

牵引配合中药治疗老年性股骨粗隆间骨折 98 例疗效观察

王勇

仪征市中医院骨伤科, 江苏 仪征 211400

[摘要] 目的: 观察骨骼牵引配合中药治疗老年性股骨粗隆间骨折的临床疗效。方法: 对 98 例患者采用骨骼牵引配合院内自制伤药散外敷、伤膏药外贴以及伤科 1、2、3 号方内服治疗, 随访 3~12 月。结果: 其中脑血管意外死亡 1 例, 睡觉时自然死亡 1 例, 2 例并发严重髌内翻后再手术治疗, 其余 94 例患者均获临床愈合; 髌关节功能疗效评分: 优 65 例, 良 29 例, 差 4 例, 优良率 95.9%。结论: 骨骼牵引配合中药治疗老年性股骨粗隆间骨折方法简单、疗效肯定。

[关键词] 股骨粗隆间骨折; 骨骼牵引; 中药疗法; 老年性

[中图分类号] R683.42 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0078-02

股骨粗隆间骨折是临床最常见的髌部骨折之一, 好发于老年人, 其发病率占到全部骨折的 3%~4%, 占髌部骨折的 35.7%^[1]。近年来由于人口老龄化的发展和高能量损伤的日渐增多, 该病的发病率呈上升趋势。笔者临床上采用骨骼牵引配合中药治疗老年性股骨粗隆间骨折, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均来自 2006~2012 年本院收治的 60 岁以上股骨粗隆间骨折患者, 共 98 例。男 57 例, 女 41 例; 年龄 60~70 岁 23 例, 71~80 岁 39 例, 81~90 岁 31 例, 90 岁以上 5 例。骨折类型: 顺粗隆间稳定型 62 例, 顺粗隆间粉碎型 21 例, 反粗隆间型 15 例。其中合并外科颈骨折 1 例, 桡骨远端骨折 3 例, 肋骨骨折 2 例, 因脑血管意外 2 例(转内科), 高血压病 49 例, 糖尿病 13 例, 中风后遗症 7 例, 哮喘及慢性阻塞性肺疾病 5 例。

2 治疗方法

2.1 牵引治疗 患者入院后全部使用气垫床, 防止骶尾部的褥疮, 所有患者均使用股骨下端或胫骨结节骨牵引, 约用体重的 1/7~1/8 做起始牵引力, 骨牵引前可以屈膝屈髌简单的复位, 牵引时, 即应一次给予足够的重量, 以克服缩短、纠正髌内外翻畸形, 查

房时每天测量双下肢长度, 防止过度牵引致骨折端分离^[2]。3~5 天后床边 X 线摄片后调整牵引重量, 防止过牵和重量不足, 4 周内即使复位良好也不减轻重量, 防止因锻炼股四头肌收缩导致再移位, 直至 X 线摄片示有明显骨痂形成, 渐次减轻牵引重量。牵引期间每天以 75% 酒精点牵引针孔, 防止针道感染, 牵引第 2 天即鼓励患者双上肢悬吊、健肢支撑后抬体训练, 以增加肺活量和防止褥疮的发生。稳定性骨折牵引 6~8 周, 移位大伴有小粗隆骨折的牵引 8~10 周后拔除牵引, 改为“丁”字鞋中立位固定, 所有病程在 12 周内结束, 柱双拐下地。在牵引 3 天后即鼓励和指导患者行股四头肌收缩锻炼和全身功能锻炼, 护工早期即帮助进行膝、踝关节被动运动, 尤其是髌股关节的推移尤为重要。

2.2 中药治疗 早期使用本院自制伤药散(乳香、没药各 50g, 三七、血竭各 45g, 制川乌、制草乌各 35g, 冰片 20g, 雄黄 25g, 麝香 10g, 打成细粉, 蜂蜜调制)外敷患侧髌部以凉血消肿; 后期使用自制伤膏药(三七、樟脑各 30g, 丁香 125g, 白芷 100g, 制乳香、制没药各 50g, 自然铜 55g, 打成细粉, 做成膏药)外贴患髌以化瘀消肿接骨, 每 3~5 天更换 1 次。所有患者均根据病情辨证使用本院制剂伤科 1、

[收稿日期] 2013-06-08

[作者简介] 王勇 (1976-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合治疗骨与关节创伤。

2、3号方。早期(伤后1~2周)采用活血凉血、行气通腑法,予伤科1号方加减。处方:乳香、没药、枳壳各6g,大黄(后下)、赤芍各10g,生地黄20g,桃仁、川牛膝各12g,玄明粉(冲服)3g。中期(伤后3~5周)采用和营止痛、接骨续筋法,予伤科2号方。处方:川牛膝、当归尾各15g,川芎、桂枝、地鳖虫、三七粉(冲服)各10g,苏木8g,续断12g。后期(伤后6~8周)治以滋补肝肾、益气养血,予伤科3号方。处方:炙黄芪30g,熟地黄20g,补骨脂、锻自然铜(先煎)各10g,骨碎补、炒白术各12g,山茱萸8g,山药15g。每天1剂,水煎服。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 优:患髌活动度与外伤前基本一样,行走无疼痛,恢复伤前的劳动能力。良:患髌活动较健侧差,不拄拐杖行走小于1km或少于0.5h感明显疼痛,有疲劳感,生活能自理,能从事一般的劳动。差:生活能自理或仅能在室内活动,疼痛明显,行走不稳,丧失一般劳动能力。

3.2 治疗结果 经3~12月的随访,平均6月。其中1例因为脑血管意外死亡,1例睡觉时自然死亡,2例并发严重髌内翻后再手术治疗。其余94例均获临床愈合。根据上述髌关节功能疗效评分:优65例,良29例,差4例,优良率95.9%。

4 讨论

鉴于粗隆间骨折保守治疗的相对适应症争议颇多,入院后的评估以及与患者本人、家属的沟通交流相当重要。一般来说,行骨牵引的适应症为:①有严重伴随疾病或早期并发症,经系统治疗2周无效,不能耐受手术;②系统治疗后病情好转,骨折时间超过3周,患者拒绝手术;③于3月内有急性心肌梗死、脑梗死和脑出血者,手术治疗有诱发再次发病可能;④于6月内有急性心肌梗死、脑梗死和脑出血者,手术治疗风险较大^[3],也有相当一部分患者对中医药保守治疗极为信任,拒绝手术者,均为相对适应症。

股骨粗隆间骨折系指股骨颈基底部至小转子水平以上部位的骨折,多数与骨质疏松有关,最常见于老

年人。中医学认为,凡年过花甲者,大多肝肾不足、气血亏虚,而肾为先天之本,藏精、生髓、主骨。故老年人肾虚,精血不足,骨失充养而不坚。肝肾不足,脑髓空虚,神魂不定,四肢痿软,步履蹒跚,有所跌仆,伤及已弱之骨,便易引起筋伤骨折,所以对于老年性股骨粗隆间骨折的治疗,前人多以牵引及中药调养为主。20世纪后期,随着内固定材料的不断更新,手术治疗大幅增加,如DHS、Gamma钉、Richard钉、PFNA等,但随之而来的问题也不断增多:老年人股骨粗隆间骨折大多伴有严重的骨质疏松症和各种基础疾病,容易导致术后钉板固定失效、断裂再骨折、髌关节功能障碍、术中大出血死亡、术后脂肪栓塞死亡、以及输血引起的感染和高额的治疗费用。而骨牵引术是不需进行骨移植和外置入物,通过利用机体自然愈合的机制来达到骨延长、对合的目的。笔者在继承中医学传统理论的基础上,结合现代医学的成就,强调辨证论治,“瘀去、新生、骨合”,“内外兼治”、“动静结合”、“气血兼顾”,遵循“急则治其标、缓则治其本”的原则,辩证地处理好骨折的复位、固定和锻炼。根据辨证早、中、晚期使用不同的治法。早期活血凉血、行气通腑;中期和营止痛、接骨续筋;后期滋补肝肾、益气养血,极大地促进骨折愈合。中医药结合骨牵引治疗股骨粗隆间骨折既体现了中医骨伤科的优势,又节省了医疗费用,不需要二次手术取内固定,故可认为保守治疗粗隆间骨折切实可行。本观察亦显示骨骼牵引配合中药治疗老年性股骨粗隆间骨折疗效满意,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 施杞,王和鸣. 中医骨伤科临床研究[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:109.
- [2] 王亦璁. 骨与关节损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:736.
- [3] 李亚东,刘长贵,王宝军,等. 老年人股骨粗隆间骨折骨牵引治疗的临床分析[J]. 中国临床医生,2005,33(5):30-32.

(编辑:冯天保)