表 2　两组治疗前后 ALT、AST、ALB、CHE 指标比较(U/L, $\bar{x} \pm s$)

组别		n	ALT	AST	ALB	CHE
对照组	治疗前	30	87.21± 57.44	119.46± 58.24	27.76± 7.64	3 623.42± 864.12
	治疗后	30	56.18± 24.83▲	74.39± 25.15▲	29.89± 8.68	3 935.71± 786.10
治疗组	治疗前	30	89.10± 54.32	122.05± 54.53	26.83± 8.16	3 644.74± 901.60
	治疗后	30	54.94± 26.26▲	73.07± 26.22▲	35.70± 7.61▲▽	4 545.48± 916.94▲▽

注：与同组治疗前比较，▲$P<0.05$；与对照组治疗后比较，▽$P<0.05$。

3　讨论

肝硬化腹水是由不同原因所致肝硬化引起的病理性液体积聚于腹腔的临床症状，其发生机制与门静脉高压及低蛋白血症有密切关系。目前治疗肝硬化腹水的常用措施有卧床休息，限钠限水，利尿，提高血浆白蛋白，穿刺放腹水，腹水超滤回输等。然而由于腹水易反复发作，并发症多，对利尿药易耐药等特点，肝硬化腹水的临床治疗始终是个难题。

中医药治疗肝硬化腹水具有丰富的临床经验，中医根据其腹大如鼓、皮色苍黄、脉络暴露的特征，称之谓“鼓胀”，亦称“臌胀”，为风、痨、臌、膈四大疑难症之一。鼓胀的发生，与黄疸、胁痛、积聚迁延不愈，情志不遂，酒食不节及血吸虫感染有关，影响肝、脾、肾三脏功能，气血水瘀积于腹内，以致腹部日渐胀大，而成鼓胀。鼓胀的形成，肝、脾、肾功能失调是关键，肝脾两伤日久，脾失健运，清阳不升，水谷精微不能输布以奉养他脏，日久致阳损及阴，导致肝肾阴虚。故病变的性质多是本虚标实或虚实夹杂，肝肾阴虚证多属于鼓胀病中晚期，腹水迁延难消除。五子衍宗丸具有补肾益精之功效，原方主治肾虚精亏所致的阳痿不育、遗精早泄、腰痛、尿后余沥；滋水清肝饮具有滋阴养血，清热疏肝，症见阴虚肝郁，胁肋胀痛，胃脘疼痛，咽干口燥，舌红少苔，脉虚弦或细软。两方合用，方中菟丝子既能温补肾阳，又可补益肾阴，且可补脾以资化源；枸杞子味甘质润，滋补肝肾而益精，覆盆子补肾助阳，五味子补肾固精，车前子渗水利湿，熟地、山药、山萸肉滋阴补肾，柴胡、当归、白芍、山栀子、丹皮疏肝气、养肝血、泄肝火，茯苓、泽泻健脾利水，从而起到补肝肾，滋阴血，利水湿的功效，药证合拍，直中病因。本研究结果表明，在西医治疗基础上，辨证合用中药汤剂治疗肝硬化腹水疗效确切，值得临床进一步推广。

参考文献

[1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肝硬化中西医结合诊疗共识[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(4):277-279

[2]中华中医药学会脾胃病分会.肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见[J].北京中医药,2012,31(11):868-870

（收稿日期：2015-12-26）

PFNA 内固定与人工股骨头置换术治疗高龄股骨粗隆间骨折有效性的观察

王生余

（广西南宁市中医医院骨科　南宁 530000）

摘要： 目的：探讨 PFNA 内固定与人工股骨头置换术在治疗高龄股骨粗隆间骨折中的有效性。方法：选取 2012 年 10 月~2014 年 10 月我院收治的股骨粗隆间骨折患者 106 例，按照治疗方式的不同分为对照组和观察组，对照组患者 50 例，使用人工股骨头置换术进行治疗；观察组患者 56 例，使用 PFNA 内固定进行治疗，观察两组手术需要的时间、手术出血量情况、手术过程中 X 线暴露的次数、下地负重的时间、手术后 3 个月的 Harris 评分情况及并发症发生率。结果：经过治疗后发现，观察组患者在手术时间和出血量方面明显低于对照组患者，但是在手术过程中 X 线暴露的次数和下地负重的时间却明显高于对照组患者，$P<0.05$，差异具有统计学意义；在 Harris 评分情况方面，手术后的 1 个月、2 个月之内对照组患者高于观察组，但是在手术后 3 个月之后，两组患者的水平基本一致，$P>0.05$，无显著性差异；在并发症发生率方面两组患者也无显著性差异。结论：PFNA 内固定与人工股骨头置换术两种治疗方式在治疗高龄股骨粗隆间骨折中各有不同的特点，需要根据患者的实际情况来选择合适的治疗方式。

关键词： 高龄股骨粗隆间骨折；PFNA 内固定；人工股骨头置换术；有效性

中图分类号： R683.42　　**文献标识码：** B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.015

股骨粗隆间骨折是临床中一种常见的病症，在治疗过程中，主要的手段就是 PFNA 内固定和人工股骨头置换术两种，但是在适应症选择方面两者存在着较为明显的差异，因此，医学界对于两种治疗方式在治疗股骨粗隆间骨折中孰优孰劣存在着较大的分歧。笔者认为，两种治疗方式各有不同的特点，需要根据患者的具体病情来选择合适的治疗方式。本研究探讨 PFNA 内固定与人工股骨头置换术在治疗

高龄股骨粗隆间骨折中的有效性，取得了较好的效果。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月 ~2014 年 10 月我院收治的高龄股骨粗隆间骨折患者 106 例，按照治疗方式的不同分为对照组和观察组。对照组 50 例，其中男性 30 例，女性 20 例，年龄 60~92 岁，平均年龄（78.32± 2.25）岁，受伤的原因如下：摔伤 16 例（32.00%），高处坠落受伤 19 例（38.00%），交通伤害 15 例（30.00%）；观察组 56 例，其中男性 33 例，女性 23 例，年龄 70~86 岁，平均年龄（75.14± 2.16）岁；受伤的原因如下：摔伤 20 例（35.71%），高处坠落受伤 17 例（30.36%），交通伤害 19 例（33.93%）。两组患者在年龄、性别、受伤原因等一般资料进行比较，差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2 方法 对照组采用人工股骨头置换术进行治疗，观察组采用 PFNA 内固定进行治疗。

1.2.1 人工股骨头置换术 （1）全面体格检查，了解心、肺、肝、肾功能，并进行适当治疗以适应手术。（2）侧俯卧位，患肢在上，患髋屈曲 45°，便于术中各方向活动。股骨颈骨折者于术前行皮牵引或胫骨结节牵引，先纠正骨折远端的向上移位和解除髋关节周围肌群挛缩，以便术中复位及减少术后并发症。显露关节囊后，将关节囊“T”型或“I”型切开，向两侧翻开，并推开股骨颈基底部关节囊，即可充分显露股骨头、颈及基底部。（3）探查及切除股骨头。（4）修正股骨颈。（5）安放人工股骨头。（6）复位人工股骨头。（7）安放负压引流。

1.2.2 PFNA 内固定 麻醉生效后，患者仰卧于标准骨科床上，双足放于有软垫的足架上，会阴部放置对抗牵引柱，骨盆置于水平位，内收躯干和患侧下肢，同时屈曲，外展健侧下肢。牵引复位骨折，“C”型臂下见骨折复位良好，常规消毒铺巾。做斜行皮肤切口：起自股骨大转子尖的近端，并向近侧及后侧延伸，切开皮下、阔筋膜张肌，由股骨大转子外侧旋入导针，空心钻扩髓，推入直径 11 mm× 220 mm 的钛合金髓内钉，透视下确认深度是否合适。在近端瞄准器导引下旋入螺纹导针，调整前倾角，测深 100 mm。钻孔，旋入 100 mm 的螺旋刀片。远端锁入长为 35、30 锁钉各 1 枚，锁定刀片，安置尾帽，“C”型臂下见骨折复位良好，内固定物位置满意后冲洗伤口，检查是否出现活动性出血情况，敷料包扎即可。

1.3 观察指标 观察两组手术时间、手术出血量情况、手术过程中 X 线暴露的次数、下地负重的时间、手术后 3 个月的 Harris 评分情况及并发症发生率。

1.4 统计分析 对两组患者各项数据进行分类和汇总处理，采取统计学软件 SPSS19.0 对上述汇总数据进行分析和处理，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、手术出血量、X 线暴露的次数和下地负重时间比较 经过治疗后发现，观察组患者在手术时间和手术出血量明显低于对照组患者，但是在手术过程中 X 线暴露的次数和下地负重的时间却明显高于对照组患者，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术时间、手术出血量、X 线暴露的次数和下地负重时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	手术需要时间（min）	手术出血量（ml）	X 线暴露次数（次）	下地负重时间（d）
对照组	75.15± 3.04	303± 27.32	0.11± 0.02	16.42± 3.21
观察组	60.25± 2.01	210± 25.61	2.34± 0.35	39.15± 5.76
t 值	24.19	14.69	37.63	20.39
P 值	0.00 00	0.00 00	0.00 00	0.00 00

2.2 两组患者 Harris 评分比较 在 Harris 评分情况方面，手术后的 1 个月、2 个月之内对照组患者高于观察组，$P<0.05$；但是在手术后 3 个月之后，两组患者的水平基本一致，$P>0.05$，无显著性差异。见表 2。

表 2 两组患者 Harris 评分情况比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	手术后 1 个月	手术后 2 个月	手术后 3 个月
对照组	78.56± 4.31	86.21± 4.85	92.22± 2.97
观察组	62.97± 3.77	72.35± 2.61	92.37± 2.85
t 值	16.12	14.89	0.22
P 值	0.00 00	0.00 00	0.83

2.3 并发症情况比较 对照组为 5 例，观察组为 6 例，所占的比例为 10.00%、10.71%；两组比较无显著性差异。

3 讨论

随着人口的老龄化及多种因素的影响，股骨粗隆间骨折发生的几率越来越高。股骨粗隆间骨折是临床中一种常见的老年性疾病，据相关调查研究显示[1]，此种疾病的发病几率占全身骨折的 4%~5%，在髋部骨折中所占的比例为 33%~50%[2]。股骨粗隆间骨折患者多为高龄患者，大多数患者都有骨质疏松情况发生，并且常常会合并复杂的内科疾病，因此身体治疗的基础情况较差[3]。上述情况的发生会导致手术过程中复位困难、内固定物容易松动、骨折愈合需要的时间较长等情况发生。目前，该病治疗的方式主要有两种，即 PFNA 内固定与人工股骨头置换术[4]。

（下转第 37 页）

活血养血化瘀、清热凉血解毒之功效。许志庆等[17]采用上方加减治疗全膝关节置换术后炎症反应，取得满意效果。

发于下肢部位的丹毒，俗称“流火”。中医认为，丹毒是由于外受火毒、风热、湿邪侵袭，内外热毒郁积于肌肤，导致气血凝滞，经络阻塞而成[18]。《圣剂总论》说：“热毒之气，爆发于皮肤间，不得外泄，则蓄热为丹毒”。若患者素体脾经湿热，外感火毒之气与脾经湿热相感或外感湿邪与内蕴湿热相合，湿热下注，流走于腿、足而形成流火。根据该病局部胀痛、水肿、发热，甚至出现下肢水泡等特点，中药辨证认为其病理机制主要以瘀、热、湿、毒为患，治疗要用凉血化瘀、清热解毒、利湿消肿之法。本研究取桃红四物汤活血化瘀之功效，合五味消毒饮清热解毒，另加祛湿凉血中药，诸药合用可达清热解毒、活血祛瘀、利湿消肿之效。

在本研究治疗过程中，我们选择头孢硫脒联合桃红四物汤、五味消毒饮加减治疗下肢丹毒，结果显示，治疗组治愈率为 96.97%，对照组治愈率为 62.50%，治疗组治愈率明显高于对照组，差异显著，$P<0.01$；治疗组症状、体征和白细胞计数等各项指标恢复时间缩短，皮肤红肿、疼痛、发热时间、白细胞计数恢复正常时间均较对照组缩短，差异有统计学意义，$P<0.05$。这表明头孢硫脒联合桃红四物汤、五味消毒饮加减治疗下肢丹毒具有缩短病程，减轻病人痛苦，治愈率高等优点。综上所述，中西医结合治疗下肢丹毒效果良好，在临床上值得应用。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.153
[2]刘长青.中西医结合治疗丹毒临床观察[J].山西中医,2012,28(9):23
[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,1994.41
[4]梁勇柱.实用皮肤病诊疗全书[M].北京:学苑出版社,1996.417
[5]洪伟,聂会勇,杨成林.针刺释放淋巴液配伍抗感染治疗下肢淋巴水肿并发急性丹毒 31 例临床观察 [J]. 陕西医学杂志,2010,39(9):1215-1216
[6]张学军.皮肤性病学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.72-73
[7]邵跃斌.分型辨治抗生素药后证 80 例[J].长春中医药大学学报,2010,26(4):534-535
[8]毕海军.清热利湿中药联合抗生素治疗下肢丹毒 46 例疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(1):64-65
[9]刘文丽,赵恩兵,张键,等.丹参川芎嗪联合抗生素治疗下肢丹毒的疗效观察[J].陕西医学杂志,2015,44(2):234-235
[10]张正升,彭代银.桃红四物汤临床应用研究进展[J].安徽医药,2011,15(9):1162-1165
[11]丁艳杰,张前德.桃红四物汤临床与实验研究进展[J].江苏中医药,2010,42(1):77-79
[12]刘勇,刘晋闽,刘卫兵,等.桃红四物汤对全膝置换术后二聚体影响的观察研究[J].山西中医药学报,2013,14(2):60-61
[13]黄水仙,田道法.五味消毒饮临床应用研究进展[J].湖南中医药导报,2002,8(9):523-525
[14]吴坤远,刘美芳.五味消毒饮治疗外科感染的临床观察[J].内蒙古中医药,2013,32(21):56-57
[15]李忠新,张春雷,曾学辉,等.五味消毒饮对 MRSA 临床株抗菌活性影响的实验研究[J].国际检验医学杂志,2013,34(12):1613-1615
[16]庞博,董军杰,庞国勋.清热解毒类中药的药理作用及应用探讨[J].临床合理用药,2013,6(31):180-181
[17]许志庆,张怡元,林煜,等.桃红四物汤合五味消毒饮加减治疗全膝关节置换术后炎症反应的临床疗效[J].福建医药杂志,2015,37(2):107-110
[18]郭丽霞,孙雪莲.中西医结合治疗下肢丹毒 60 例[J].福建中医药,2006,37(3):22

（收稿日期：2015-10-27）

（上接第 33 页）

PFNA 内固定隶属于内固定治疗的一种，在股骨颈固定部分常常会使用旋转刀片代替螺钉。在打入股骨颈的过程中，旋转刀片对周围的骨质能够起到镇压的作用，减少了骨质浪费，增大了固定把持力，更加适合高龄患者[5]。人工股骨头置换术是临床中治疗股骨粗隆间骨折的标准方式，该治疗方式主要是通过填充骨水泥和人工关节假肢之间的空间来增加人工关节的稳定性，在骨水泥凝固后就能够起到固定的作用，因此患者恢复的时间较短，能够较早地进行关节活动，减少了卧床的时间[6]。综上所述，股骨粗隆间骨折最为常用的两种治疗方式为 PFNA 内固定与人工股骨头置换术，这两种治疗方式各有不同的特点，需要根据患者的实际情况来选择合适的治疗方式。

参考文献

[1]李伟,许永武.人工股骨头置换术与内固定治疗高龄骨质疏松股骨粗隆间骨折的比较[J].实用临床医学,2013,14(1):57-59
[2]尚宏喜,张睿,黄晓阳,等.PFNA 与人工股骨头置换术治疗高龄股骨粗隆间骨折的比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):143-144
[3]关长勇,常青,彭伟,等.PFNA 内固定与人工股骨头置换术治疗高龄股骨粗隆间骨折疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):110-112
[4]胡克立,胡海清,时宏富,等.PFNA 内固定与人工股骨头置换术治疗高龄不稳定股骨粗隆间骨折的比较 [J]. 中国骨与关节损伤杂志,2013,28(6):547-548
[5]李伟.人工股骨头置换术与内固定治疗高龄骨质疏松股骨粗隆间骨折的疗效对比[D].南昌:南昌大学医学院,2013.12-18
[6]王卫东,白峰.人工股骨头置换术与 PFNA 内固定治疗高龄不稳定型股骨粗隆间骨折的疗效比较[J].科学技术与工程,2012,20(35):9640-9643

（收稿日期：2015-05-05）