

· 临床荟萃 ·

微创接骨板术治疗四肢骨折的效果评价

索伟

(南京市浦口区中医院, 江苏 南京 211800)

摘要:目的 探讨微创接骨板术对四肢骨折的治疗效果。方法 选择 96 例于 2015 年 10 月至 2017 年 10 月间在我院接受诊治的四肢骨折患者为研究对象, 根据手术方式的差别将入组患者分为对照组和观察组。对照组实施开放式手术, 给予观察组患者微创接骨板术, 对两组治疗效果予以对比。结果 对照组治疗优良率为 75.0%, 观察组患者治疗优良率为 93.8%, 差异存在统计学意义 ($P<0.05$) ; 对照组手术时间和住院时间明显长于观察组, 术中出血量明显多于观察组, 差异存在统计学意义 ($P<0.05$) ; 对两组并发症发生率进行对比, 差异存在统计学意义 ($P<0.05$) 。结论 给予四肢骨折患者微创接骨板术, 既可提高治疗优良率, 又利于改善手术指标, 同时可减少并发症发生率, 值得在深入探讨的基础上进一步推广应用。

关键词:微创接骨板术; 四肢骨折; 治疗优良率; 并发症

中图分类号: R274.1

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.97.230

本文引用格式: 索伟. 微创接骨板术治疗四肢骨折的效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(97):308+310.

0 引言

四肢骨折是临幊上较为常见的骨折类型, 患者普遍存在肢体疼痛、肿胀、畸形和骨擦感等表现, 不利于患者行走与日常活动。该疾病多由交通事故、高处跌落和外力撞击所致, 可导致患者出现骨质疏松的情况, 甚至有再次骨折的风险, 对患者身心健康与生活质量构成严重影响^[1-2]。为深入探讨治疗四肢骨折的有效手段, 我院将微创接骨板术用于四肢骨折的治疗中, 取得了明显成效, 现将具体研究内容报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料。选择 96 例于 2015 年 10 月至 2017 年 10 月间在我院接受诊治的四肢骨折患者为研究对象, 以治疗手段为依据将所有患者分成每组; 例数均为 48 例的对照组和观察组。对照组中有男 26 例, 女 22 例; 年龄在 28-75 岁, 平均 (51.2 ± 1.6) 岁, 病程 3-20 h, 平均 (11.2 ± 1.5) h, 上肢骨折 30 例, 下肢骨折 18 例, 骨折原因: 交通事故 18 例, 高处跌落 14 例, 机械伤 10 例, 重物压砸 6 例。观察组中男 23 例, 女 25 例; 年龄在 27-76 岁, 平均 (51.5 ± 1.8) 岁, 病程 4-21 h, 平均 (11.5 ± 1.6) h, 上肢骨折 32 例, 下肢骨折 16 例, 骨折原因: 交通事故 17 例, 高处跌落 15 例, 机械伤 9 例, 重物压砸 7 例。纳入标准: ①临床症状符合四肢骨折诊断标准^[3]; ②年龄: 25-80 岁; ③无微创接骨板术禁忌; ④患者自愿参与, 依从性良好。排除标准: ①心、脑、肝肾等重要组织器官严重病变者; ②骨折时间超过 24 h 者; ③精神病患者或既往有精神病史者。本次研究经医学伦理委员会批准, 对照组和观察组患者性别、年龄、病程和骨折原因等资料无统计学方面的差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方式。对照组采用内固定术, 以骨折部位为中心处, 在其外侧作一长约 10 cm 的纵行切口, 将表层皮肤、皮下组织和深筋膜逐层切开, 确保骨折端充分外露; 清洗创口后予以解剖复位, 剥离骨膜, 加压钢板, 用固定器进行固定, 使用浓度为 0.9% 的氯化钠溶液冲洗创口, 缝合伤口, 给予适量抗生素类药物预防感染。观察组患者实施微创接骨板术, 具体操作为: 根据患者身体情况选择硬膜外麻醉或全身麻醉, 切开复位骨折部位, 对胫骨骨折部位予以内固定术切开复位; 分离骨膜与骨膜外深筋膜; 沿同一切口将经皮下组织隧道内径胫骨远端骨折解剖型钢板插入; 将螺钉固定于骨折远端与近端切口处, 另用螺丝钉对螺丝孔予以内固定。

1.3 观察指标。两组治疗优良率、手术时间、术中出血量、

住院时间和并发症发生几率。治疗优良率判定标准^[4]: 优: 治疗 3 个月后, 患者骨折完全愈合, 疼痛感完全消失, 关节恢复正常活动能力; 良: 骨折基本愈合, 术后偶尔存在疼痛感; 患者关节功能恢复明显; 一般: 治疗后, 患者疼痛感开始愈合, 术后活动时有疼痛感出现, 关节功能恢复不明显; 差: 治疗后, 患者四肢关节出现持续性疼痛, 关节功能与治疗前相比未出现明显改善, 或症状比治疗前更严重。治疗优良率 = (优 + 良) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法。文中数据均由软件 SPSS 22.0 予以统计处理, 治疗优良率和并发症发生率用百分数 (%) 和 χ^2 表示与检验, 各项手术指标用 $\bar{x} \pm s$ 与 t 表示检验, 当 $P<0.05$ 时证明数据差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗优良率对比结果。对照组治疗结果为优的概率为 33.3% (16/48), 治疗结果为良的概率为 41.7% (20/48), 治疗结果为一般的概率为 10.4% (5/48), 治疗结果为差的概率为 13.5% (7/48)。对照组患者治疗优良率为 75.0% (36/48); 观察组治疗结果为优、良、一般和差的概率分别为 43.8% (21/48)、50.0% (24/48)、2.1% (1/48) 和 4.2% (2/48), 治疗优良率为 93.8% (45/48), 相比于对照组, 差异存在统计学意义 ($\chi^2=6.400$, $P=0.011$)。

2.2 两组手术指标对比结果。对照组患者手术时间为 (92.5 ± 11.4) min, 术中出血量为 (184.6 ± 9.8) mL, 住院时间为 (19.2 ± 2.4) d, 观察组手术时间、术中出血量和住院时间分别为 (69.8 ± 7.5) min、(155.2 ± 8.1) mL 和 (14.5 ± 1.8) d, 与观察组相比, 差异存在统计学意义 ($t=11.525$, $P=0.000$; $t=16.021$, $P=0.000$; $t=10.854$, $P=0.000$)。

2.3 两组并发症发生率对比结果。对照组切口感染 3 例, 概率为 6.3%, 愈合不彻底 4 例, 概率为 8.3%, 软组织损伤 3 例, 概率为 6.3%, 对照组并发症发生率为 20.8% (10/48); 观察组中有切口感染 1 例, 概率为 2.1%, 愈合不彻底 0 例, 概率为 0.0%, 软组织损伤 1 例, 概率为 2.1%, 并发症发生率为 6.3%, 两组并发症相比, 差异存在统计学意义 ($\chi^2=6.095$, $P=0.014$)。

3 讨论

骨折是指各种暴力损伤引起的骨的完整性与连续性破

(下转第 310 页)

在脑梗塞发病机制分析发现，动脉粥样硬化是致脑梗塞的重要因素，因血小板聚集致血液循环障碍，使血栓在动脉形成。通常脑梗塞多表现为动脉粥样硬化斑块有血小板不断聚集；动脉远端局部血栓形成，或血栓、斑块脱落，致动脉堵塞，影响血流循环^[7]。因此在脑梗塞患者发病过程中，血小板占据着极其重要的作用，临床可采取抗血小板聚集药物，抑制血小板聚集，预防血栓形成。

氯吡格雷是血小板聚集抑制剂，对因血小板聚集而导致的各种动脉循环障碍性疾病有显著效果。氯吡格雷的血小板聚集抑制作用属于不可逆性，通过抑制二磷酸腺苷（ADP）与血小板受体的结合，起到显著的抑制血小板聚集的作用。

在相关研究^[8]中，炎症在动脉粥样硬化的进程中扮演着重要角色，炎症的存在，大量巨噬细胞、T淋巴细胞的不断渗出，促进基质金属蛋白酶的生成。基质金属蛋白酶水平影响着动脉粥样硬化程度，与心脑血管事件的发生息息相关。氯伐他汀为他汀类药物，属于羟基甲基戊二酸单酰辅酶A（GMGCoA）还原酶竞争性抑制剂，对内源性胆固醇合成途径的阻断，减少胆固醇水平，实现降脂目的；同时氯伐他汀对血脂的调节作用，改善血液循环，稳定斑块，使内皮细胞功能恢复，以此阻断病情进展。一般氯吡格雷联合氯伐他汀治疗，在抑制血小板聚集、降脂同时，恢复梗塞部位的血流循环程度，并取得抗炎效果。

本次研究中，观察组治疗总有效率为95.83%，高于对照组的78.72%，治疗后NIHSS评分低于对照组，差异有统计

学意义($P<0.05$)。该结果证实了，对脑梗塞患者采取氯吡格雷联合氯伐他汀治疗，能阻断患者脑梗塞进展，改善神经功能缺损程度，促使病情恢复，具较高的治疗效果。

综上所述，氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗塞，能提高患者治疗效果，改善神经功能缺损程度，具显著的应用效果，值得临床进一步研究，以此肯定其临床价值，促使该药进一步使用。

参考文献

- [1] 吴若文.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗塞的临床观察[J].国际医药卫生导报,2015,21(6):821-823.
- [2] 曹家驹,洪晓燕,冯上旭.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗塞临床观察[J].黑龙江医药,2016,29(5):897-899.
- [3] 周伟娟.用氯吡格雷和氯伐他汀治疗脑梗塞的效果研究[J].当代医药论丛,2016,14(16):95-96.
- [4] 刘瑞浩,鹿晓君.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗塞临床疗效及不良反应观察[J].临床医学研究与实践,2017,2(11):16-17.
- [5] 吴杏梅,刘金瑶,陈楚裕,等.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗塞的临床效果探析[J].北方药学,2017,14(8):45.
- [6] 谭钦峰.氯吡格雷与氯伐他汀联合治疗脑梗塞的临床效果分析[J].海峡药学,2017,29(9):192-193.
- [7] 邓光明.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗死的临床观察[J].中国医药科学,2015(5):101-103.
- [8] 卢俊波.氯吡格雷联合氯伐他汀治疗脑梗死临床观察[J].泰山医学院学报,2016,37(2):204-205.

(上接第308页)

坏，也可因骨骼退行性病变所致。骨折既可在一个部位出现，也容易发生在不同身体部位。若救治及时可使患者肢体功能得到部分或全部恢复，症状严重或救治不当往往会影响最佳治疗时机，引发不同程度的术后功能障碍，个别患者甚至会出现残疾^[5]。四肢骨折是发生概率较高的骨折疾病类型，肱骨干骨折、肱骨踝上骨折、桡骨远端伸直型骨折、股骨颈骨折和股骨干骨折是临床较为常见的四肢骨折病变，具体症状受患者骨折部位和病情严重程度影响较大，但基本症状以疼痛、畸形和活动不利为主，对患者日常生活影响较大。

内固定术是将断骨用螺钉、钢板或髓内钉予以连接固定的手术方式，它可使骨折保持良好的解剖复位，有利于防止骨折端旋转性或剪式活动，同时有利于促进患者术后迅速开展肢体功能锻炼，从而降低术后长期卧床导致的压疮、坠积性肺炎和下肢深静脉血栓等并发症发生风险。然而内固定术在治疗过程中易导致感染情况，影响手术切口和骨折的愈合，同时手术过程中剥离骨膜或软组织的操作会影响患者血液运行情况，延长患者骨折愈合时间^[6]。

微创接骨板术是一种在患者骨折部位行一小切口，搭建组织隧道，以最大限度减少骨折外露，对骨折予以间接固定的手术方式。与内固定手段相比，它可实现对骨折端骨膜与软组织最大程度的保护，减少对骨折部位血液运行状态的影响，从而提高骨折愈合速度，加快患者功能的恢复^[7]。从本次研究结果中可以看出，对照组患者治疗优良率为75.0%，观察组

患者治疗优良率为93.8%，存在统计学方面的差异($P<0.05$)；对两组手术时间、术中出血量和住院时间等手术指标进行对比，存在统计学方面的差异($P<0.05$)；对照组和观察组患者的不良反应发生率分别为20.8%和6.3%，差异有统计学意义($P<0.05$)，所得结论证明微创接骨板术治疗四肢骨折效果明显。

总的来讲，给予四肢骨折患者微创接骨术，既可提高治疗优良率，也利于改善手术指标，同时在降低并发症发生率方面发挥着重要作用，值得在深入探讨的基础上进一步推广应用。

参考文献

- [1] 王之海.补肾接骨汤对四肢骨折后疼痛肿胀症状及骨折愈合的改善效果分析[J].内蒙古中医药,2017,36(8):32-32.
- [2] 芦永华,黄新玲,何文英,等.四肢骨折手术部位感染危险因素多中心调查[J].中国感染控制杂志,2016,15(6):393-396.
- [3] 杨荣,陈雁西.四肢骨不连早期诊断的研究进展[J].中华骨科杂志,2018,38(9):563-569.
- [4] 李忠年.微创接骨板技术治疗四肢骨折的临床分析与评价[J].中国保健营养,2016,26(15):106-107.
- [5] 蔡加成,马信龙,马剑雄,等.不同部位骨折深静脉血栓发生率的流行病学研究[J].中华骨科杂志,2016,36(9):540-545.
- [6] 陈跃华.四肢骨折内固定术愈合后内固定装置取出困难的原因及对策[J].中国医药指南,2016,14(2):156-156.
- [7] 张晋津,司志军.四肢骨折采用微创接骨板治疗的效果分析[J].中国保健营养,2016,26(33):116-117.