳定型股骨粗隆间骨折，使用动力髌内固定治疗可取得较好的效果，但是，对于骨质疏松症较重的中老年患者，动力髌主钉容易从股骨颈内切割，而导致髌内翻畸形。PFNA 内固定治疗股骨粗隆间骨折具有手术操作简便、组织创伤小、切口出血少和固定牢靠等优点。螺旋刀片既可以防止断端旋转，又可以轴向挤压，防止骨量丢失，力学稳定性良好，有利于术后早期进行肢体功能

锻炼。中医药治疗方面，我们按照骨折三期辨证论治^[5]：早期：术前行活血化瘀、消肿止痛治疗，术后行清热凉血、消肿止痛治疗，结合抗静脉血栓等治疗^[6]，以预防围手术期各种并发症；中期：给予祛瘀生新，接骨续筋治疗；后期：气血虚者行补益气血、强筋健骨治疗，肝肾虚者行培补肝肾、强筋健骨等治疗，以促进骨折愈合。术后早期指导患者进行功能锻炼，以利于肢体功能恢复。将中医学和现代医学技术相结合，取长补短，能够取得更好的疗效，中老年股骨粗隆间骨折行闭合复位 +PFNA 内固定结合中药治疗是目前理想的治疗方法。

参考文献

[1]李钰军,黄远翘.股骨粗隆间骨折 DHS 和 PFNA 术后并发症的临床分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(4):333-334
[2]张立国,张学斌,庞政生,等.微创 PFNA 治疗高龄股骨粗隆间骨折短期疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(10):916-917
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.170-171
[4]王亦璁,姜保国.骨与关节损伤[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2012.1180-1194
[5]王和鸣.骨科学[M].北京:北京科学技术出版社,2007.243-248
[6]王月,王铁铸,吕志伟,等.老年髌部骨折术后下肢深静脉血栓的预防[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):137-138

(收稿日期:2014-12-25)

中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的临床应用价值

彭苏琦 钟波涛 李皓莘

(广东省珠海市香洲区第二人民医院骨科 珠海 519000)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的应用价值。方法:选取 2013 年 6 月~2014 年 8 月我院收治的胫骨平台骨折患者 60 例,均行切开复位内固定术,按随机数字表法将 60 例患者分成实验组 30 例和对照组 30 例,对照组给予常规康复训练,实验组给予中西医结合康复治疗,对比两组康复效果。结果:实验组 3 个月内骨折愈合率为 50.0%,高于对照组的 30.0%($P<0.05$);实验组并发症发生率为 3.3%,低于对照组的 16.7%($P<0.05$);术后 6 个月,实验组上下楼能力评分、屈曲能力评分、行走能力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中具有较高的应用价值,值得临床推广应用。

关键词:胫骨平台骨折;术后康复;中西医结合疗法;应用价值

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.014

手术治疗胫骨平台骨折,可恢复关节正常力线,为术后功能锻炼提供有利条件。切开复位内固定术后,胫骨平台骨折患者便进入术后康复锻炼期,康复锻炼期为膝关节功能恢复的关键时期,术后早期活动可促进全身和局部血液循环,利于关节软骨修复、再生,还能有效防止关节黏连^[1]。本文探讨了中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的应用价值,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 6 月~2014 年 8 月我

院收治的胫骨平台骨折患者 60 例。纳入标准^[2]:(1)经 X 线片或 CT 诊断为胫骨平台骨折;(2)膝关节局部肿胀、疼痛,患肢屈曲活动受限;(3)新鲜骨折,均接受切开复位内固定术;(4)自愿参与本研究。排除标准:(1)病历及影像学资料不完整患者;(2)胫骨平台陈旧性骨折患者;(3)严重呼吸系统疾病、心脑血管疾病、肝肾疾病及血液系统疾病者;(4)不愿参与本研究。按随机数字表法将入选病例分为实验组和对照组各 30 例,对比两组基本资料, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。