

骨伤消肿化瘀方对动力髁螺钉内固定术治疗股骨粗隆骨折效果的影响

吴国强, 赵德义, 吴桂龙, 华建辉

丽水市遂昌广济骨伤医院骨伤科, 浙江 遂昌 323300

[摘要] 目的: 观察骨伤消肿化瘀方对股骨粗隆骨折动力髁螺钉 (DHS) 内固定术的影响。方法: 将股骨粗隆骨折患者 62 例随机分为 2 组, 对照组 30 例采用 DHS 内固定术治疗股骨粗隆骨折, 观察组 32 例在对照组的基础上加用骨伤消肿化瘀方进行治疗, 比较 2 组临床疗效。结果: 观察组骨折愈合时间显著短于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。临床疗效优良率观察组为 90.6%, 对照组为 70.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组和观察组间各型骨折优良率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 骨伤消肿化瘀方联合 DHS 内固定术治疗股骨粗隆骨折疗效优于单纯手术治疗, 并可缩短骨折康复时间。

[关键词] 股骨粗隆骨折; 动力髁螺钉 (DHS) 内固定术; 骨伤消肿化瘀方

[中图分类号] R687.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0167-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.079

近几年, 股骨粗隆间骨折的发生率呈明显上升趋势, 且临床上同时对高龄股骨粗隆骨折的治疗争议亦颇多。股骨粗隆间骨折患者多为年龄较高, 并常伴有骨质疏松、糖尿病、心脑血管疾病等, 给治疗带来困难。为了预防股骨粗隆间骨折患者发生并发症, 恢复关节功能及提高患者生活质量, 动力髁螺钉 (DHS) 内固定术治疗是近几年应用广泛的方法。为了促进患者康复, 笔者应用骨伤消肿化瘀方联合手术方法治疗本病, 取得一定疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《骨折》^[1]中股骨粗隆骨折的相关标准判断。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准, 经影像学(CT、X线)检查后确诊, 具备 DHS 手术指征, 同意且签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并严重心肝肾等脏器疾病患者; ②合并脑外伤或脑功能受损患者; ③有凝血功能障碍疾病的患者。

1.4 一般资料 选取本院 2012 年 1 月—2013 年 1 月收治的股骨粗隆骨折患者 62 例, 随机分为 2 组。对照组 30 例, 男 19 例, 女 11 例; 年龄 45~85 岁, 平均(64.5±7.3)岁; 骨折类型(按照 AO 分型^[2]): A1 型 13 例, A2 型 9 例, A3 型 8 例; 骨折原因: 车祸 2 例, 摔伤 25 例, 跌落伤 3 例。观察组 32 例, 男 20 例, 女 12 例; 年龄 48~83 岁, 平均(66±8.2)岁; 骨折类型: A1 型 14 例, A2 型 10 例, A3 型 8 例; 骨折原因: 车祸 3 例、摔伤 24 例, 跌落伤 5 例。2 组患者性别、年龄、骨折类型、致病因等方面比较, 差异无统计学意义($P >$

0.05), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 术前处理 所有患者术前首先常规检查心、肝、肺、肾功能及电解质, 排除严重心肺疾病; 检查血常规、凝血系列, 常规备血 3 个单位; 肺部感染患者控制感染后进行手术; 糖尿病患者术前需用胰岛素治疗, 至空腹血糖低于 8.0 mmol/L、餐后低于 12 mmol/L, 术后继续控制血糖; 高血压患者的血压需接近或达到正常范围方可进行手术。

2.2 手术方法 采用切开复位 DHS 内固定术进行治疗。麻醉生效后, 常规消毒铺单, 取股外侧纵行切口, 起自大转子顶部, 切口长度依骨折类型, 约 15~20 cm, 显露大转子和股骨近段, 可见转子间骨折, 将骨折对位, 必要时用一克氏针暂时固定骨折, 于大转子下 2 cm 用 135° 定向器钻入定位导针, 在 C 臂下确定导针位置位于股骨颈和股骨头中轴, 测定进钉深度, 并用扩孔器扩大骨皮质进钉孔, 再用预定深度的组合髓芯挫扩大进钉孔道和皮质骨孔, 旋入固定粗纹螺钉, 套入套管钢板, 调整好钢板位置, 使之与股骨外侧骨皮质完全贴合, 选用适当长度的螺钉固定钢板于股骨上, 最后拧紧钉板螺帽, 使断端加压固定。然后冲洗切口, 逐层缝合切口。并置负压引流。

2.3 术后处理

2.3.1 对照组 予骨科术后常规处理与功能锻炼。

2.3.2 观察组 在对照组的基础上联合骨伤消肿化瘀方治疗。处方: 红花、制乳香、路路通、制没药各 6 g, 土鳖虫、狗

[收稿日期] 2014-10-24

[作者简介] 吴国强 (1961-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 骨伤科。

脊、桃仁、自然铜、泽兰各 9 g，当归、骨碎补各 15 g，延胡索 12 g，薏苡仁 20 g。每天 1 剂，水煎，分 2 次服。3 周为 1 疗程，术后持续服用 3 疗程。

2 组均随访 1 年，比较 2 组临床效果及骨折愈合时间。

3 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件对数据进行统计分析，优良率比较采用 χ^2 检验，骨折愈合平均时间比较采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《骨科基本功(精)》^[3]相关标准拟定。优：骨折痊愈，无髓内翻畸形，髋部无疼痛，关节活动达到伤前状态；良：骨折痊愈，有 10° 以内髓内畸形，患肢有 1 cm 以内的缩短，髋部偶有疼痛，关节活动大部分恢复到伤前状态；可：骨折愈合，有 11~25° 髓内翻畸形，患肢缩短 1~2 cm，关节活动受限，轻度疼痛；差：骨折愈合，有 25° 以上髓内翻畸形，患肢缩短 >2 cm 或不痊愈，患肢不能负重，疼痛明显。

4.2 2 组骨折愈合时间比较 术后随访 1 年，观察组骨折愈合时间为(6.0± 2.5)月，对照组骨折愈合时间为(9.5± 3.2)月，2 组比较，差异有统计学意义($t=4.952, P < 0.05$)。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。术后随访 1 年，临床疗效优良率观察组为 90.6%，对照组为 70.0%，2 组比较，差异有统计学意义($\chi^2=4.22, P < 0.05$)。

组别	n	临床疗效				优良率(%)
		优	良	可	差	
对照组	30	12	9	8	1	70.0
观察组	32	18	11	3	0	90.6 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.4 2 组患者各型骨折优良率比较 见表 2。经 χ^2 检验，对照组与观察组患者各型骨折术后优良率比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

组别	n	骨折类型					
		A1 骨折		A2 骨折		A3 骨折	
		例数	优良率(%)	例数	优良率(%)	例数	优良率(%)
对照组	30	13	100	7	77.8	5	62.5
观察组	32	14	100	9	90.0	6	75.0

5 讨论

股骨粗隆间骨折常见于老年人，与骨脆性增强、骨强度降低、骨质疏松等关系密切。由于骨质疏松，使股骨上段应力分

布出现巨大变化，多数患者股骨近端机械强度分级在 3~4 级之间^[4-6]。同时股骨矩残缺或变薄，容易导致骨折^[7]。由于粗隆部血运丰富，骨折后极少不愈合，但甚易发生髓内翻。以往医者较多应用非手术的牵引治疗，即便大部分患者也可痊愈，但高龄患者长期卧床引起的肺部感染、褥疮、下肢关节僵硬等并发症较多，病死率较高。DHS 内固定装置由套管钢板、粗纹螺钉、钉板螺钉和钉板螺帽构成，同时具有滑动及加压功能，可以有效控制术后骨折间的压力，从而使骨折位处于稳定状态，采用 DHS 内固定术治疗方法明显优于其他内固定方法^[8]。

骨伤消肿化瘀方由红花、制乳香、路路通、制没药、狗脊、桃仁、当归、骨碎补等中药组成，方中当归补血活血；骨碎补强筋、壮骨、活血；红花活血化瘀；制乳香、路路通活血通络；狗脊壮骨强筋；桃仁消肿止痛；薏苡仁祛瘀通脉，利湿除痹。诸药合用，共奏活血化瘀、消肿止痛之功，可减小血肿导致的软组织机化，促进愈合，缩短骨折愈合时间，提高骨折愈合优良率。观察结果表明，观察组临床疗效优良率优于对照组($P < 0.05$)，骨折愈合时间短于对照组($P < 0.05$)，提示 DHS 内固定术联合骨伤消肿化瘀方治疗股骨粗隆骨折，可明显缩短愈合时间，提高临床疗效，值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 田伟,王满宜. 骨折[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:142-143.
- [2] [瑞士]鲁迪, [加拿大]巴克利, [英国]莫兰. 骨折治疗的 AO 原则[M]. 危杰, 刘璠, 吴新宝, 等, 译. 2 版. 上海:上海科学技术出版社, 2010:561.
- [3] 张铁良, 李世民, 赵钟岳, 等. 骨科基本功(精)[M]. 天津:天津科技出版社, 2009:923.
- [4] 王秀华. 补正续骨丸对老年不稳定性股骨粗隆间骨折术后骨愈合的影响[J]. 中医药信息, 2013, 30(2):56-58.
- [5] 贾勇, 田鑫. 动力髌螺钉内固定治疗老年股骨粗隆间骨折 40 例疗效观察[J]. 河北中医, 2011, 33(12):1912-1913.
- [6] 杜运河, 陈国锋, 汪守伍, 等. 解剖板手术内固定配合中医治疗老年性股骨粗隆间骨折 42 例[J]. 河北中医, 2010, 32(11):1632-1633.
- [7] 高全军. 股骨矩的三维结构和显微结构特征及其力学意义[J]. 中华骨科杂志, 1999, 2(2):109.
- [8] 李朝亮. 骨伤消肿化瘀方配合手术治疗胫骨远端骨折疗效分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(7):112-113.

(责任编辑:冯天保)