

人工关节置换术结合快速康复外科理念治疗 高龄股骨粗隆间骨折

钟雪平 李井山 陈润江 康琍 刘珊 饶放萍 刘辉 张万泉 饶义康

(江西省萍乡市第二人民医院 萍乡 337000)

摘要:目的:探讨人工关节置换术结合快速康复外科(Fast Track Surgery, FTS)理念治疗高龄股骨粗隆间骨折的疗效。方法:总结我科 2012 年 3 月~2014 年 5 月应用人工关节置换术结合快速康复外科理念治疗 48 例高龄(平均 83.1 岁)股骨粗隆间骨折的临床资料。FTS 内容包括:(1)术前病人教育;(2)优化麻醉选择、良好止痛及利用微创外科技术以减少手术应激反应;(3)术后康复治疗,包括早期下床活动及早期肠内营养。48 例中 40 例行单头置换,8 例行全髋置换,术后镇痛,双下肢足趾活动恢复后即进行床上踝关节、足趾活动,扩胸运动、股四头肌肌力训练等,术后第 1 天复查 X 线片后,即予协助床边半卧位平衡功能训练,术后第 2~5 天进行坐位到立位练习,在护士指导下使用助行器下床进行床边站立,原地踏步 5 min,然后进行步态训练,一直到患者出院。通过比较患者术前、术后 2 周的 Harris 评分、髋关节活动度、术后下床活动时间、进食时间、住院天数、并发症发生及自理能力等,观察 FTS 对人工关节置换术后的恢复效果。结果:48 例获完整随访,随访时间 6~12 个月,平均 9 个月。术后 2 周 Harris 评分平均 80.3 分,术后半年 Harris 评分平均 88.2 分,优良率 89.6%。本组患者的术后进食时间、下床活动时间明显提前,住院天数、术后并发症明显减少,自理能力得到很大提高。结论:应用人工关节置换术结合 FTS 理念能促进高龄股骨粗隆间骨折早期康复,缩短住院时间,提高患者的生活自理能力,具有较高的临床应用价值。

关键词:股骨粗隆间骨折;高龄患者;人工关节置换;快速康复外科

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.024

我科自 2012 年 3 月~2014 年 5 月应用人工关节置换术结合快速康复外科(Fast Track Surgery, FTS)理念治疗 48 例高龄股骨粗隆间骨折患者,取得较好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 48 例患者均为单侧骨折,年龄 76~92 岁,平均 83.1 岁,其中男 25 例,女 23 例,均为行走中不慎跌倒所致。按照 Evans Jensen^[1]分型, I 型 2 例, II a 型 18 例, III 型 8 例, IV 型 12 例, V 型 8 例。45 例患者患有多种内科疾患,如高血压、冠心病、糖尿病、脑血栓、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺心病、重度骨质疏松等。全部患者中 40 例行人工半髋关节置换;8 例内科疾患少,受伤前行动能力强,预期寿命超过 8 年,行全髋置换。假体类型的选择:因高龄患者均有明显的骨质疏松,股骨上段骨质量较差,非骨水泥假体难以达到早期的稳定性,不宜早期负重,所以不宜采用,本组全部采用骨水泥假体。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 入院后予以患肢制动、镇痛(口服非甾体类抗炎药物),鼓励患者吹气球等锻炼心、肺功能;积极治疗患者基础疾病,糖尿病患者血糖稳定控制在 9 mmol/L 以下,患者血红蛋白 <70 g/dl 需输血纠正贫血至 ≥90 g/dl,控制心律失常并注重纠正水电解质及酸碱平衡,全身情况较差者给予支持疗法待患者一般情况稳定、各指标基本恢复正常后再

行手术治疗;常规行下肢静脉超声检查及 D-二聚体筛查,对已发生静脉血栓的患者,需安置静脉滤网后行手术。术前行骨折分类及骨质疏松程度分析,测量 X 片及试模术,初步确定假体型号,充分预计手术困难及应对措施。术前与患者及家属充分沟通:告知其手术、麻醉方式、术后康复计划、各种风险、并发症等。术前 2 h 禁饮,术前 30 min 静脉应用抗生素。

1.2.2 手术方法 采用连硬外麻,特殊情况采用全麻,健侧卧位,术野常规碘伏消毒,铺无菌单。改良 Gibson 入路。沿着臀大肌纤维钝性分开,在股骨转子间线紧贴骨皮质切断外旋短肌群的附着点,然后钝性剥离并且显露关节囊,切开关节囊,显露股骨头颈部及骨折部,于小粗隆上 1.5 cm 处截骨,然后行股骨近端扩髓,扩髓至合适大小,插入髓腔锉作为支撑物,将大、小粗隆等大的骨折块解剖复位,钻孔钢丝捆绑固定,小缺损可取股骨头内松质骨填充,维持完整的股骨近端形态,冲洗髓腔,填充骨水泥,轻轻击入假体柄,使假体股骨头的中心与大粗隆顶端在同一水平线上,保持前倾角待骨水泥固化,并同时维持大、小粗隆骨位置,骨折块严重粉碎无法维持原位的,股骨矩部位的骨缺损用骨水泥充填重塑。装上与股骨头直径相同大小的双极人工股骨头假体,安装满意后再次复位髋关节,各方向活动,确定无脱位表现。其中由于 II、III 型股骨距相对完整,可采用标准型人工关节,肢体长度利用不同领长的球头来调节,对于 IV 型、V 型,由于股骨距被破坏,采用加长柄假

体, 股骨距利用骨水泥塑形。冲洗创腔, 缝合关节囊, 关节腔内置引流管, 止血, 缝合切口。

1.2.3 术后处理 术后严密监护生命体征变化, 注意保温, 维持正常体温是快速康复外科护理理念中另一个不可忽视的重要方面。具体措施包括正确调节室内空调的温度和湿度, 预先加温输注液体, 使患者体温保持在 36℃ 左右, 以减轻机体的应激反应, 降低手术风险, 维护脏器功能, 改善患者预后。继续加强合并疾病治疗, 维持水电平衡, 预防感染, 抗骨质疏松治疗, 术后 6 h 予以低分子肝素抗凝治疗。麻醉清醒后, 术后 6~12 h 即循序渐进地给予肠内营养支持, 嘱患者开始活动踝关节及股四头肌等长收缩, 患肢穿防旋鞋以防髌关节脱位, 所有患者术后 24 h 内拔出引流管及导尿管; 术前存在贫血, 或术后复查血红蛋白水平 <70 g/dl 则需输血, 予以帕瑞昔布 40 mg 肌肉注射保持良好镇痛, 鼓励第 2 天开始坐起行功能锻炼, 主动活动及肢体按摩预防下肢深静脉血栓形成, 术后第 3 天鼓励患者下床患肢部分负重, 术后第 7 天开始扶助行器行走, 术后 2 周拆线。

2 结果

手术时间 50~75 min, 平均 55 min。术中和术后输血者 32 例, 均为术前有贫血, 该 32 例患者平均输血量 400 ml。有 1 例患者因为术中骨水泥高敏反应猝死。其余所有患者术中、术后均无骨折、感染、脱位等并发症发生。术后 3 d 可下地的患者占 85.4%, 术后 7 d 可在助行器帮助下行走的患者占 95.8%, 术后 2 周 Harris 评分平均 80.3 分, 术后半年 Harris 评分平均 88.2 分, 优良率 89.6%, 平均随访 9 个月 (6~12 个月)。本组患者的术后下床活动时间较内固定方法明显提前, 住院天数、术后并发症明显减少, 自理能力得到很大提高。所有患者在随访期间均未发生假体明显下沉、松动和异位骨化。

3 讨论

3.1 手术时机的选择 年龄超过 75 岁老年患者往往伴有多种内科系统疾病, 全身情况及储备能力差, 经历一次髌部骨折的打击后, 会导致原有疾病加重, 严重威胁患者生命。用牵引或内固定治疗卧床时间长, 患肢不能早期负重, 而长期卧床极易导致褥疮、肺炎、血管栓塞和泌尿系统感染等并发症, 最终可导致患者死亡。而采用人工关节置换术患者能早期下床行走, 可避免长期卧床引起的一系列并发症, 而且大大缩短了老年患者的住院康复时间^[2]。近年国内也有不少学者报道比较人工关节置换术组与内固定术组在功能恢复等方面均有明显优越性^[2-3], 也避免了内固定治疗术后骨折移位髌内翻、内固定不牢固、

骨折不愈合等并发症的发生。因此, 我们认为只要患者能耐受手术, 宜尽早手术治疗。

3.2 手术方式的选择 假体选择, 根据患者受伤前活动量及全身情况决定行全髌关节置换术还是半髌关节置换术; 伴有严重的内科疾患的高龄患者, 受伤前活动量小, 对髌关节活动要求不高我们一般采用半髌关节置换术, 全髌关节置换术手术时间长, 创伤大, 术后失血多, 内科基础病少, 骨质密度较好, 预期寿命超过 8 年者还是行人工全髌关节置换。I、II、III 型由于股骨距相对完整, 可采用标准型人工关节, 肢体长度利用不同领长的球头来调节, 对于 IV、V 型, 由于股骨距被破坏, 必须采用加长的翻修假体, 股骨距利用骨水泥塑形, 另外对于 V 型, 大转子必须固定, 否则术后臀中肌无力, 不能维持步态。骨折块的处理: 骨折后, 大、小粗隆移位可使人工关节置换失去重要的骨性标志, 术中行股骨颈截骨后可用腔锉作为支撑物, 将大、小粗隆等大的骨折块解剖复位, 钻孔钢丝捆绑固定, 其他骨折块不必强求良好复位, 以缩短手术时间, 取股骨头内松质骨填充骨折间隙, 防止骨水泥加压填入时从骨折端溢出。骨水泥具有一定的毒性, 关节置换术中骨水泥植入后可引起不同程度的血流动力学紊乱, 严重时可导致休克、猝死, 尤其是高龄患者, 器官代偿能力下降, 风险更大, 特别是应用长柄假体时骨水泥量相对较多, 骨水泥不能太稀, 注入前提醒麻醉师做好防范。

3.3 快速康复外科措施在人工髌关节置换术中的意义 快速康复外科的概念最早由丹麦外科医生 Kehlet 在 2001 年率先提出, 是指在术前、术中及术后应用各种已证实有效的方法以减少手术病人心理及生理应激及并发症, 加速病人术后的康复^[4]。快速康复外科一般包括以下几个重要内容: (1) 术前病人教育; (2) 更好的麻醉、止痛及外科技术以减少手术应激反应、疼痛及不适反应; (3) 强化术后康复治疗, 包括早期下床活动及早期肠内营养。快速康复外科必须是一个多学科协作的过程, 不仅包括外科医生、麻醉师、康复治疗师、护士, 也包括病人及家属的积极参与, 良好而完善的组织实施是保证其成功的重要前提。不论全髌或半髌关节置换术的手术创伤都较大, 加之超高龄患者基础情况差, 手术创伤会导致术后疼痛、应激反应、器官功能损害以及血栓栓塞的风险、精神创伤等一系列并发症, 往往需要较长的住院时间及术后康复进展缓慢。而快速康复外科通过改进围手术期一系列措施, 在不增加术后并发症的风险、不降低手术疗效的情况下, 缩短患者平均住院时间及加速康复过程。我们通过制定一套行之有效

的快速康复治疗方,改进围手术期患者的管理,使高龄髋部骨折患者得到及时有效的治疗,尽早地使患者下床活动,避免了各种严重并发症的发生,延长了预期寿命,改善了生活质量。重点做到以下几点:(1)术前与患者取得良好沟通,对其进行充分的术前教育,可以减轻焦虑和恐惧的心情,缓解术后疼痛,使病人更好地配合治疗,加速术后恢复。(2)目前普遍认为围手术期的营养状态对于并发症率、医疗费用及住院时间都有统计学关联,因此术前给予优良的营养十分必要。术前长时间禁食可加重术后的胰岛素抵抗,使血糖升高,而胰岛素抵抗被认为是延长术后住院时间的独立预测因子。对高龄人工关节置换术病人,术前 2 h 可饮含糖水 200 ml,可补充水分和能量,减轻术前饥饿及口渴感等不适,提高了患者对手术的耐受能力,并可减少术后胰岛素抵抗的发生,并不会增加手术中反流与误吸的风险^[9]。(3)围手术期的有效止痛是快速康复外科的关键环节,充分止痛有利于患者早期下床活动,对减少手术应激反应。做到超前镇痛(preemptiveanalgesia),即在疼痛发生前进行干预,从而阻止或减轻中枢神经的致敏作用以及感受伤害的传入,达到减轻术后疼痛、延长镇痛时间和减少止痛药需求量的目的。常用的超前镇痛方法有硬膜外镇痛、外周神经阻滞以及非甾体类抗炎药物、小剂量氯胺酮或阿片类药物局部及全身使用。(4)在施行快速康复外科时,要求的麻醉包括优化术前用药、提供最好的术中条件、加快麻醉后恢复、避免术后的副反应及早期并发症、降低术后

应激反应、充分止痛消除不适、加速术后功能重建等,硬膜外麻醉比全身麻醉更能减少术后并发症的发生而快速康复,全身麻醉因其并发症较多不作为首选。(5)快速康复外科强调早期下床活动,康复锻炼与最终预后有着密切联系。关节置换术为患者早期下床活动提供了条件,术后早期下床活动可减少肌肉消耗、增强心肺功能、促进胃肠道功能的恢复以及加速切口部位的血液循环,促进切口愈合及下肢静脉回流,预防术后深静脉血栓的形成,减少术后并发症的发生。早期活动并不增加假体松动的风险。快速康复外科中优化麻醉方式及良好的围手术期镇痛,也均有利于患者尽早地开始活动和康复训练。尽早锻炼不仅使患者卧床时间缩短,而且能使心理满意度提高,加快出院时间,同时减少了治疗费用。需要强调的是快速康复外科概念的意义不仅仅是为了早期出院、减少治疗费用,而主要目的是减少了患者的病理生理反应,促进病人早期康复。

参考文献

- [1]蔡小强,邹天明,陈广祥,等.人工股骨头置换与动力髌螺钉内固定治疗高龄股骨粗隆间骨折临床对比分析[J].中国矫形外科杂志,2010,18(19):18-19
- [2]王浩,胡沛然,陈森,等.人工髋关节置换治疗高龄老年股骨转子间骨折[J].临床骨科杂志,2010,13(4):464-465
- [3]麻东风.动力髌螺钉、关节置换治疗高龄股骨粗隆间骨折的疗效评价[J].中国老年学杂志,2010,30(10):1443-1444
- [4]江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].中国实用外科杂志,2007,27(2):131-133
- [5]茅迪敏.术前 2 h 进饮葡萄糖水在围手术期应用的初步结果分析[J].浙江临床医学,2010,12(2):143-144

(收稿日期:2015-03-04)

培菲康治疗急性肠胃炎的临床探讨

杨燕

(南京医科大学第一附属医院 江苏南京 210029)

摘要:目的:探讨培菲康治疗急性肠胃炎的临床效果。方法:选取我院 2013~2014 年收治的急性肠胃炎患者 128 例,根据使用药物的不同分为两组,研究组 68 例,给予培菲康药物治疗,对照组 60 例,给予乳酸左氧氟沙星片药物治疗,观察两组患者的治疗效果。结果:研究组总有效率(97.1%)显著高于对照组(86.7%),差异有统计学意义, $P<0.05$;研究组患者临床症状消失时间及并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:急性肠胃炎采用培菲康药物治疗效果显著,能够提高患者的总有效率,缩短治疗时间,降低并发症的发生,临床应用价值高。

关键词:急性肠胃炎;培菲康;临床效果

中图分类号:R574.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.025

急性肠胃炎是指在进食过程中,食物被相关细菌或病毒污染导致进食者发生胃肠道急性炎症等一系列临床病症^[1]。本研究探讨培菲康治疗急性肠胃炎的临床效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2013~2014 年收治的急

性肠胃炎患者 128 例,根据使用药物的不同分为两组,研究组 68 例,对照组 60 例。入选标准:年龄 20~55 岁,临床表现为恶心呕吐、持续腹痛、腹泻、乏力等,患病时间 7 d 内。排除标准:对本药过敏、妊娠期、哺乳期患者和严重心脏、肾功能不全者。对比两组患者的基本资料,差异无统计学意(下转第 47 页)