

平乐县中医医院骨伤科

优势病种中西医结合特色诊疗方案

股骨转子间骨折诊疗规范

一、诊断：

(一) 诊断标准(采用《临床疾病诊断依据治愈好转标准》1998年第二版)

- 1、老年人多见于跌倒后髋部疼痛，不能站立，患肢不敢活动。
- 2、青壮年者多见于强大暴力损伤。
- 3、患肢外旋及短缩畸形，大转子向上移位。
- 4、髋关节正轴位 X 线摄片，可明确诊断及类型。

(二) 临床分型

按骨折线部位分类：

- 1、转子间骨折：骨折线从大转子上方斜向小转子。
- 2、逆转子间骨折颈中型骨折：骨折线从大转子下方斜向小转子。
- 3、转子下骨折：骨折线经过大小转子的下方，成横形，斜形骨折。

二、中西医辩证分型：

(一)早期：气血瘀阻型

临床病象：伤后 1~2 周内，患髋疼痛明显，局部肿胀，瘀血斑，不能站立，患侧髋关节功能丧失，患肢外旋及短缩畸形，舌质紫

暗或有瘀斑，脉弦涩。

证候分析：外伤跌仆初期，骨折筋伤，血离经脉，瘀积不散，气血瘀阻不通，故局部肿胀，疼痛明显。骨折后肢体不能支撑负重，故不能站立，患肢外旋短缩畸形。舌质紫暗，脉强涩均为骨折初期瘀血阻滞之象。

(二)中期：血瘀气滞型

临床病象：伤后 3~6 周，肿胀逐渐消退，疼痛减轻，功能丧失未恢复，动则有疼痛感，舌质暗淡，脉弦细。

证候分析：伤后中期，经适宜的治疗及正气抗邪的作用下，使气血瘀滞逐渐消退，故肿胀逐步消退，疼痛减轻。断骨初步连接而未坚，瘀滞虽消而未尽，故功能未恢复，动则有疼痛，舌质紫暗，脉弦细为气血仍有瘀滞之征。

(三)后期：肝肾亏虚型

临床病象：伤后 7~8 周，疼痛已消，或年迈体弱，头晕目眩，腰膝痠软，倦怠乏力，舌淡，脉细。

证候分析：年老体弱，肝肾精血不足，不能上润清窍，故头晕目眩，“腰为肾之府”“肾主骨”肝肾精血不足，故腰膝软，倦怠乏力，舌淡，脉细皆为肝肾两亏精血不足之象。

三、中西医结合诊断

(一)西医诊断：

1、病名：股骨转子间骨折

2、分型：(顺转子间骨折型、逆转子间骨折型、转子间下骨折型)

如：股骨转子间骨折(顺转子间骨折型)

(二)中医诊断

1、病名：股骨转子间骨折

2、分期分型；早期气血瘀阻型，中期血瘀气滞型，后期肝肾亏虚型。如：股骨转子间骨折(早期气血瘀阻型)。

(三)中西医结合诊断：

如：股骨转子间骨折~顺转子间骨折型(早期气血瘀阻型)。

四、中西医结合治疗方案

(一)治疗原则

1、非手术治疗：适用于不全性骨折或骨折移位不明显且年老多病不适宜手术治疗者。

2、手术治疗：适用于完全性骨折的各型股骨转子间骨折。

3、中药辨证治疗：早期活血化瘀，消肿止痛；中期续筋接骨，行气活血；后期补益肝肾，强壮筋骨。

(二)治疗措施

1、中西医结合非手术治疗

(1)皮牵引患肢：多用于不全性骨折或无移位的骨折。

(2) “丁”字鞋：防外旋架外展中立位固定，多用于不全性骨折、无移位的骨折或年老多病不适宜手术患者。

(3)骨牵引：适用于骨折移位不适宜手术患者。

(4)中医辨证分型治疗：

按骨折早中晚三期辨证用药

1、气血瘀阻型(早期)

治则：活血化瘀，消肿止痛

处方：接骨 I 号方

药物：桃仁 9g，红花 9g，当归 12g，丹参 12g，香附 6g，自然铜 12g，牛膝 12g，延胡 15g，川断 12g。

用法：每日一剂，水煎服

2、血瘀气滞型(中期)

治则：续筋接骨，行气活血

处方：接骨 II 号方

药物：当归 12g，赤芍 12g，丹参 12g，木香 6g，川断 12g，骨碎补 12g，丝瓜络 6g，木瓜 6g，牛膝 12g。

用法：每日一剂，水煎服

3、肝肾亏虚型（后期）

治则：补益肝肾，强壮筋骨

处方：接骨 III 号方

药物：当归 12g，赤芍 12g，川芎 6g，川断 12g，骨碎补 12g，补骨脂 12g，杜仲 12g，枸杞子 12g，山萸肉 12g，黄芪 12g，淮山 15g，炙甘草 6g。

用法：每日一剂，水煎服

（5）外用药治疗:早期局部外敷跌打膏（本院研制）每 1-2 天更换一次；中期。拆线后用院内自制骨伤科外洗 II 号方煎水外洗及运用本科协定烫疗药行局部烫疗，每日 1-2 次。

外洗Ⅱ号方药：用桃仁 20g、红花 15g、千斤拔 20g、宽筋藤 20g、路路通 15g、海桐皮 15g、艾叶 10g、桂枝 10g、苏木 10g、鸡血藤 20g,水煎熏洗患膝，每日 2 次，每次 30 分钟,连用 15 天。

(6) 其他治疗：根据病人情况，可用：

A．微波治疗仪：每日 1-2 次。

B．场效应治疗仪：每日 1-2 次。

C．频谱治疗仪：每日 1-2 次。

D．脉冲电磁夹板：每日 1-2 次。

E．接骨中成药：每次 3-5 片，一日 3 次。

F．补钙疗法：可使用钙剂。

G．静脉滴注骨肽类。如：谷康肽灵 5ml+5%GS250ml ivdrip 每日 1-2 次，10 天为一疗程。

H．改善血液循环药物。如：复方丹参或红花注射液 ivdrip 每日 1 次，10-15 天为一疗程。

I.消肿疗法：如肢体肿胀明显，用 20%甘露醇 250ml ivdrip 每日 1-2 次； β -七叶皂甙钠 20mg+10%GS250ml ivdrip 每日 1 次；

(7)外用药治疗：早期局部外敷跌打膏（本院研制）每 1—2 天更换一次；中期、后期运用本科协定烫疗药行局部烫疗，每天 1~2 次。

(8)功能锻炼：

早期：可进行上肢、健侧下肢功能锻炼及患侧足、踝关节以及股四头肌功能锻炼。

中期：可根据 x 线摄片情况，在床上不负重，作关节屈伸锻炼，或 CPM（持续被动活动）功能锻炼。但避免髋内旋或外旋，切忌盘腿。

后期：3~4 个月，可作扶拐不负重行走锻炼，再逐步过渡到部分负重，弃拐完全负重时间一般在 4 个月以上，且需摄 X 线片证实骨折已愈合方可进行。

2、手术治疗：适用于完全骨折的各型转子间骨折

(1) 患者入院术时作股骨髁上牵引或皮肤牵引。

(2) 加压钛合金空心螺钉内固定：电视透视下手术。用于无移位或轻度移位顺转子间骨折患者。

(3) 切开复位内固定：切开复位动力髁内固定（DHS）。适用于创伤暴力严重，骨折移位明显骨折。对青壮年陈旧性骨折亦可考虑运用。手术切口选用髁外侧切口。对转子下型骨折亦可使用伽玛钉内固定。

(4) 人工股骨头置换术：适用于严重粉碎性骨折，年龄越过 70 岁以上，合并骨质明显疏松的骨折。手术切口一般选用髁后外侧切口。假体选择：选用骨水泥型双动股骨头。术前须使用抗菌素预防感染，术后宜口服肠溶阿斯匹林 50mgTid 以防血栓形成。

（5）术后处理：使用加压钛合金空心螺钉内固定及切开复位内固定患者，术后继续骨牵引或皮肤牵引 2~4 周，人工股骨头置换或全髋关节置换术后继续皮肤牵引 1~2 周。

(6) 所有手术患者均应参照非手术中西医结合治疗中辩证分型治疗，功能锻炼等。

五、疗效

(一) 疗效标准：(采用《临床疾病诊断依据治愈好转标准》1998年第二版)

1、近愈标准：对位及固定良好，手术后伤口愈合，人工股骨头置换术位置满意。

2、治愈标准：骨折愈合或人工股骨头位置符合要求，功能完全或基本恢复。

(二) 疗效分析：我科近 10 余年运用中西医结合治疗 300 例，经多年临床观察、多次分析、总结，总有效率达到 93%，其中临床治愈率达 72%。

(三) 可重复性：本疗法经沙子镇卫生院、源头镇卫生院等 10 多家医院推广运用，诊疗有效率达到 90%，治愈率达到 70%，证明此法有较好的可重复性。

六、药物处方：在临床研究基础上，已形成了系统化协定处方，临床上根据中西医结合辨证辨病诊断，选用接骨 I 号、II 号、III 号等药物治疗。三方中均含有当归、川芎、延胡、牛膝。当归、川芎具有活血化瘀的功效，现代药理研究实验已表明具有促进血液循环，改善微循环（阴健、郭力弓主编《中药现代研究与临床应用》1993 年 10 月第一版），而延胡具有明显的镇痛、镇静作用。牛膝除了补肝肾、强筋骨、逐瘀通经功效外，还起着引经药

的作用。而本病的中医病理特点是：气血不畅—膝部疼痛，而几味药起到活血—镇痛—引经下行的协同作用。

七、研究

股骨转子间内固定方法较多。应用四种内固定方法治疗：A组135°角型钢板，手术操作比较简单，由于角型钢板的短臂较短，一般均为40cm，嵌入股骨颈长度较少。复位后将角型钢板长臂紧贴股骨干并拧上螺钉，虽然基本保持了颈干角135°的存在，但对大转子与股骨颈间骨折线没有加压作用，一些后内侧骨皮质缺损明显的患者术后较容易出现髋内翻。而对于骨折线延及股骨上段的固定仍有一定作用。B组麦氏鹅头钉，钉板间连接灵活，操作方便，能保持正常颈干角，但这种钉板的连接结构大大降低了该部位的机械强度，造成尾螺钉松脱出现髋内翻，严重时将出现钉板分离及骨折移位。骨折线位于钉板连接部以下，或内、后侧骨皮质缺损明显，术中较难使骨折块完全嵌入，此时，连接部受到较大的剪切力，在压力作用下易发生变形，尾螺钉易脱出，出现钉板分离。因此应用此钉板术更不宜过早负重。C组动力髋加压螺钉，固定性能好，可以在骨折线之间产生持续加压作用，是不稳定性转子骨折最佳治疗方法。但操作复杂，手术技术要求较高，应用联合钻打股骨颈部骨隧道大，出血多。D组采用牵引床闭合复位，C臂X机透视下经皮钛合金空心加压螺纹钉内固定，手术简单，创伤较少，可使一些全身情况较差的老年患者安全度过手术关，但加压钉不能有效对抗骨折远端内收及股骨颈前

倾，只能适应顺转子间型骨折，且转子外侧骨皮质完整的患者。

采用何种手术内固定要根据骨折类型及患者全身情况综合决定，术中尽量恢复小转子区内侧和后内侧骨皮质的接触和连续性是手术成功的关键。动力髁加压螺钉在股骨转子中不稳定型骨折有对骨折线持续加压钉板结合部结构合理，固定牢固的优点。采用动力髁加压螺钉内固定是股骨转子间骨折较理想的治疗方法。

我院采用人工股骨头置换术治疗高龄老年骨质疏松患者的不稳定股骨转子间粉碎性骨折，可使患者迅速恢复至损伤前的活动功能水平，患肢能尽早下地负重行走，减少了患者的卧床时间及因长期卧床发生坠积性肺炎和泌尿系感染的危险。由于不存在骨折愈合的问题，因而也就彻底避免了内固定治疗可能出现的骨折延迟愈合、不愈合、内固定物松脱断裂、髋内翻畸形等并发症，并能缩短住院时间，降低死亡率。

(二)研究水平：综合分析了治疗效果，治疗总有效率达到 93%。经过十年的临床观察研究，已用中西医结合疗法治疗 300 余例，经疗效综合分析，疗效满意，经多家医院推广运用，有较好的可重复性。

八、临床评定指标

(一) 疗效：治愈好转率 $\geq 93\%$

(二) 平均住院天数：24 天

平均住院费用：13000 元

肱骨髁上骨折诊疗规范

一、 诊断

1、诊断标准 （采用《临床疾病诊断依据治愈好转标准》1998年第二版）

（1） 外伤史

（2） 局部疼痛、压痛、肿胀，有畸形和功能障碍，肘后三角关系正常。

（3） 注意有无神经、血管损伤。

（4） X线摄片可确定骨折情况和类型。

2、临床分型：按骨折移位方向分类

（1） 伸直型：

a.伸直尺偏型：骨折移位后，前外侧骨膜因近端向前外方移位而断裂，内后侧骨膜仍保持完整。但骨折近端内侧骨膜被掀起与骨皮质分离。

b.伸直桡偏型：当暴力来自肱骨前内方，肱骨髁被推向后外方发生骨折时，骨折断端桡侧骨皮质因挤压而塌陷。外侧骨膜保持连续。而尺侧骨膜断裂，骨折远端向桡侧移位。

(2) 屈曲型：跌倒时，肘关节在屈曲位，肘关节着地，暴力经过尺骨鹰嘴把肱骨髁向后下方推向前上方，而造成肱骨髁上屈曲型骨折。

二、 中西医辨证分型：

(一) 早期：气血瘀阻型

临床病象：伤后 1~2 周，无移位骨折肘部疼痛、肿胀、肱骨髁上处有压痛，肘关节活动功能障碍。有移位骨折肘部疼痛、肿胀较明显、肿胀严重者甚至出现张力性水泡，肱骨髁上部有异常活动和骨擦音，肘后的肱骨内、外上髁和尺骨鹰嘴之关系保持正常。伸直型骨折肘部呈半伸位，肘后突起，呈靴形肘畸形，在肘前可扪及突出的骨折近端。屈曲型骨折肘后呈半圆型。在肘后可扪及突出的骨折近端。有侧方移位者，肘尖偏向一侧。要注意桡动脉的搏动，腕和手指的感觉、活动、温度、颜色，以便确定是否合并神经或血管损伤。舌质红，苔薄白，脉弦涩或弦细涩。

症候分析：由于骨折后筋、骨和脉络的损伤，血离经脉，凝聚成瘀，瘀积不散，经络受阻，气血之道不得宣通，故见局部肿胀疼痛，皮下瘀斑，骨折移位则症见畸形，功能活动障碍。脉弦涩或细涩皆为气滞血瘀之脉象。

（二）中期 气滞血瘀、营卫不调

临床症见：损伤后 3 周到骨折接近临床愈合时间，肿胀逐渐消退，疼痛明显减轻，但瘀肿虽消而未尽，骨折尚未连接，皮下仍可见轻度瘀斑，骨折部位仍有压痛，食欲一般或差。面色晄白或萎黄，舌质淡，苔薄微黄或黄腻，脉弦细涩微弱。

症候分析：骨折中期，瘀血尚未消尽，气血循行不畅，骨折尚未连接，故局部仍可见肿胀、瘀斑，骨折部位仍有压痛。食欲不振，舌质淡红或红，苔薄微黄或黄腻，脉弦细涩微弱。均为营卫不和之征象。

（三）后期：气血不足，肝肾亏虚

临床症见：骨折接近临床愈合至骨折已坚固愈合、功能已基本恢复的时间。已有骨痂生长，但不够坚固，肢体功能未恢复，伤肢部分软组织粘连，天气变化可有微肿、麻痛、冷热等不适症候。严重者，骨折延迟愈合或不愈合，全身可见骨质疏松，面色晄白或萎黄，舌质红，苔薄黄，脉细弱微数。

症候分析：气血不足，肝肾亏虚，筋骨失于濡养，轻者，则骨折生长不够坚固，功能未能完全恢复。重者，则可导致骨折延迟愈合或不愈合，全身可见骨质疏松，面色晄白或萎黄，舌质红，

苔薄黄，脉细弱微数。皆为气血不足，肝肾亏虚之征象。

三、中西医结合诊断

（一）西医诊断

1、病名：肱骨髁上骨折

2、分期分型：

（1）伸直型: a.伸直尺偏型、 b.伸直桡偏型、

（2）屈曲型

如：肱骨髁上骨折—屈曲型

（二）中医诊断

1、病名：肱骨髁上骨折

2、分期分型：

（1）早期：气血瘀阻型

（3）中期：气滞血瘀型

（4）后期：肝肾亏虚型

如：肱骨髁上骨折—肝肾亏虚型

（三）中西医结合诊断

1．病名：肱骨髁上骨折

2．分期分型：

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/197145162023006042>