

骨水泥型人工股骨头置换术配合八珍汤 治疗老年股骨粗隆间骨折 36 例

刘斌¹, 邹震², 肖林伟¹, 樊文霞¹, 陈洁¹, 谭毅¹

(1. 湖南省邵阳市中西医结合医院, 湖南 邵阳, 422000;

2. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 目的:探讨骨水泥型人工股骨头置换术(简称BHR)配合八珍汤治疗老年股骨粗隆间骨折的临床疗效。方法:将82例老年股骨粗隆间骨折患者随机分为治疗组36例和对照组46例。治疗组采用骨水泥型人工股骨头置换术配合八珍汤治疗,对照组单用骨水泥型股骨头置换术治疗,比较2组优良率及术后离床下地行走时间。结果:优良率治疗组为91.7%,对照组为65.2%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组术后离床下地行走时间比较,治疗组早于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:BHR配合八珍汤治疗老年股骨粗隆间骨折有较好临床效果。

[关键词] 老年股骨粗隆间骨折;中西医结合疗法;骨水泥型人工股骨头置换术;八珍汤

[中图分类号] R274.93 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.045

老年股骨粗隆间骨折是老年患者常见髋部疾病之一,尤其老年患者自身体质差,并发症发生,病死率达15%~20%^[1],术后康复周期长,极大影响了患者生活质量,乃至危及生命,应引起重视。笔者采用骨水泥型人工股骨头置换术配合八珍汤治疗老年股骨粗隆间骨折36例,效果较好,并与单用骨水泥型人工股骨头置换术治疗的46例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 82例均为2015年6月至2017年6月湖南省邵阳市中西医结合医院诊治的患者,将其随机分为2组。治疗组36例中,男16例,女20例;年龄(79.0 ± 1.5)岁;基础疾病:有35例,无1例;骨折分型:A1 3例,A2 17例,A3 16例。对照组46例中,男21例,女25例;年龄(78.0 ± 2.5)岁;基础疾病:有44例,无2例;骨折分型:A1 5例,A2 26例,A3 15例。2组性别、年龄、骨折分型、基础疾病比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中医正骨学》^[2]中的诊断标准。有外伤史;有典型临床表现;移位型骨折肢体呈短缩、内收、患足极度外旋位,按压或叩击大粗隆时疼痛加剧,髋关节功能障碍;X线片、CT明确诊断为股骨粗隆间骨折。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医正骨学》^[2]拟

定。中医辨证为气血亏虚型。症见面色㿔白,神疲乏力、少气懒言;病变部位髋部疼痛,压痛敏锐,畸形,活动障碍;舌质淡、苔薄,脉细。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用骨水泥型人工股骨头置换术治疗。待麻醉成功后,患者健侧卧位,取后外侧入路,显露髋关节,注意保护大小粗隆及其上附着的筋膜纤维,尤其大粗隆外侧臀中肌止点保护。初次股骨颈截骨,取出股骨头,测量股骨头大小,再次重建股骨距(视大小粗隆及股骨距骨折移位,尽可能恢复大小粗隆及股骨距解剖位置,可行张力带固定,以便判断股骨柄植入角度和深度,切忌不可将克氏针贯穿髓腔,股骨髓腔扩髓,股骨柄假体试模,填远端塞,冲洗枪冲洗股骨髓腔,调试骨水泥,留置排气管,推入骨水泥,拔出排气管,推入股骨柄假体,去除多余骨水泥,再次抽紧张力带钢丝,重建股骨距,促进骨水泥、股骨柄假体和骨髓腔壁充分接触,紧密贴合,安装人工股骨头(双动头),复位,测试髋关节松紧度、活动度,未脱位,满意。再次冲洗枪冲洗伤口,对伤口内彻底止血,修补关节囊,留置引流,逐层缝合伤口,术毕。术后根据病情常规使用抗生素和预防深静脉血栓形成等,指导患者患肢功能锻炼,鼓励患者离床下地活动。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加八珍汤治疗。处方:党参15g,白术15g,白茯苓12g,当归12g,川芎12g,白芍12g,熟地黄12g,炙甘草10g。

用法:加生姜3片、大枣5枚,水煎,用量根据病情酌定,每天1剂,早晚温服,7剂为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组术后离床下地行走时间及治疗效果,并进行比较。

3.2 疗效标准 参照文献[3]拟定。优:髋关节无痛,活动自如,步态正常;良:髋关节活动可,偶尔步态欠佳;可:髋关节活动欠佳,走路常痛,休息缓解;差:髋关节活动障碍,髋部疼痛,步行差。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件包对数据进行统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,配对计量资料采用配对 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组优良率比较 优良率治疗组为91.7%,对照组为65.2%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组优良率比较(n)

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
治疗组	36	24	9	3	0	91.7 ^a
对照组	46	20	10	16	0	65.2

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组术后离床下地行走时间比较 术后离床下地行走时间治疗组早于对照组,组间比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组术后离床下地行走时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	术后离床下地行走时间
治疗组	36	5.7 $\pm$ 1.2 ^a
对照组	46	14.2 $\pm$ 1.3

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

股骨粗隆间骨折是指发生在股骨颈基底部至小转子水平以下的骨折,一般由高能量损伤和低能量损伤所致,老年人多因低能量损伤所致。而按常理低能量损伤一般难以导致股骨粗隆间骨折,但是老年患者有其特殊性。一方面骨代谢不平衡,致使老年中重度骨质疏松,加之股骨粗隆间是应力集中点,故极易发生骨折;另一方面,老人自身基础疾病,多且杂,骨折卧床后,体质差,且极易伴随压疮、失眠、精神紧张、短暂性精神类疾病、肺部感染、泌尿系感染、下肢深静脉血栓形成、骨质疏松症等并发症发生,严重影响患者骨与内科疾病的治疗,甚至危及生命。有学者研究发现,高龄股骨粗隆间骨

折中选择非手术治疗的患者年内病死率达30%~40%,临床首选手术治疗^[4]。

切开复位内固定被视为股骨粗隆间骨折治疗的“金标准”。PFNA手术是切开复位内固定治疗股骨粗隆间骨折的最佳手术方式之一。但面对老年这个特殊患者群体,如何降低手术难度,提升患者安全性,避免死亡的发生率^[5],是极需解决的问题。而且PFNA手术也存在一定难度。一方面,骨折复位、主钉、远近端螺钉等各项参数对透视使用依赖性大,而获得满意C臂影像,需要熟练地操作C臂,其使用时间长短往往和手术操作时间成正比,还有定位杆的准确性也会不确定,甚至还需要切开,增加了手术意外难度和时间;另一方面,李兴艳等^[5]通过分析发现尖顶距离过大,外侧壁脆弱及不稳定型骨折是PFNA治疗股骨粗隆间骨折内固定失败的危险因素,因为PFNA能加重外侧壁损伤,进一步破坏骨折的稳定性,延缓下地负重时间。而采用骨水泥型股骨头置换手术,其技术成熟较前大大增强,术中的出血量、手术时间、麻醉时间等均能很高的可控制,术后早期下地,功能锻炼,并发症预防得及时。所以对于老年患者合并严重骨质疏松上的不稳定骨折或预期寿命短的患者一期应选择人工关节置换,尤其AO分型的A2、A3型股骨粗隆间骨折^[6]。

老年患者术后,因自身体质特点、懒惰、营养差等直接影响术后快速康复效果,笔者提倡中西医结合治疗,标本兼治。江志伟等^[7]通过研究证明,早期下床活动,能更好地保护术后肌肉功能;术后在早期口服营养摄入,可以更好地抱回瘦肉群,减少术后肺功能的损害;早期恢复胃肠道蠕动功能,增加活动能力,增强心血管功能。老年患者多伴有脾胃虚弱,气血生化不足,导致气血亏虚,尤其术后更加显得严重。笔者采用的八珍汤属于补益剂,具有益气补血之功效,所治气血两虚证多由久病失治、或病后失调、或失血过多而致,病在心、脾、肝脏。心主血,肝藏血,心肝血虚,故见面色苍白、头晕目眩、心悸怔忡、舌淡脉细;脾主运化而化生气血,脾气虚,故面黄肢倦、气短懒言、饮食减少、脉虚无力。治宜益气与养血并重。方中人参与熟地黄相配,益气养血,共为君药。白术、茯苓健脾渗湿,助人参益气补脾;当归、白芍养血和营,助熟地滋养心肝,均为臣药。川芎为佐,活血行气,使地、归、芍补而不滞。炙甘草为使,益气和缓,调和诸药。

(下转第112页)

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 82.05%,对照组为 61.54%,2 组比较,差异具有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	39	1(2.56)	4(10.26)	27(69.23)	7(17.95)	32(82.05) ^a
对照组	39	0(0.00)	1(2.56)	23(58.97)	15(38.46)	24(61.54)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较 2 组治疗后 UPDRS 评分均较治疗前显著改善,治疗组改善优于对照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	39	56.41 $\pm$ 13.72	39.85 $\pm$ 10.21 ^{ab}
对照组	39	55.25 $\pm$ 12.34	48.98 $\pm$ 10.97 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨论

PD 属于中医学“震颤”“颤证”的范畴,是由于情志过极、年老体虚、饮食不节或者久病累及脏腑,进而导致患者出现肝肾不足、气血亏虚、虚风内动、筋失所养导致,其主要病变部位为脑,是本虚标实证,以肝肾不足、气血亏虚为本,阳亢化风、痰热阻络为标^[5-6]。针灸疗法是目前临床上常见的一种中医疗法,主要强调整体观念和辨证施治,通过调节阴阳、补充气血,进而促进机体内的平衡状态,减少肌强直和震颤等症状。研究^[7]表明,针灸治疗 PD 的主要机制包括通过刺激脑内多巴胺的释放,提高多巴胺水平;对受损神经进行修复,保护患者

的脑功能;对肌电位进行抑制,进而降低患者震颤肌电位的频率和幅度,最终达到缓解震颤的目的;另外可以改变脑内血流状态,促进脑部功能的修复。

本观察结果显示,治疗组患者采用中医针灸结合西药治疗的临床总有效率显著高于对照组,且治疗后治疗组患者 UPDRS 评分显著低于对照组($P<0.05$)。表明中医针灸与西药联合用于 PD 患者的临床治疗,有助于患者临床症状的改善和生活质量的提高,临床效果显著,具有较高的临床推广价值。

参考文献

- [1] 邓聪,老锦雄,周思远.督脉温针灸配合头皮针治疗帕金森病运动功能障碍 15 例临床观察[J].云南中医中药杂志,2014,35(9):60-61.
- [2] 桂小红,王黎萍,吴承龙,等.帕金森病非痴呆、帕金森病痴呆与阿尔茨海默病患者的命名损害比较[J].中华医学杂志,2016,96(21):1664-1667.
- [3] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业.中国帕金森病的诊断标准(2016 版)[S].中华神经科杂志,2016,49(4):268-271.
- [4] 郭敏,陈华德.针灸治疗帕金森病体会[J].中医杂志,2015,56(19):1698-1699,1703.
- [5] 欧阳莎,许巍.针灸与西药治疗帕金森病疗效比较的系统评价[J].中医药通报,2017,16(1):34-38.
- [6] 伍爱国.针灸联合中西药治疗帕金森综合征 51 例[J].陕西中医,2014(2):218-219.
- [7] 陈枫,袁盈,蔡向红,等.“颅底七穴”针法治疗帕金森病 114 例临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2013(5):547-548.

(收稿日期:2017-08-14)

(上接第 104 页)

综上,骨水泥型人工股骨头置换术配合八珍汤治疗老年股骨粗隆间骨折,可操作性强,患者术后康复快,下地时间早,与 PFNA 术式相比,简化手术流程,缩短手术时间,减少出血,有利于术后快速恢复,避免并发症,提高生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 宋建治,肖少雄,徐礼森.PFNA、PFN 与 Gamma 钉内固定治疗老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折疗效对比[J].中国中医骨伤科学杂志,2013,21(3):52-53.
- [2] 董福慧.中医正骨学[M].北京:人民卫生出版社,2005:204.

- [3] 张羽飞,王立德,杨兆宏.关节镜下清理术治疗急性化脓性关节炎[J].中国矫形外科杂志,2000,7(4):325-327.
- [4] 王飞,郭文龙,李力毅,等.髓内、外固定方式治疗高龄股骨粗隆间骨折患者失血量及相关因素分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(10):1023-1026.
- [5] 阿里木江·阿不来提,阚玉华,曹波,等.Orthofix 微型外固定架固定治疗高危老年股骨粗隆间骨折的疗效观察[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(10):1027-1029.
- [6] 李兴艳,张津明,鲍远,等.髓内、外固定与人工关节置换术治疗高龄股骨粗隆间骨折疗效对比研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(10):1030-1033.
- [7] 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.

(收稿日期:2017-10-12)