

从而加剧了 OP 的发生^[3]。国外学者也认为,雌激素是预防绝经后妇女 OP 的最有效药物,它不仅能保持骨密度,更重要的是能减少 OP 的发病率。如果应用雌激素 5 年以上,能减少大约 1/2 的骨折^[4]。在治疗方面,有人以滋阴补肾的中药对动物骨病的防治进行了病理学研究,认为补肾益气的药物可以增强肝肾羟化酶系的功能活动,促进活性 VD₃ 的形成,而 VD₃ 通过肝肾羟化酶系的作用,成为生物活性最强的 1,25-(OH)₂VD₃,调节体内钙磷代谢和成骨的过程^[5]。现代药理研究表明,滋补肝肾的药物对分泌代谢有双向性调节作用,能增强生殖腺的机能,促进骨的合成^[2]。以补肾法(六味地黄汤加减)对 OP 大鼠进行治疗,发现能改善其骨质丢失状态、起到保护骨骼的作用^[6]。这些研究和发现,从微观上丰富和发展了肾主骨生髓的理论。

2 临床治疗

李润德等^[7]以补肾中药为主治疗 OP 合并股骨颈骨折 159 例,取得较好疗效。其中内服中药接骨散(含鹿角胶等)具有补肾益精、续筋接骨的功效;强骨散(含骨碎补、杜仲等)具有补骨生髓、填精固本之功效。以左归丸、右归丸等补肾药为主治疗老年性脊椎 OP 合并压缩性骨折 53 例,优良率达 83%^[2]。以健脾补肾法防治绝经后 OP 症,认为其能提高骨代谢转换、增加骨量、恢复骨骼的正常功能^[8]。以补肾中药(淫羊藿、杜仲、干地黄、牛膝等)对切除卵巢大鼠 OP 症进行治疗后,钙含量均接近正常水平^[9]。另有临床资料显示:补肾中药(淫羊藿合青娥丸)能防治绝经后妇女的骨质丢失^[10]。另外,补肾法(淫羊藿、杜仲、地黄、牛膝等)能抑制男性 OP 症患者骨吸收,增强其骨形成,从而维持骨量、改善临床症状^[11];有人以补肾中药(川续断、菟丝子、补骨脂、枸杞、骨碎补、山茱萸等)治疗 OP 症,除得出同样结论外,还发现其效果

明显优于单纯口服钙剂者,从而强调“治疗原发性 OP 应以补肾强骨为主”的观点^[12]。

综上所述,骨质疏松的病理核心是肾虚。因此,在临床上对于骨质疏松的预防和治疗,益肾填精至关重要。

参考文献

- [1] 韦以宗,施杞,董福慧,等.中国骨伤科学.南宁:广西人民出版社,1988.44-45.
- [2] 黄勇.老年性脊椎骨质疏松合并压缩性骨折的诊治.中医正骨,1992,4(3):14.
- [3] 王庆甫.股骨颈骨折发病机制的研究进展.中国骨伤,1992,5(1):38.
- [4] 张贺魁,靖心平译.老年和骨质疏松.中国骨伤,1991,4(6):46.
- [5] 苗燕玲,刘恩.“骨宝”对大白鼠佝偻病防治的病理研究.中国骨伤,1991,4(1):12.
- [6] 丁桂芝,周勇,李榕,等.补肾法对骨质疏松大鼠骨代谢影响的作用机理探讨.中国中医骨伤科杂志,1995,3(3):1.
- [7] 李润德,李建忠,白云高.中药治疗骨质疏松合并股骨颈骨折 159 例体会.中国骨伤,1992,5(6):32.
- [8] 符诗聪,罗为民,杜宁,等.健脾补肾法防治绝经后骨质疏松症的计量学研究.中国中医骨伤科杂志,1995,3(2):1.
- [9] 杨艳萍,沈霖,杜靖远,等.补肾密骨液对切除卵巢大鼠实验性骨质疏松症骨质无机元素的影响.中国中医骨伤科杂志,1994,2(5):12.
- [10] 沈霖,杜靖远,杨家玉,等.补肾密骨液防治绝经后妇女代谢性骨质丢失的初步临床研究.中国中医骨伤科杂志,1994,2(4):14.
- [11] 谢晶,杜靖远,沈霖,等.补肾法治疗男性骨质疏松症的临床观察.中国中医骨伤科杂志,1997,5(4):10.
- [12] 齐振熙,林翰宇.补肾强骨汤治疗原发性骨质疏松症的临床观察.中国中医骨伤科杂志,1998,6(6):41.

(编辑:李为农)

危重多发伤的伤因规律及其急救监控

刘佑全

(天津市创伤急救中心,天津 300211)

本文统计了我中心急诊抢救室 1994~1995 年内救治的各类危重多发伤 205 例。现就其伤因、伤情特点和就诊的规律性加以分析,以进一步探讨早期有效救治和监控的可行方案。

1 临床资料

本组病例男 167 例,女 38 例。年龄 1.5~83 岁,其中 30~39 岁组 60 例,20~29 岁组 56 例,40~49 岁组 39 例。交通损伤 120 例,高处坠落伤 37 例,工伤事故伤 27 例,意外伤害 21 例。伤情分析:按发病率的高低顺序为:四肢伤 111 例,骨盆伤 60 例,胸部伤 56 例,脊柱伤 49 例,颅脑伤 48 例,腹部伤 44 例,休克 119 例。全组共 820 处伤,平均 4 处伤,最多达 8 处伤。伤情严重程度按 AIS-ISS 评分法评定,分值均在 16 以上,最高达 72。伤后 1 小时内就诊者 79 例,伤后 1~2 小时者 49 例,伤后 2~3 小时者 35 例,伤后 3~4 小时者 24 例,伤后

4 小时及其以上者 18 例。本组共死亡 39 例;死于交通损伤 27 例,高处坠落伤 6 例,工伤事故伤 5 例,意外伤害 1 例。

2 治疗结果

本组治愈好转者 134 例,占 65.37%;疗效差或自动出院者 32 例,占 15.6%;死亡 39 例,占 19.02%。

3 讨论

3.1 危重多发伤的伤因和急诊救治规律

3.1.1 交通损伤 ①三高:发病率高,居本组首位;休克发生率高,可达 60%;死亡率高达 22.5%。②损伤多累及骨盆和四肢,且常因合并颅脑、胸腹和盆腔脏器伤而使病情凶险而复杂。③救治困难。在急诊抢救阶段液体复苏用量居首。人均补液 2650ml,平均输血 1400ml。

3.1.2 高处坠落伤 ①近半数伤员有骨盆和下肢损伤,尤其是足踝部的骨折和脱位,应防止其漏诊。②最常见的合并损

伤为脊髓和颅脑。由于脊髓损伤,本组中有 11 例造成不全截瘫,占 29.73%;7 例造成全瘫,占 18.92%。大部分伤员疗效不佳而丧失生活能力。高空坠落所致的颅脑伤多为濒死性的,更需就地积极抢救。③抢救中常发生治疗矛盾。如液体复苏中的扩容与降颅压的脱水疗法;纠正休克与紧急手术等。

④急诊抢救阶段的平均输液量为 1744ml,输血量为 800ml。

3.1.3 工伤事故伤 ①好发于二、三十岁青年工人和民工中。②损伤多以头颈、胸部和上肢的开放性骨折为主。其中开放性手外伤、大面积肢体软组织脱套伤、肢体离断伤、周围神经血管损伤等可达 66.67%。因损伤严重,致残率较高。③常可造成复合性损伤,如热机件致肢体贯通伤的同时烫伤组织;开放性骨折并发化学毒物损伤等。常使治疗复杂化,给抢救增添一定难度。④急诊抢救阶段的平均输液量为 1661ml,输血量为 1200ml。

3.1.4 意外伤害 因刀砍、枪击、爆炸、电击等原因造成的损伤均为开放性损伤。伤口出血多、污染重,多有骨断端外露、脏器脱出或重要血管神经的损伤。为防止因功能障碍时间过长而引起的严重后果,应强调尽快行急症手术,以挽救生命、肢体或脏器。急诊抢救阶段平均输液量为 1565ml,输血量为 800ml。

3.2 院前急救的重点 院前急救的重点在于复苏和抗休克^[1]。从本组伤员情况看,来院前经急救处理者仅占 22.44%,其死亡率远低于未行院前急救处理者。造成后者死亡率高的原因有以下几方面:①现场无救治人员,缺乏急救条

件和懂急救知识的人,以致在紧急情况下不能实施自救和互救;②急救意识淡薄,遇事不知向“120”急救系统紧急呼救。③早期处理不当:如颈椎骨折脱位病人用软担架运送,用抬脚的方法搬动,转送途中无液体复苏和心肺功能监护处理等,给急诊急救造成很大困难;④对危重伤员或年幼、年迈患者忽略就近送院抢救的原则。

3.3 早期急救流程的监控和组织保障 危重多发伤的早期抢救至关重要,应该建立一支由固定医护人员组成的急诊抢救队伍,使他们突破原专业的限制,学习掌握多学科的急救知识和技能,通过临床实践,尽快达到急诊专业医生的要求^[2]。为此,我科制定和实施了“创伤急救快速安全流程监控”,在抢救室内,急救人员按各时段规定的急救程序和技术要求实施全程运作和监控。在通常情况下,要求伤员急诊停留时间不超过 1 小时,极危重者不超过半小时。科主任和护士长依此进行环节控制和监督检查,及时发现和处理存在问题。为了确保早期急症手术的成功率,急诊要配合做好一切术前准备,并由专人护送伤员直达手术室,途中不间断输血、输液、吸氧甚至心肺复苏等急救治疗。

参考文献

- [1] 金鸿宾. 急救与康复. 中国民政医学与康复杂志, 1988, 2(3): 46.
- [2] 杨涵铭. 急诊抢救总论·急诊抢救手册. 北京: 金盾出版社, 1993. 1-4.

(编辑: 李为农)

股骨颈骨折内固定后股骨头塌陷的病因探讨

李新建 王富春 赵立杰

(长春中医学院针灸骨伤医院, 吉林 长春 130012)

1983 年以来,我们经内固定治疗股骨颈骨折 82 例,现对其中骨折已愈合但取出内固定后发生股骨头塌陷的 10 例进行分析,结果如下。

1 临床资料

股骨头塌陷与股骨颈骨折分型的关系: 头下型 18 例,塌陷 2 例;头颈型 10 例,塌陷 1 例;经颈型 30 例,塌陷 4 例;基底型 24 例,塌陷 3 例。股骨头塌陷与股骨颈骨折固定方法的关系: 鹅头钉(三刃钉型)固定 10 例,塌陷 3 例;鹅头钉(加压螺纹钉型)固定 10 例,塌陷 3 例;AO“L 型”加压钢板固定 7 例,塌陷 2 例;加压螺纹钉固定 20 例,塌陷 1 例;三刃钉固定 18 例,塌陷 1 例;骨松质拉力螺钉固定 3 例,塌陷 0 例;三枚钉固定 14 例,塌陷 0 例。股骨头塌陷与股骨颈骨折固定时间的关系: 固定 8~12 个月 20 例,塌陷 2 例;固定 13~18 个月 50 例,塌陷 3 例;固定 19~24 个月 8 例,塌陷 2 例;固定大于 24 个月 4 例,塌陷 3 例。

2 讨论

从上述资料可看出以下三点: ①各型股骨颈骨折内固定治愈后,取出内固定后股骨头塌陷的发生率极为相近,说明塌

陷的发生与骨折分型无必然联系。②从固定方法上可以看出,固定越坚强,取出内固定器械后发生塌陷的比例亦越高。附有固定股骨粗隆下骨干的两种鹅头钉和 AO“L 型”加压钢板,于取出后发生塌陷的比例均明显超过三刃钉和加压螺纹钉,而对骨质破坏较小的骨松质拉力螺钉和三枚钉的塌陷发生率则低至为零。③从发生塌陷与固定时间的关系来看,固定时间越长,内固定器械取出后发生塌陷的比例越高。

我们根据 X 线片及解剖学和生物力学分析认为,当坚强的内固定器械通过股骨颈压力曲线骨小梁时,则发生该组织的医源性骨折,使抗压骨小梁结构被破坏。并且长期的坚强固定,产生了应力保护效应,而使剩余抗压骨小梁发生废用性骨萎缩,加之内固定器械取出后的空洞产生了抗压力空白,因应力保护效应而发生了抗压力变形的骨小梁组织,不能使股骨头承受正常压力,故逐渐发生了塌陷。所以,为了避免股骨头塌陷的发生,我们在对股骨颈骨折行内固定时,应尽量用对骨质破坏较小的器械,如三枚钉和骨松质拉力螺钉等,并希望尽早研制出既有坚强固定能力,又不影响骨骼的力学结构的新器械。

(编辑: 李为农)