

侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定 治疗高龄患者股骨粗隆间骨折临床分析

林朋朝¹ 李 静² 高伟静³ 白佳悦³

(1. 石家庄市第三医院创伤三科 河北 石家庄 050000)

(2. 河北省第八人民医院 河北 河北 石家庄 050000)

(3. 石家庄市第三医院 河北 河北 石家庄 050000)

【摘要】目的：临床根据股骨粗隆间骨折高龄患者治疗实际情况，利用侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定给患者治疗，分析效果。方法：研究科学选择我院接收的合适的患者90人，根据治疗体位差异进行分组，分别进行仰卧手术和侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定手术治疗，研究中主要了解患者手术相关指标，分析患者治疗中髌关节状态，记录患者的并发症引发情况，两组结合数据对比。结果：观察组患者治疗中患者手术时长和术中出血情况分别为 (50.15 ± 5.85) 分和 (129.33 ± 40.04) 毫升，明显比对照组的指标数据 (55.34 ± 5.72) 分和 (146.03 ± 43.54) 毫升小，差异显著。观察组在手术治疗中住院时间、骨折愈合时间情况、切口长度控制分别为 (8.544 ± 1.94) 天、 (12.94 ± 2.43) 周和 (4.03 ± 0.74) 厘米，与对照组三项指标数据 (8.62 ± 2.47) 天、 (13.03 ± 2.11) 周和 (4.06 ± 0.78) 厘米相比差异不大。观察组患者在治疗后身体髌关节评分为优良状态的合计有44例占比97.78%，对照组合计有43例占比95.56%，差异不大。观察组患者身体出现心血管病症、手术切口红肿、深静脉血栓、感染问题、死亡的分别为1例、1例、0例、0例和1例，与对照组患者身体出现相应并发症人数没有明显差异 $(p < 0.05)$ 。结论：股骨粗隆间骨折高龄患者利用侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定治疗，操作简单，治疗高效，值得推广。

【关键词】侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定；高龄；股骨粗隆间骨折；临床分析

根据临床对股骨粗隆间骨折的研究可知，引发此种病症的多数是老年人群，而且患者引发病症后，大约有35%的是不稳定性。当前我国社会发展中老年人口逐渐增多，医院临床经常会接收到高龄患有股骨粗隆间骨折的患者，根据临床接收患者数量来看属于逐年增长状态，按照医院常规治疗方法给患者保守治疗会产生很多并发症，因此临床主要是给患者进行早期积极手术，临床治疗中，在手术后通过指导锻炼，避免患者引发并发症，有效改善患者的日常生活。

临床接收到的高龄患者受自身年龄限制，他们自身身体机能逐渐衰退，患者免疫功能降低，在出现股骨粗隆间骨折病症后，身体也会有其他严重基础内科症状，如果给患者进行手术身体耐受性非常差，患者身体不能承受较大的创伤，而且身体不能坚持进行长时间手术。因此，医院在接收到高龄股骨粗中间骨折患者后，需要在患者整个手术过程中选择合适的方法，减少对患者身体的创伤，选择可靠固定简单操作的手术，帮助患者恢复身体功能。目前医院临床治疗高龄股骨，粗隆间骨折患者主要是利用仰卧位牵引方式辅助治疗，通过侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉进行内固定，保证临床治疗效果。本次基于实践探究进行分析，对此种治疗方法的可行性进行展示，下面进行详细报道。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究结合目的选取我院接收的合适的患有股骨粗隆间骨折高龄的患者，最终确定90人，针对患者临床情况，全面分析侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定治疗的价值。研究中把患者科学分组，治疗中按照相同的固定处理方法分别选取仰卧和侧卧位置，对照组有45例患者，男性和女性分别占比27和18，治疗中按照仰卧位置进行手术，剩余的45例患者作为观察组，组中患者的男女比例为28比17，利用侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定治疗，为了保证研究合理性，在分组时两组患者一般资料没有差异性。研究开展前提前进行审批，在管理组织同意并签下开展，研究中各项流程符合标准要求。

在患者纳入和排除中，需要严格按照标准，所有选取的患者必须符合以下要求：第一，本次开展研究前需要专门人员同患者进行讲解，患者了解具体研究流程，在知悉情况下自愿参与，并且保证后续能够积极配合^[1]。第二，患者入院后进行专业临床检查，按照标准判断为股骨粗隆间骨折症状，而且在临床分析中确定，患者非手术治疗无效，而且有一定的手术指征。第三，所有纳入的患者在入院治疗前没有利用其他手段治疗自身骨折症状。第四，患者入院后需要护理人员辅助完成各项基础检查，根据患者的各项检查结果，科室内工作人员经过会诊，分析患者的手术耐受情况，在能承受耐受状态下参与。第五，提前同患者及家属进行全面讲解，保证患者及家属在整个手术过程中能够承担意外事件。

在患者排除中需要考虑以下几点：第一，患者身体也存在其他严重病症，需要及时到医院抢救治疗，无法承受手术。第二，患者存在一定的精神障碍，在日常不能同他人进行有效交流。第三，患者家属不愿承担治疗研究中的风险。凡存在以上不利于本次研究开展的都需要排除。

1.2 方法

1.2.1 手术前的准备

所有患者在入院后按照医院常规程序首先进行专业检查，分析患者情况，主要是通过影像学X线或专业CT检测，根据检查结果了解患者的骨折分型，给患者制定合适的方案治疗。所有选择患者在进行手术时需要由同组医师全面完成，患者手术前提前给患者进行腰硬联合麻醉。在术前给患者注射抗生素药物，保证在半小时内注射完成，有效预防患者出现感染，按照常规手术模式，提前准备好各项设备，同时提前备好血袋等。在患者手术后，及时送入重症监护室进行密切观察^[2]。

1.2.2 观察组治疗

观察组患者在治疗中需要在手术室保持合适的体位，此时需要全部处于全髋置换体位，在患者的肩宽部位提前垫好软垫，让患者通过健康一侧肢体的力量屈膝进行侧卧支撑，患者出现骨折一侧肢体需要自然伸直，利用钢板增加对胸背部的固定保护。

表 1 患者临床治疗相关指标情况比较表

组别	手术时长	术中出血情况	在院居住时间	骨折愈合时间情况	切口长度控制
对照组 (45 例)	55.34 ± 5.72	146.03 ± 43.54	8.62 ± 2.47	13.03 ± 2.11	4.06 ± 0.78
观察组 (45 例)	50.15 ± 5.85	129.33 ± 40.04	8.44 ± 1.94	12.94 ± 2.43	4.03 ± 0.74
t	7.356	5.745	0.611	0.925	0.842
P	0.001	0.011	0.583	0.834	0.761

1.2.3 对照组治疗

对照组的患者在治疗中需要让患者处于仰卧位体位状态,此时医护人员分析患者的身体状态,给患者进行牵引,做好手术前的各项准备,通过专业 X 线影像学检查给患者进行牵引辅助复位,保证患者的股骨粗中间骨折部位复位状态较好,从患者骨折尖端附近进行切口,患者治疗中需要选取患者皮肤下的破筋膜肌肉,切开后其他治疗方式同上面观察组。

1.3 观察指标

根据患者身体实际情况选择合适的手术方法帮助患者,研究中设定具体指标,了解患者手术中的各项指标数据,对两组差异性进行对比。针对患者的髌关节状态进行评分,了解患者的并发症引发情况,做好详细记录,两组针对实际数据对比。

1.4 统计学方法

研究开展需要结合统计学知识,检验过程中利用 SPSS20.0 软件,选择合适的表达方式来展示计量资料,比较中需要结合 t 数据对两组详细分析。

2 结果

2.1 患者临床治疗相关指标情况比较

由上面表 1 的数据可知,观察组患者治疗中患者手术时长和术中出血情况分别为 (50.15 ± 5.85) 分和 (129.33 ± 40.04) 毫升,对照组患者治疗中患者手术时长和术中出血情况分别为 (55.34 ± 5.72) 分和 (146.03 ± 43.54) 毫升,两组患者在临床手术的此两项指标中存在显著差异。观察组在手术治疗中院居住时间、骨折愈合时间情况、切口长度控制分别为 (8.544 ± 1.94) 天、(12.94 ± 2.43) 周和 (4.03 ± 0.74) 厘米,对照组在手术治疗中院居住时间、骨折愈合时间情况、切口长度控制分别为 (8.62 ± 2.47) 天、(13.03 ± 2.11) 周和 (4.06 ± 0.78) 厘米,两组在此三项指标中数据差异不大。

2.2 患者身体髌关节评分和并发症引发情况比较

由实践研究数据可知,观察组患者在治疗后身体髌关节评分为优良状态的合计有 44 例,占本组人数的 97.78%,对照组患者在治疗后身体髌关节评分为优良状态的合计有 43 例,占本组人数的 95.56%,两组间没有明显差异。观察组患者身体出现心血管病症、手术切口红肿、深静脉血栓、感染问题、死亡的分别为 1 例、1 例、0 例、0 例和 1 例,合计出现并发症的为 3 例,占本组人数的 6.67%;对照组患者身体出现心血管病症、手术切口红肿、深静脉血栓、感染问题、死亡的分别为 1 例、0 例、1 例、0 例和 1 例,合计出现并发症的为 3 例,占本组人数的 6.67%,两组差异较小。

3 讨论

当前我国社会发展中人口逐渐老龄化,社会中存在较多的高龄人群,随着人年龄的增长,骨骼质量会有所降低,在日常生活中反应能力逐渐衰退,高龄人群在遭遇外界轻微压力时很容易出现股骨粗隆间骨折病症。临床治疗此种病症主要是给患者保守治疗,或者是在患者身体耐受状态下给患者进行手术,

保守治疗中主要是选择合适的牵引方法帮助患者复位,但是患者需要长期卧床休养,此时很容易导致引发压疮等并发症,而且有些患者进行保守治疗,也会出现不能愈合的状态,严重影响患者的日常生活。根据以上治疗问题,所以在外科治疗中,医护人员还是建议患者进行手术。

目前临床治疗股骨粗中间骨折保证,在手术中可以联合使用多种方法进行内部的,根据临床实践可知,在给患者进行坚强的内固定后,有效帮助患者骨折部位愈合,目前临床关于使用哪一种治疗方法存在一定争议。利用侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉固定处理时患者身体带来的创伤比较小,而且利用此种固定方法,会有效缩短患者的手术时间,让患者能够尽早下床活动。而且相比于其他内固定方法,利用此种方法可以有效避免患者的骨膜剥离,可以让患者的身体增加耐受性,帮助患者快速愈合。

本次进行实践分析,结果显示:观察组患者治疗中患者手术时长和术中出血情况分别为 (50.15 ± 5.85) 分和 (129.33 ± 40.04) 毫升,与对照组患者的 (55.34 ± 5.72) 分和 (146.03 ± 43.54) 毫升差异显著。观察组在手术治疗中院居住时间、骨折愈合时间情况、切口长度控制分别为 (8.544 ± 1.94) 天、(12.94 ± 2.43) 周和 (4.03 ± 0.74) 厘米,与对照组三项指标中数据差异不大。观察组患者在治疗后身体髌关节评分为优良状态的合计有 44 例,占本组人数的 97.78%,与对照组的 95.56% 差异不大。观察组患者身体出现心血管病症、手术切口红肿、深静脉血栓、感染问题、死亡的分别为 1 例、1 例、0 例、0 例和 1 例,对照组相应并发症引发情况分别为 1 例、0 例、1 例、0 例和 1 例,没有明显差异。根据本次研究进行总结,利用侧卧位给患者手术具有明显优势。首先,在患者体位确定时比较容易,患者可以使用较少的时间快速摆正体位,增加患者身体的舒适感,让患者能够更好地适应手术。其次,通过侧卧位方便患者的手术操作,患者受骨折影响,有些部位是错位相互连接的,在侧卧位稍微加起来也就可以复位。再次,患者处于侧卧位,在手术中透视比较方便,可以更快速地了解患者状态,缩短患者手术时间。最后,在手术中对患者的移动比较少,不会对患者身体有过多干扰。

综上所述,高龄患者出现股骨粗隆间骨折需要根据患者身体状态科学治疗,给患者利用侧卧位闭合复位股骨近端防旋髓内钉内固定治疗,提升手术效率,而且患者出血量也较低,帮助恢复患者身体功能,让患者快速恢复出院,值得推广。

参考文献:

- [1] 管国平,蒋旭,易进,等.Mimics 辅助虚拟复位个体化辅助股骨近端防旋髓内钉固定治疗外侧壁不稳定型股骨转子间骨折[J].中国骨伤,2020,33(4).
- [2] 陈庆槐.股骨近端防旋髓内钉内固定治疗外侧壁骨折的股骨粗隆间骨折过程中重建与未重建外侧壁的疗效比较[J].中国实用医药,2020,15(27).