绿色通道在老年髋部骨折临床治疗中的应用研究

李继川，赵义荣，俞春生，吕志宇，许德智

永康市骨科医院骨科，浙江 永康 321300

[摘要] 目的：探讨绿色通道在老年髋部骨折治疗中的应用价值。方法：选取 90 例髋部骨折的老年患者，随机分为对照组和观察组各 45 例，对照组按照常规治疗原则进行治疗，观察组在绿色通道模式下进行治疗，观察比较 2 组患者并发症发生率、临床疗效等。结果：临床总有效率观察组为 95.6%，对照组为 73.3%，2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2 组患者骨密度、骨钙素均较治疗前升高（$P<0.05$），且观察组上述指标升高较对照组更显著（$P<0.05$）。术后并发症发生率观察组为 6.7%，对照组为 37.8%，2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：绿色通道下中西医结合治疗老年髋部骨折，可提高临床疗效，减少并发症发生率，值得临床借鉴应用。

[关键词] 髋部骨折；绿色通道；中西医结合疗法；老年人

[中图分类号] R683.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2016）11-0084-03

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.037

骨折是中老年患者容易罹患的骨科疾病，主要与代谢性骨病有较大的关联，随着年龄的增长，中老年人骨量丢失严重，骨密度下降，骨脆性增加，容易出现骨质疏松，因轻微的外力撞击即有可能出现骨折[1~3]。髋部骨折是老年患者较容易出现的类型，具有发病率高、致残率高、致死率高等特点，临床需慎重对待和及时处理。本研究为老年髋部骨折患者开通绿色通道，制定个体化的诊疗方案，取得了较好的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例均为本院骨科自 2015 年 1—12 月收治的老年髋部骨折患者共 90 例，按照随机数字表法分为对照组和观察组各 45 例。对照组男 27 例，女 18 例；年龄 56～74 岁，平均(64.8±8.1)岁；右侧髋骨骨折 19 例，左侧髋骨骨折 26 例；采用髓内钉内固定术者 23 例，动力髋部螺钉内固定术者 22 例。观察组男 26 例，女 19 例；年龄 55～76 岁，平均(65.1±7.9)岁；右侧髋骨骨折 21 例，左侧髋骨骨折 24 例；采用髓内钉内固定术者 20 例，动力髋部螺钉内固定术者 25 例。2 组患者性别、年龄、骨折类型等比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(第三稿)2014 版》[4]中关于髋骨骨折的临床诊断标准。①年龄在 55 岁以上；②经 CT、核磁共振等检查确诊为髋骨骨折；③骨量减少，骨密度低于 -2.5SD。

1.3 纳入标准 ①符合髋骨骨折临床诊断标准；②同意参加临床研究并签署知情同意书；③近期为使用影响骨代谢药物；④无严重的肝、肾等重要脏器疾病。

1.4 排除标准 ①对治疗药物出现严重过敏反应；②依从性差，未按照临床治疗方案进行治疗而无法判定疗效；③有精神疾患者；④合并有心血管等严重慢性疾病而不宜参与临床治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 按照常规诊疗方法，给予检查、评估、制定治疗方案，手术及手术后常规治疗。术后常规给予骨疏康胶囊(辽宁康辰药业有限公司)口服，每次 4 粒，每天 2 次；钙尔奇碳酸钙 D3 咀嚼片(惠氏制药有限公司)，每次 2 片，每天 2 次；阿法骨化醇软胶囊(华润双鹤药业股份有限公司)，每次 2 粒，每天 1 次。

2.2 观察组 髋骨骨折的老年患者入院后，经绿色通道给予及时处理，即术前多学科诊疗团队如心内科、呼吸科、麻醉科、骨科等对患者状况进行综合评估，并于 24 h 内制定个体化的诊疗方案及术后恢复方案，且在 48 h 内由具有丰富临床经验的骨科医师行手术治疗，以达到减少检查、会诊、治疗的中间环节，快速进行治疗的目的。术后在对照组的基础上加用益肾壮骨汤治疗。处方：鹿角霜 20 g，川芎 12 g，川牛膝、当归各 15 g，炒杜仲、白术、黄芪、骨碎补、鸡血藤、蒲公英各 10 g，狗脊、牡丹皮、女贞子、旱莲草、陈皮各 8 g，防

[收稿日期] 2016-06-21

[作者简介] 李继川（1967-），男，副主任医师，研究方向：骨关节与创伤。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

风6 g。根据患者的实际情况可适当加减，如出现血瘀症状者，可加桃仁、红花各10 g；出现畏寒症状者，可加红参10 g；出现腹胀症状者，可加枳壳10 g，木香8 g。每天1剂，水煎服。

2组均连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后对2组患者的肝、肾功能，骨密度，血清骨钙素等主要生理指标进行监测，并统计并发症及临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行分析处理，计数资料采用χ^2检验，计量资料采用t检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[5]中相关标准拟定。显效：髋关节活动恢复正常，无疼痛感，生活可自理；有效：髋关节活动基本正常，有疼痛感，但较轻，日常生活可部分自理；无效：髋关节活动严重受限，疼痛感较强，严重影响日常生活。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床总有效率观察组总有效率为95.6%，对照组为73.3%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	10	23	12	73.3
观察组	45	17	26	2	95.6①

与对照组比较，①$P<0.05$

4.3 2组治疗前后骨密度和骨钙素比较 见表2。治疗后，2组患者骨密度、骨钙素均较治疗前升高($P<0.05$)，且观察组上述指标升高较对照组更显著($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后骨密度和骨钙素比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	骨密度(g/cm²)	骨钙素(μg/L)
对照组	治疗前	0.774±0.046	4.73±1.08
(n=45)	治疗后	0.782±0.052①	5.28±1.13①
观察组	治疗前	0.766±0.049	4.65±1.04
(n=45)	治疗后	0.799±0.053①②	7.49±1.25①②

与同组治疗前比较，①$P<0.05$；与对照组治疗后比较，②$P<0.05$

4.4 2组术后并发症发生率比较 见表3。术后并发症发生率观察组为6.7%，对照组为37.8%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组术后并发症发生率比较 例

组别	n	并发症	发生率(%)
对照组	45	17	37.8
观察组	45	3	6.7

5 讨论

骨质疏松是临床较常见的疾病，中医学将其归属于骨痹、骨痿等范畴。骨质疏松可导致患者骨量丢失严重，容易诱发骨折，尤其在中老年人群中具有极高的发病率。髋骨骨折是临床较常见的因骨质疏松而导致骨折类型，如未及时采取合适的方法对该疾病进行处理治疗，可出现较严重的并发症，严重影响患者日常生活[6]。

髋骨骨折患者临床治疗需把握治疗的时机，尤其是身体机能出现较严重衰退的老年人，应防止各种并发症的出现。髋骨骨折临床治疗时机是指应该在尽量短的时间内进行，最大程度地提高临床治疗的效果。绿色通道是近年来国外所倡导的骨折处理方法，即从急诊门科、骨科病房到手术室及术后治疗与恢复，由具有丰富临床经验的医师、护士及相关医学人员全程参与，减少检查、会诊、治疗的中间环节，尽快实施手术。据文献报道，骨折患者在48 h内实施手术治疗，可明显减少术后并发症的发生率[7]。在传统诊疗基本原则的指导下，在较短的时间内对髋骨骨折患者实施手术进行治疗的可能性较小。本文笔者引入绿色通道概念，尽快对老年髋骨骨折患者进行会诊，制定治疗方案、实施手术及术后康复治疗等。药物治疗时，在常规治疗的基础上，辨证加用益肾壮骨汤，以提高患者肾功能，改善患者骨的营养与代谢，从而促进了骨的生长，因此笔者在临床中将益肾壮骨贯穿于治疗始终。方中鹿角霜、川牛膝、骨碎补、杜仲补肾养血，壮腰健肾，活血补气，强筋健骨；川芎行气开郁，祛风燥湿，活血止痛；白术、黄芪、鸡血藤、当归健脾益气、活血补血，诸药合用，共奏脾肾双补、强腰壮骨之效，从而达到治疗之目的。

本研究中观察组患者经绿色通道模式，在较短的时间内制定临床治疗方案并实施手术，术后采用中西医结合的方法对患者进行治疗，节省了时间，从而减少了患者的痛苦及各种并发症的发生。研究结果显示，观察组在该绿色通道模式下系统治疗4周后，患者的骨密度及骨钙素等较对照组明显上升，提高了临床疗效，同时降低了并发症的发生率。表明老年髋骨骨折患者在绿色通道模式下进行中西医结合治疗，可提高临床疗效，为临床治疗老年髋骨骨折提供一定的参考。

参考文献

[1] 李博乐．中西医结合治疗骨质疏松性髋部骨折术后临床研究[J]．新中医，2016，48(1)：67-68．

[2] 戚春潮，吴明．老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折采用中西医结合治疗的临床疗效分析[J]．中华中医药学刊，2015，33(3)：735-737．

[3] 杜勇，舒建国，龚革会．中西医结合治疗老年不稳定型股骨粗隆间骨折的疗效观察[J]．山东中医药大学学报，2015，39(4)：338-340．

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

[4] 中国老年学学会骨质疏松委员会．中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(第三稿·2014 版)[J]．中国骨质疏松杂志，2014，20(9)：1007-1009．
[5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]．北京：中国医药科技出版社，2002：237-238．
[6] 胡海，张长青．老年髋部骨折绿色通道建设[J]．上海医学，2014，37(1)：2-4．
[7] 李震华，钱成雄，彭学文，等．中西医结合治疗胫骨中下段骨折临床研究[J]．中医药导报，2015，21(10)：92-94．

(责任编辑：冯天保)

手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定治疗距下关节移位跟骨骨折

王京华

佛山中医院三水医院，广东 佛山 528100

[摘要] 目的：探讨手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定治疗距下关节移位跟骨骨折的临床疗效。方法：对 30 例(32 足)距下关节移位的闭合性跟骨骨折患者，施行手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定。结果：术后 X 线片测量：Böhler 角平均 31°，Gissane 角平均 133°；Gissane 角、Böhler 角在术后 4 月后测量与术后比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。足部功能按 Maryland 评分系统评定：优 19 足，良 12 足，可 1 足，优良率达 96.88%。结论：手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定技术治疗距下关节移位跟骨骨折疗效显著。

[关键词] 跟骨骨折；手法复位；克氏针内固定；植骨术
[中图分类号] R683.42 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)11-0086-02
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.038

跟骨主要为松质骨，骨折大多波及跟距关节，形成跟距关节面塌陷、骨质缺损、跟骨变宽[1]。一般非手术治疗容易发生跟骨畸形愈合和创伤性关节炎等，严重影响了患者的负重和运动功能，降低生活质量。因此，一般认为跟骨骨折的治疗效果较差，致残率较高[2]。本研究探讨手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定治疗距下关节移位跟骨骨折的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

所有病例均为 2015 年 1 月—2016 年 1 月在佛山中医院三水医院骨伤科就诊的闭合性跟骨骨折患者，经影像学检查确诊为距下关节移位的跟骨骨折类型，共 30 例(32 足)，其中男 22 例(24 足)，女 8 例(8 足)；年龄 20～62 岁；受伤至手术时间约 5～10 天，平均时间为 7 天。

2 治疗方法

手法配合外侧小切口复位植骨克氏针内固定治疗。①术前准备：完善术前检查：影像学检查明确诊断。抬高患足并配合本院制剂伤科黄水纱外敷小夹板超踝制动，同时辨证施治配合活血化瘀、消肿止痛之药物。选择合适的手术时间。②手术方法：在外踝尖下前 2 cm 做小弧型切口(长约 3 cm)，切开筋膜显露腓骨长、短肌肌腱，将腓骨肌腱鞘向后外牵开，切断部分跟腓韧带，暴露距下关节及外侧壁骨折块前缘，向外掀开跟骨外侧壁，用骨膜剥离器将压缩的骨折块及关节面撬拨复位。关节面复位后，行关节面下人工骨植骨，再予外侧壁骨折块复位，术者应用本院传统正骨十四法进行手法整复恢复跟骨横径、高度同时研磨跟距关节面，增加距下关节面的平整性，同时，助手通过拔伸牵引恢复 Böhler 角。若手法整复后高度仍

[收稿日期] 2016-06-26
[作者简介] 王京华(1981-)，男，主治中医师，主要从事骨科临床工作。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net