

快速康复外科理念在股骨粗隆间骨折患者中应用观察

纪建刚 赵玉波 黄志东 付强 柴智

鄂尔多斯市东胜区人民医院 内蒙古 鄂尔多斯 017000

摘要: **目的:** 研究快速复健手术ERAS在股骨近段抗旋髓内针上的应用。**方法:** 将60例股骨粗隆间骨折病人分成两组, 分为观察组(30例)和对照组(30例), 分别进行治疗, 并将治疗前后进行对比。**结果:** 与对照组相比, 观察组的住院时间较短, 其住院费用较低, 两组之间存在显著的差别($P < 0.05$); 观察组患者并发症总发生率明显低于对照组, 两组之间有显著的差别($P < 0.05$); 在经过6个月的治疗之后, 观察组的追踪生活质量得分与对照组相比, 有显著的提高, 两组之间的对比有显著的差别($P < 0.05$)。**结论:** 股骨粗隆间骨折围手术期ERAS可在不增缓解率的情况下缩短术后并发症和住院时间。

关键词: 快速康复外科; 围手术期管理; 髓内固定术; 股骨粗隆间骨折

引言

股骨粗隆间骨折的病人, 一般在股骨粗隆间骨折的起始点, 即髌关节囊线之下, 一直到小粗隆水平以上这一区域, 病人会出现明显的肿大和剧烈的疼痛, 从而导致病人的运动能力下降。该病在中老年患者中较为常见, 严重影响其生存品质。引起股骨粗隆间骨折的主要原因有两种, 一种是直接暴力, 另一种是间接暴力。采用手术治疗, 可以让病人在术后更早下床, 而且在并发症和死亡率上也比保守治疗要好得多。因为病人本身的身体素质比较差, 而且有很多的基础疾病, 所以做手术的时候, 术前准备和康复的时间都比较长, 疼痛也比较强烈, 所以会对病人的恢复产生很大的影响。所以, 有必要在手术中, 为手术治疗提供高质量的护理辅助, 从而保证治疗效果, 并帮助患者加快康复速度^[1-2]。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选择2020年1月至2022年10月期间在我院诊治的股骨粗隆间骨折患者60例, 分为观察组(30例)和对照组(30例)。接受ERAS治疗的患者分为两组: 对照组和观察组, 每组30例。所有粗隆间骨折患者均选择紧急择期手术。纳入标准: 接受标准化治疗路径的手术患者和接受ERAS途径的患者。该研究得到了医院伦理委员会的批准, 并获得了每位患者的书面和口头知情同意书。排除包括开放性骨折、病理性转移性骨折、骨折前无法独立行走的患者以及无法遵循口头或书面指示的患者。

1.2 方法

观察组病人在围术期采用快通道方式进行ERAS介入, 而对照组则采用传统的外伤外科介入治疗。

观察组的围术期ERAS的具体措施包括: ①诊断和

治疗: 构建一个快捷的路径, 其中包含了优先检查、优先评估、优先治疗等内容, 力争在住院后48小时之内就能完成手术; ②基础评价: 对病人进行多学科协同的全面评价, 其中包含ASA等级评价的健康状况, NYHA心功能评价的心脏功能, 凝血功能评价, 血糖评价, 高血压评价, 精神睡眠状况评价, 术后恶心呕吐, 谵妄, 尿滞留, 静脉血栓等危险因素评价^[3-4]。③教育: 通过对病人的心理及术前教育, 告诉病人入院时应注意的问题及围术期处理的程序, 减轻病人的焦虑, 增加病人的顺应性; ④血液管理: 贫血症的防治。血红蛋白低于100g/L时, 需要准备血液; ⑤多方式止痛: 患者在住院后按病情轻重给予相应的止痛处理。全部病例在手术前3天给予塞来昔布口服先期止痛, 在术区给予“鸡尾酒”预先止痛, 并在手术结束后给予病人自我控制止痛; ⑥膳食控制: 手术前6小时禁止进食固体食物, 2小时禁止喝水, 手术后病人在神志清醒的情况下, 可以逐渐减少饮水, 逐渐开始进食。⑦麻醉: 对ASA大于III类的病人, 应根据病人的情况, 采取相应的手术方式, 尽量采用椎管内麻醉, 对手术中出现的ASA分数大于III类的病人, 应及早给予相应的处理, 同时应注意肌肉松弛和麻醉的程度, 并给予氨甲环酸, 以降低手术中的失血。⑧温度控制: 做好手术时的保暖工作, 防止术后出现低温度现象, 手术室的温度应控制在22~24摄氏度; 手术中所用的液态温度应控制在37~40摄氏度范围内; ⑨防止血栓形成: 采用传统的物理疗法防止血栓形成, 经证实无脑、腹部器官大出血危险时, 于手术前12小时给予抗凝, 12小时后再重新开始。⑩复健: 建立复健队伍, 进行手术前的复健评定, 对患者进行复健宣传与辅导。手术结束后, 回到房间, 在麻药苏醒后, 立即进行等长度的肌肉

收缩,髌关节的屈伸运动,深静脉血栓的物理防治,以及呼吸运动,以及翻身运动。在复健医生的指导下,于第二日进行了行走训练。出院条件:患者能够自行下床,且在家人搀扶或帮助下步行100米以上;VAS得分低于5分,服用抗炎镇痛药物;在医生的指导下,病人可以详细地叙述其出院后的治疗计划和追踪的时机。

对照组的普通治疗方法包括:①诊断和治疗:采用普通手术程序;②基础评价:手术前只做传统的心肺功能评价;③对患者进行术前教育,并通知患者应做的准备工作;④血液管理:视病人的各项指标和手术过程中的失血情况,及时进行输血;⑤多模态止痛:在手术过程中,应病人的要求给予NSAIDs或阿片类药物;⑥膳食控制:术后禁食8小时,术后禁水8小时;⑦麻醉:在手术过程中实施全麻;⑧在手术过程中,没有采取有效的温度控制方法;⑨防止血栓形成:采用传统的物理疗法防止;⑩恢复:4-6周时,根据病情可进行下床锻炼,并在出院时告知有关护理要点。

出院标准:VAS得分不超过5分时,可以离开。

所有病例都接受了髓内固定术治疗。病人在完全麻痹的情况下,选择平躺位,双腿弯曲,双腿外展,在X光照射下,用拉力将粗隆之间的骨折拉出,一直拉到断端,使其保持直线。在患者的大隆突近段3-5cm的位置做纵向切开,使大隆突近段的大隆突部逐渐加深,并逐渐露出大隆突部顶端。取大粗隆处稍内外侧为入针点,将引针沿着股骨髓腔的方向插入,经X光检查定位。用导针在股骨近端扩髓,在X线下将主要的髓内钉钉插入,然后在X线下进行定位^[5]。

各种类型的髓内钉头钉的置入方法是:①Inter-Tan髓内钉:在主钉末端连接加压头钉引导器,根据指令在相应的皮肤部位做纵行切口,将软组织分开,露出股骨外侧皮质,沿着引导器置入头钉导针,在正侧位X线透视

下,确定导针都在股骨颈中心,其顶端距离股骨头关节面5~10mm,沿着导针扩孔后,依次置入拉力螺钉及加压螺钉。②将PFNA髓内针插入股骨颈螺旋刀头钉导向器,按指针在相应的皮肤上作纵向切开,将周围的软组织分开,露出股骨面的内侧。测定并选取适当的螺杆钻头长度。沿着引导针扩口,将螺丝钉打入螺丝钉内,锁定。依据骨折分型和髓内钉的种类,采用静力和动力两种方式固定主钉,并将主钉尾部固定在一起。通过X线检查,明确了骨折部位和内固定部位的形状,并在清洗和止血后,分层封闭伤口^[6-7]。

1.3 观察指标

将两组资料进行对比分析,其中五个项目为:住院天数,治疗费用,并发症,生活质量。采用生命品质的全面评估量表进行生命品质的评定。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后住院时间与住院费用比较

观察组病人的住院时间均少于对照组病人,其住院费用均显著少于对照组病人,两组之间的差别均有显著性($P < 0.05$)。

表1 两组患者治疗后住院时间与住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间(d)	住院费用(元)
对照组	30	19.23±1.48	36948.32±7442.31
观察组	30	10.28±1.42	29756.56±6758.23

2.2 两组患者治疗后并发症总发生率比较

观察组病人的并发症总数均显著降低,两组之间存在显著的差别($P < 0.05$),如表2所示。

表2 两组患者治疗后并发症总发生率比较[n(%)]

组别	n	压疮	肺部感染	下肢深静脉血栓	便秘	总发生
对照组	30	1	0	2	3	6(20.00)
观察组	30	0	0	1	1	2(6.67)

2.3 两组患者治疗后生活质量评分比较

治疗6个月后,观察组患者各项生活质量评分显

著高于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患者治疗后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	躯体功能	心理健康	社会关系	生活环境
对照组	30	80.23±2.25	74.56±2.33	79.12±1.88	76.02±1.75
观察组	30	89.87±1.55	85.42±1.39	88.39±1.44	87.79±1.59

3 讨论

股骨粗隆间骨折是指从股骨颈到小粗隆间骨折,多

见于高龄患者，其发病率在高龄患者中高达60%，且呈逐渐增多的趋势。其临床症状以髋部疼痛为主，患侧肢体运动障碍，无法站起或走路。目前，临床上主要采用的是保守疗法和外科疗法。此前，我们的观点多采用的是保守治疗，具体包括：绝对卧床、牵引、横板鞋固定等，但是这些方法很容易导致压疮、坠积性肺炎、泌尿系感染、下肢深静脉血栓甚至肺栓塞等严重并发症的发生。此外，老年患者自身多并有心脑血管疾病，机体抵抗能力差，因此，其病死率及致残率比较高，大约占骨折后的40%。因为保守治疗见效缓慢，需要花费很长的时间来进行，因此出现的并发症多，因此不适合成为首选的治疗方案。现在，在临床上，如果没有明确的手术禁忌症，都应该积极进行手术，以使病人能够快速复位和稳定骨折，让病人能够尽早地下床，重新开始承重活动，从而可以减少长期卧床的并发症，从而降低病死率和致残率，从而提升病人的生活质量。PFNA（PFNA）是一种可减轻髓内翻及股骨转动的髓内钉，可提高患者的骨量，提高握力，且具有微创、出血少、操作简便等优点，是该类患者的“金标准”。

尽管这种术式具有很好的效果，但是它仍然是一种有创的操作，再加上这种骨折的病人多是老年人，他们的身体各项机能都会下降，他们对手术的耐受性很低，围术期的心理焦虑、紧张、失眠、疼痛刺激、半饥饿状态、电解质紊乱、术中术后伴有的显性或隐蔽失血，术后长期卧床及肺炎、褥疮各种卧床并发症都会有很高的危险，这些因素都会造成术后的治疗效果不佳，还会造成术后出现谵妄等认知功能障碍。POCD手术后对病人的早期康复不利。在这种情况下，采取科学的、有效的康复治疗措施，可以对患者术后关节功能的恢复、生活质量的提升起到积极的推动效果^[8]。

传统的做法是在患者诉说疼痛难忍时给予适当的治疗，ERAS研究主要采用COX-2抑制剂镇痛，而VAS分数>4分则为其止痛，并可增加阿片类药物，但会降低其用量。ERAS理论重视对痛觉的控制，并采用先进的止痛技术，降低了对身体的压力响应。对病人来说，尽早进行

康复训练是很关键的，ERAS的概念是通过提高胃肠的运动能力，提高肺部的运动能力，提高下肢的肌肉力量，维持髋部的灵活性，加快伤口的血运，减少肢体的静脉回流，预防手术后的深静脉血栓。在本研究中，我们发现患者的HHS及ADL得分均有所提高，提示患者的下肢水肿及肌萎缩的危险性较小，这有助于患者的髋部功能的恢复。

综上所述，将ERAS技术用于高龄股骨粗隆间骨折的治疗，不仅能够改善病人的生活质量，而且能够有效地改善病人的生活品质，改善病人的髋关节功能，而且能够有效地减轻病人的痛苦，减少病人的并发症，从而改善病人的生活质量，增加病人的满意度。

参考文献

- [1]张志忠.股骨近端抗旋髓内钉与动力髋螺钉内固定治疗股骨粗隆间骨折的效果比较[J].中国医药指南,2022,20(18):57-60.
- [2]杨宝春,杨欣,吴琳,等.快速康复理念下老年股骨粗隆间骨折患者围术期规律性应用氟比洛芬酯临床疗效评价[J].海峡药学,2022,34(6):61-64.
- [3]张鸿峰,胡玉波.后路手术内固定治疗降低脊柱骨折患者VAS的临床研究[J].重庆医学,2021,50(S01):64-66.
- [4]吴新宝.老年髋部骨折诊疗专家共识(2017)[J].中华创伤骨科杂志,2020,(11):921—927.
- [5]刘功稳,高焱,徐又佳.髋部骨质疏松性骨折48小时手术的临床意义[J].中华骨科杂志,2021,39(17):1096—1100.
- [6]杨明辉,李文菁,孙伟桐,等.我国老年髋部骨折围手术期治疗现状调查[J].中华创伤骨科杂志,2020,(7):566—571.
- [7]杨玉帆,高空,秦寿英.基于快速康复外科理念的多模式镇痛护理在老年髋部骨折患者中的应用[J].当代护士(中旬刊),2022,29(1):77-80.
- [8]张刚,冯源,曹学成.酮咯酸氨丁三醇对老年股骨粗隆间骨折患者术后视觉模拟评分及Ramsay镇静评分的影响[J].中国临床医生杂志,2020,46(12):1465-1467.