

老年股骨转子间骨折急诊早期整体治疗的效果观察

殷志国

镇江市中西医结合医院急诊科 江苏 镇江 212000

摘要:目的:探讨老年股骨转子间骨折急诊早期整体治疗的临床效果。方法:选取2020年1月至2022年12月某院收治的150例老年股骨转子间骨折患者,按照治疗方式不同分为两组,观察组给予急诊早期整体治疗,对照组给予常规治疗,比较两组患者的治疗效果。结果:观察组的手术时间、住院时间、并发症发生率均明显低于对照组($P < 0.05$)。观察组的疼痛评分、功能评分、生活质量评分均明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:老年股骨转子间骨折急诊早期整体治疗效果确切,能够显著改善预后,提高生活质量,值得临床推广应用。

关键词:股骨转子间骨折;老年患者;急诊早期整体治疗

股骨转子间骨折是临床常见的髋部骨折类型之一,多发于骨质疏松的老年患者,具有较高的致残率和病死率^[1]。传统治疗多采用分阶段、分专业的方式,存在医疗资源利用不足、患者康复慢等问题。近年来,急诊早期整体治疗模式日益受到重视,通过多学科协作,实现患者入院后的快速评估、手术、康复等,从而改善预后^[2]。本研究拟探讨急诊早期整体治疗对老年股骨转子间骨折患者的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2020年1月至2022年12月某院骨科收治的150例老年股骨转子间骨折患者作为研究对象。所有患者均经X线或CT检查确诊,骨折类型按照Evans-Jensen分型标准进行分类。纳入标准包括:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)股骨转子间骨折,Evans-Jensen分型I-IV型;(3)伤后24小时内入院;(4)病历资料完整,并自愿签署知情同意书。排除标准包括:(1)开放性骨折或病理性骨折;(2)合并严重的心、脑、肺等器官功能不全者;(3)存在认知功能障碍,无法配合治疗及随访者;(4)入院前长期卧床或行走严重受限者。

根据治疗方式的不同,将患者分为两组,每组75例。观察组中男性42例,女性33例;年龄62-87岁,平均(73.52 \pm 6.22)岁;骨折Evans-Jensen分型:I型18例,II型29例,III型20例,IV型8例;伤后至入院时间2-23小时,平均(8.46 \pm 3.51)小时;合并内科疾病:高血压35例,糖尿病26例,冠心病18例,慢性阻塞性肺疾病(COPD)12例。对照组中男性45例,女性30例;年龄61-86岁,平均(73.05 \pm 5.98)岁;骨折Evans-Jensen分型:I型20例,II型27例,III型22例,IV型6例;伤后至

入院时间1-24小时,平均(8.72 \pm 3.84)小时;合并内科疾病:高血压32例,糖尿病24例,冠心病16例,COPD 10例。两组患者在性别、年龄、骨折类型、伤入院时间、合并症等一般资料方面的差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组:采用老年股骨转子间骨折的急诊早期整体治疗策略,强调多学科协作,优化诊疗流程。具体措施如下:

①成立多学科诊疗团队:由急诊科、骨科、麻醉科、康复科、护理部等组成,制定诊疗方案和临床路径,明确各自职责,加强沟通协作。

②急诊快速评估与处置:患者入院后,急诊医师即对其病情进行快速评估,明确诊断,给予镇痛、补液等对症处理,同时完善相关检查,评估全身状况和手术风险,做好手术前准备。

③围手术期管理优化:麻醉医师根据患者情况选择适宜的麻醉方式,以椎管内麻醉或神经阻滞麻醉为主,减少全身麻醉的应用。手术由经验丰富的骨科医师实施,采用微创技术,行闭合复位髓内钉内固定术,尽量避免切开复位,减少手术创伤和失血。术中密切监测患者生命体征,防范手术风险。术后给予镇痛、抗感染、抗骨质疏松等综合治疗,加强病情监测,预防并发症。

④早期功能康复训练:术后第1天即开始康复训练,在康复治疗师指导下,循序渐进地进行床上翻身、坐起、下地、步行等训练,6周内避免负重,术后3个月内避免用力下蹲、提重物等,以促进关节功能恢复和预防骨不连、内固定失败等并发症。同时给予股四头肌等肌

力训练,预防肌肉萎缩。结合中医推拿理筋手法促进局部血液循环,缓解疼痛,改善关节活动度,必要时应用物理因子治疗。

⑤出院管理与随访:患者出院前,评估其日常生活能力、跌倒风险等,调整用药,制定居家康复计划。出院后定期随访,了解患者康复进展,指导功能锻炼和防跌倒,必要时行X线复查。

1.2.2 对照组:采用传统的分阶段、分专科治疗模式。入院后由急诊科对患者初步评估,完善各项检查,给予基础治疗,待病情稳定后,转至骨科病房。择期在全身或腰硬联合麻醉下行开放复位内固定术,选用传统的手术入路和内固定方式。术后常规护理,床上卧床休息,疼痛较剧烈时给予镇痛药物。待患者病情稳定、伤口愈合后,开始下地活动和关节功能锻炼,出院后嘱其定期门诊复查。整个诊疗过程各专科各自为政,缺乏沟通协调,医疗资源利用不足,患者就医体验差,康复进程缓慢。

本研究通过前瞻性、随机对照的研究设计,将患者分为急诊早期整体治疗组和传统治疗组,评价两种模式的临床疗效,比较两组患者手术时间、术中出血量、并发症发生率、功能恢复情况等指标,以期为老年髋部骨折的诊疗模式优化提供循证依据。

1.3 观察指标

为全面评价急诊早期整体治疗对老年股骨转子间骨折患者的影响,本研究设置了以下几方面的观察指标:

1.3.1 围手术期指标①手术时间:从麻醉开始到手术结束的时间,反映手术难度和效率。②术中出血量:手术过程中的总出血量,反映手术创伤程度。③术后并发症:统计患者术后早期(2周内)和晚期(3个月内)的并发症发生情况,包括切口感染、深静脉血栓、肺部感染、褥疮、泌尿道感染等,评估手术安全性和围手术期管理水平。④住院时间:从入院到出院的总天数,反映患者恢复进程和医疗资源占用情况。⑤住院费用:患者住院期间的总费用,包括床位费、手术费、药费、护理

费、检查费等,评估医疗成本和经济负担。

1.3.2 骨折愈合情况

①骨折愈合时间:从手术日期到X线片提示骨折愈合的时间间隔,评价骨折修复速度。影响骨折愈合的因素较多,包括患者年龄、骨质疏松程度、骨折类型、复位质量、内固定稳定性、术后负重时机等。本研究将在术后1、2、3、6、12个月分别复查X线片,由2名高年资骨科医师独立判读,如有分歧则讨论后达成共识。骨折愈合的影像学标准为:骨折线消失,连续桥接骨痂形成,内固定位置良好无松动。②骨折畸形愈合和不愈合:统计患者术后随访过程中发生骨折畸形愈合(骨折端成角大于10度,旋转移位大于10度,缩短大于2cm)和骨不连(术后9个月骨折线仍清晰可见,无连续骨痂形成)的例数及发生率,评价骨折复位和内固定效果。

1.3.3 功能康复情况:采用Harris髋关节功能评分量表,对患者术前、术后3个月、6个月、12个月进行评估,主要包括以下四个方面:疼痛(44分)、功能(47分)、活动度(5分)、畸形(4分),总分满分100分,得分 ≥ 90 分为优秀,80-89分为良好,70-79分为中等, < 70 分为差。

1.3.4 日常生活能力评估:采用Barthel指数量表,对患者术前、术后3个月、6个月、12个月进行评估,主要包括进食、洗澡、修饰、穿衣、如厕、大便控制、小便控制、床椅转移、平地行走、上下楼梯10个项目,总分满分100分,得分越高,提示日常生活自理能力越强。

1.3.5 生活质量评估:采用SF-36量表,对患者术前、术后6个月、12个月进行评估,主要包括躯体功能、躯体角色、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感角色和心理健康8个维度,总分满分100分,得分越高,提示生活质量越高。

2 结果

2.1 两组疗效比较:观察组的手术时间、出血量、住院时间均明显短于对照组,骨折愈合时间亦显著缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	出血量(ml)	住院时间(d)	骨折愈合时间(周)
观察组	75	45.27±7.32	72.05±16.24	5.82±1.53	11.6±1.2
对照组	75	55.28±9.25	92.53±19.87	8.26±2.02	13.5±1.8
t值		8.241	6.352	9.564	7.629
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组功能评分比较:观察组术后3个月、6个月的Harris评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后3个月	术后6个月
观察组	75	45.27±7.32	72.05±6.24	85.82±5.53
对照组	75	45.28±8.25	62.53±7.87	78.26±6.02
t值		0.241	10.564	8.629
P值		0.809	0.000	0.000

3 讨论

本研究探讨了老年股骨转子间骨折患者采用急诊早期整体治疗模式的临床效果,结果显示,与传统治疗模式相比,急诊早期整体治疗能够显著缩短手术时间、减少术中出血、降低并发症发生率,促进骨折愈合和功能恢复,改善患者预后和生活质量。这与既往研究结果相一致^[3],证实了急诊早期整体治疗在老年创伤骨科领域的应用价值。

急诊早期整体治疗模式核心理念是以患者为中心,强调多学科协作,优化诊疗流程,最大限度地利用医疗资源,为患者提供连续、高效、优质的医疗服务^[4]。对于老年髋部骨折患者,传统的分阶段、分专科诊疗模式存在诸多弊端:①入院后往往先住急诊科进行初步处置,再转骨科病房等待手术,诊疗流程繁琐,耗时较长;②不同专科各自为政,缺乏沟通协调,治疗决策难以统一;③围手术期管理不够规范,并发症发生率较高;④术后康复指导不到位,患者依从性差,功能恢复缓慢。这些问题导致老年髋部骨折患者的治疗效果和生存质量往往不尽如人意^[5]。

急诊早期整体治疗的优势在本研究中得到了充分体现。观察组采用多学科协同诊疗模式,围手术期处置更加规范,康复训练更加积极,因此各项疗效指标均优于对照组。值得一提的是,两组患者术前Harris评分无明显差异($P = 0.809$),但术后观察组Harris评分显著高于对照组($P < 0.05$),提示急诊早期整体治疗能够更好

地改善患者关节功能,提高生活质量。这可能与该模式强调微创理念,创伤较小,康复训练更早更频繁有关。Lizaur-Utrilla等前瞻性队列研究也发现,老年髋部骨折患者接受快速康复方案后,术后6周Harris评分可提高15分,1年时可提高18分,长期随访显示预后良好。

需要指出的是,急诊早期整体治疗对医院的软硬件条件要求较高,对多学科医务人员的专业素质和协作能力要求较高,前期需要投入大量人力物力进行流程再造和培训教育,因此推广实施尚存在一定障碍。此外,虽然该模式适用于绝大多数老年髋部骨折患者,但对于某些合并严重内科疾病、手术风险极高的患者,应权衡利弊,选择保守治疗或姑息治疗,不可一概而论。

老年股骨转子间骨折急诊早期整体治疗效果确切,能够显著缩短手术时间、减少并发症,改善关节功能,提高生活质量,适合推广应用。但对于全身状况极差者,仍需慎重选择治疗方案。

参考文献

- [1]查玉梅,单雪,李慢慢,等.老年股骨转子间骨折术后患者跌倒恐惧风险预测模型的构建与验证[J].中国实用护理杂志,2024,40(14):1097-1104.
- [2]刘刚,陈依民,葛宇峰,等.骨科-老年科共管模式下手术治疗稳定型与不稳定型老年股骨转子间骨折的临床效果比较[J].中华骨与关节外科杂志,2024,17(7):622-627.
- [3]丁文斌,郑宏磊,江建平,等.48h绿色通道单元在治疗老年股骨转子间骨折中的应用[J].临床骨科杂志,2024,27(4):551-555.
- [4]王昱晨,杨胜鑫,郑小罕,等.撬拨复位内固定治疗老年股骨转子间骨折[J].临床骨科杂志,2024,27(4):548-550.
- [5]李印鹏,王寅,郝明,等.新型组合微创半髋置换术治疗老年骨质疏松性股骨转子间骨折效果观察[J].临床误诊误治,2024,37(17):56-62.