

学习园地

125 例老龄骨折临床分析

福建中医学院骨伤研究所(福州 350003) 刘献祥 符臣学* 张建新**

本文通过对 1988 年~1993 年住院收治的 125 例 60 岁以上老龄骨折患者的分析,就其病因、诊断、治疗及预防作一探讨。

临床资料

125 例(不包括病理性骨折)中,男 54 例,女 71 例;年龄 60~89 岁,占同期住院骨折的 14.1%;受伤原因:直接外力 39 例,非直接外力 86 例;骨折部位:股骨颈 51 例,粗隆间 10 例,股骨干 6 例,髌骨 6 例,胫腓骨 11 例,踝部 3 例,肋骨 2 例,腰椎 9 例,颈椎 2 例,骨盆 2 例,锁骨 1 例,肩胛骨 2 例,肱骨外科颈 4 例,肱骨干 4 例,肱骨下端 1 例,尺桡骨 2 例,尺骨鹰嘴 2 例,腕部 7 例;合并症:心脏病 18 例,慢支或肺气肿 6 例,消化道溃疡出血 2 例,糖尿病 3 例,肝炎 1 例,高血压病 32 例。

治疗及结果

1. 治疗:125 例中手术治疗 50 例,非手术治疗 75 例。手术组中髓部手术 45 例,其中加压螺纹钉内固定 16 例,三翼钉固定 6 例,三根克氏针内固定 4 例,人工股骨头置换 7 例,均获成功;鳞纹钉内固定 12 例,10 例成功,1 例钉退于皮下,1 例钉体折断。髌骨手术 4 例,2 例环扎,2 例张力带内固定,1 例部分切除,效果均满意。胫腓骨骨折钢板内固定 1 例,效果良好。非手术组中治疗方法包括骨或皮牵引、牵引加夹板或石膏固定、手法加夹板或石膏固定、功能疗法等。治疗过程中 2 例发生肺部感染,2 例合并泌尿系感染,1 例并发褥疮,3 例发生骨折不愈合或延迟愈合。全身治疗除针对内科等疾患运用中西药外,根据骨折三期用药原则,结合老年人肝肾不足,脾虚气弱的生理病理特点,采用滋补肝肾、健脾益气之药物,以顾护胃气,增进饮食,强肾壮骨,促进愈合。2. 结果:按 1975 年全国中西医结合骨科会议标准评定,总优良率达 88.5%。

讨论

1. 病因 直接外力是老龄骨折发生的基本因素,非直接外力是老龄骨折发生的主要原因。非直接外力

包括间接暴力、肌肉的牵拉力、累积性应力等。老年人由于骨质疏松、骨小梁数目和大小减少,骨的机械应力强度减弱,轻度外力作用即可引起骨折或挤压。吴先道^[2]报告的 211 例 55~86 岁骨折病例中,非直接外力引起骨折占 71.7%,王峰^[3]报道的 153 例中,非直接外力引起骨折者占 68.6%,Muckle^[4]认为半数以上股骨上端骨折没有明显的损伤史(即非直接暴力)。本组 125 例中,非直接暴力引起的骨折共 86 例,占总数的 68.8%,与国内的报道基本一致。

2. 特点:(1)干骺端骨折占老龄骨折的绝大多数。骨质疏松首先表现在本来就较疏松的松质骨和干骺端,由于骨质疏松使骨的生物力学强度变弱,从而较其他部位更易骨折^[3]。安义贤^[5]报告 60 岁以上骨折 222 例,发生于干骺端 179 例,占 81%,王峰^[3]报告 153 例老龄骨折,发生于干骺端的 116 例,占 75.8%。本组 125 例,发生于干骺端 90 例,占总数 72%,其中以股骨上端最多。英国一医生在研究中发现 60 岁以上老龄骨折中股骨上端骨折几乎以指数方式增生^[4]。本组 125 例中,股骨上端(包括股骨颈、粗隆间)骨折高达 48.8%。(2)骨折部位下肢明显多于上肢。这可能与不含门诊病例有关,但不可忽视的一点是由于老年人肝肾亏虚、筋骨萎弱,加之下肢需负重、行走等,更易引起骨折。本组 125 例中,下肢骨折 87 例,占总数 69.6%。

3. 诊断:由于老龄骨折多非暴力致伤,加上其生理反应性减低,所以临床表现往往不十分典型(不一定有明显的肿痛及功能障碍),而易造成误诊或漏诊^[3]。本组中有 1 例股骨颈骨折初诊时被误诊为软组织损伤,1 例腰椎压缩骨折误诊为腰部急性挫伤,1 例踝部骨折误诊为踝部扭伤。为此,对于老龄骨折,应详细询问病史,进行仔细全面的体格检查,对一些多发性损伤更应注意,以免误诊或漏诊,导致延治,甚至死亡。

4 治疗 骨折治疗的一般原则是复位、固定、功能锻炼、药物治疗,老龄骨折也不例外。但在具体方法

* 南京军区福州总医院

** 福建省泉州市中医院

上, 老龄骨折宜简不宜繁, 能闭合整复的不用开放复位, 能用夹板固定的不用石膏固定, 能用简单内固定者不用复杂内固定, 以尽量减少并发症, 避免加重其他疾病, 这也是老龄骨折病理特点和康复要求所决定的。对于老龄骨折来说, 有时骨折的治疗不是主要问题, 而各种并发症的预防和处理却是治疗的主要内容, 如脊柱骨折引起的截瘫, 预防和处理褥疮、呼吸道感染、泌尿道感染, 往往是临床的主要着眼点。因此, 除选择最佳治疗方案, 尽量缩短卧床的时间外, 还应加强护理和多科合作, 积极处理他科疾病, 促进患者康复。另外, 根据祖国医学理论和老龄患者的生理特点, 辨证运用中药, 以提高其机体抵抗力, 对促进骨折愈合起到积极作用。

5 预防: 老年人肝肾亏损, 气血不足, 筋骨萎弱,

易致骨质疏松性骨折, 因此在平时多吃补肝肾、滋养脾胃之药(食), 适度的体育活动, 将起到积极的预防意义。

参 考 文 献

1. 杨克勤, 等. 矫形外科学. 上海: 上海科技出版社 1986.
2. 吴先道, 等. 老龄骨折早期处理有关问题探讨. 创伤杂志 1989; 5(2): 81.
3. 王峰, 等. 关于老龄骨折诊治问题的讨论. 中医正骨 1991; 3(4): 24.
4. 刘绍魁, 等编译. 老年人常见外科问题. 上海: 上海科技出版社, 1983.
5. 安义贤, 等. 222 例老人骨折原因分析. 光明中医骨伤科杂志 1985; 1(1): 55.

(收稿: 1994-11-14)

小儿股骨干骨折的护理

山东省莱西市中医院(266600) 郭同芳 周桂香 吴少梅*

1992 年~1994 年我科共收治小儿股骨干骨折 66 例, 现将护理体会总结如下。

心理护理: 护理人员应指导他们正确对待疾病。针对家属及患儿本人情绪做好各种各样的解释工作, 使他们能以最佳的心理状态配合医疗与护理。

牵引的护理: 小儿股骨干骨折一般多采用皮牵引或骨牵引的方法住院治疗。皮肤牵引和股骨髁上牵引: 术前备皮、测好体温、脉搏、呼吸、血压并记录, 以便术后对照, 局麻成功后, 配合医生完成牵引, 需密切观察病人一般情况及生命体征。①凡进行牵引术的病人, 应列入交班项目。②行皮牵引的病人, 应密切观察患肢的血液循环, 足背动脉搏动情况。如出现异常情况, 应详细检查, 分析原因并报告医生, 给予对症处理, 以防止血液循环障碍而发生缺血性挛缩。观察皮牵引病人胶布及绷带有无松散或脱落, 皮肤是否刺痒起水泡或破溃。发现病人皮肤起张力性水泡时, 应将水泡内液体抽尽, 涂以龙胆紫并避免局部受压, 防止褥疮的发生。③行骨牵引的病人, 应注意保护其针眼部位不受触碰, 不污染。发现牵引针向一侧偏移, 切不可随手将牵引针推送回位, 应在碘酒、酒精消毒后纠正偏移。④保持有效牵引。牵引重量不可随意改变及坠落在地或床栏上。做

到早牵引, 早复位, 多巡视病房, 保持好治疗上需要的肢体位置, 防止股骨骨折端向外成角发生。⑤牵引肢体冬天要暖, 外用自制半弧形铁丝架, 用小被子覆盖下肢末端, 但不可在牵引绳上压任何物品, 以免破坏牵引力线。

饮食护理: 股骨干骨折病人原则应给予高热量、高蛋白、营养丰富、含钙较高的饮食, 但宜根据病情给调配, 凡新伤肿痛较剧或发热者, 饮食宜清淡的半流汁或软饭, 忌油腻辛辣醒发之品; 陈伤病情稳定者, 可食滋补肝肾之品; 若便秘者嘱多食蔬菜及水果, 必要时以小剂量番泻叶泡水饮之或外用开塞露等缓泻剂, 以帮助排便; 虚弱者, 给予滋补之品, 以利促进骨折早期愈合。

功能锻炼: 骨折病人行牵引, 患肢制动, 长期卧床, 易使关节僵硬, 肌肉萎缩, 而延长病程。通过肢体功能锻炼, 促进血液循环, 调节心率及节律, 改善组织营养, 增强新陈代谢, 预防并发症的发生。功能锻炼一般从牵引后即开始进行, 贯穿骨折愈合过程始终。但更应加强后期护理, 正确指导活动锻炼。下床活动时保持良好的外展姿势, 防止继发性股骨向外成角发生, 必要时争取家长配合帮助锻炼。

(收稿: 1994-12-12 日)