

切开复位内固定加植骨术治疗跟骨关节内骨折移位临床效果观察

刘海兵

衡阳市中心医院华新骨科 湖南衡阳 421001

[摘要] 目的 探究切开复位内固定加植骨术治疗跟骨关节内骨折移位的临床效果, 为临床提供指导。方法 抽取来我院就医的 80 例跟骨关节内骨折移位患者 (2013 年 1 月至 2015 年 12 月) 作为此次实验的目标对象, 对 80 例患者进行随机对照分组。对照组 40 例患者应用切开复位内固定治疗, 实验组 40 例患者应用切开复位内固定加植骨术治疗, 均随访半年, 研究对比两组跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角及并发症发生率。结果 实验组 40 例患者治疗后跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角显著优于对照组, $P < 0.05$, 实验组 40 例患者发生创口局部渗液、感染、皮缘局限性坏死的机率和对照组无显著区别, $P > 0.05$, 但跟距骨关节炎的发生率为 2.50%, 显著低于对照组 (22.50%), $P < 0.05$ 。结论 对跟骨关节内骨折移位患者采取切开复位内固定加植骨术治疗, 能显著改善患者的足功能, 促进骨折愈合, 减少并发症的发生。

[关键词] 切开复位内固定; 植骨术; 跟骨关节; 骨折移位; 效果

[中图分类号] R687.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 01-172-02

跟骨关节内骨折属于临床骨科较为常见的骨折类型之一, 该骨折的治疗难度较大, 主要以恢复跟骨正常解剖形态为治疗原则^[1]。我院为了探究切开复位内固定加植骨术治疗跟骨关节内骨折移位的临床效果, 对该类患者分别实施切开复位内固定加植骨术治疗、切开复位内固定治疗, 现相关内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

抽取来我院就医的 80 例跟骨关节内骨折移位患者 (2013 年 1 月至 2015 年 12 月) 作为此次实验的目标对象, 对 80 例跟骨关节内骨折移位患者进行随机对照分组。80 例跟骨关节内骨折移位患者均对此次研究知情同意。实验组 40 例患者男女分别为 19 (47.50%)、21 (52.50%) 例, 患者上限和下限年龄分别为 53、23 岁, 年龄均数为 (36.25±2.39) 岁; 致伤原因: 高处坠落伤 35 例, 其他伤 5 例; 双侧骨折 37 例, 单侧骨折 3 例。对照组 40 例患者男女分别为 18 (45.00%)、22 (55.00%) 例, 患者上限和下限年龄分别为 54、22 岁, 年龄均数为 (36.31±2.40) 岁; 致伤原因: 高处坠落伤 36 例, 其他伤 4 例; 双侧骨折 38 例, 单侧骨折 2 例。实验组患者的一般资料和对对照组 40 例患者无显著区别, P 大于 0.05, 组间具有良好可比性。

1.2 方法

对照组 40 例患者应用切开复位内固定治疗, 对所有患者均实施持续硬膜外麻醉, 协助患者采取仰卧体位, 并将止血带充气到 60kPa, 使 L 形切口扩大, 贴近跟骨外侧壁使用锐刀切开皮肤组织, 向上剥离近端皮瓣, 对外踝、距骨头及舟状骨钉入克氏针, 使距下关节间隙充分暴露, 必要时, 可对关节面进行固定 (使用粗斯氏针), 结合跟骨解剖形态对跟骨实施复位处理, 待复位效果满意后, 对其实施内固定处理。

实验组 40 例患者应用切开复位内固定加植骨术治疗, 切开复位内固定治疗参照对照组, 同时对患者实施植骨术治疗, 结合患者的实际情况为其准备体积大小合适的髂骨, 将其修剪成火柴大小的方条, 并将其填入至关节下方空腔中, 对外侧壁实施复位处理并将其压平, 在 C 臂 X 线机的协助下, 对患者的手术治疗情况进行了解, 确定效果满意后, 对其使用钢板进行固定处理。手术结束后, 放置引流管, 并对其实施间断皮下缝合 (3-0 可吸收缝线), 手术后, 对患者实施抗感染治疗, 并结合患者的恢复情况对其实施功能锻炼。

1.3 评估指标

随访半年, 研究对比两组跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角及并发症发生率。足功能评分选择 Maryland 评分^[2]进行评定, 总分 100 分, ≥ 90 分为优, 75-89 分为良, 50-74 分为可, < 50 分为差。

1.4 统计学分析

对比较指标选择统计学软件 (SPSS22.0) 进行对比研究, 足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角 (计量资料, $\bar{x} \pm s$) 的统计方法采用 t 检验, 并发症发生率 (计数资料, %) 的统计方法采用 χ^2 检验,

$P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 比较两组患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角

实验组 40 例患者治疗后跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角显著优于对照组, 统计学具有意义 ($P < 0.05$), 如表 1:

表 1 比较两组跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角

组别	例数	骨折愈合时间 (d)	足功能评分 (分)	Bohler 角 (°)
实验组	40	71.35±15.61*	89.38±5.25*	4.25±2.54*
对照组	40	98.65±20.54	76.68±4.58	8.87±3.35

注: * 与对照组相比较 ($P < 0.05$)。

2.2 比较两组跟骨关节内骨折移位患者的并发症发生率

实验组 40 例患者发生创口局部渗液、感染、皮缘局限性坏死的机率和对照组无显著区别, 统计学不具有意义 ($P > 0.05$), 但跟距骨关节炎的发生率为 2.50%, 显著低于对照组 (22.50%), 统计学具有意义 ($P < 0.05$), 如表 2:

表 2 比较两组跟骨关节内骨折移位患者的并发症发生率 (n/%)

组别	例数	创口局部渗液	感染	皮缘局限性坏死	跟距骨关节炎
实验组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50) *
对照组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	2 (5.00)	9 (22.50)

注: * 与对照组相比较 ($P < 0.05$)。

3 讨论

目前, 临床治疗跟骨关节内骨折移位的方法较多, 以保守治疗及手术治疗为主^[3], 且随着医疗技术的不断更新和进步, 越来越多的人愿意选择手术治疗, 常见的手术方法有切开复位治疗、钢板内固定治疗、加植骨术治疗等, 但临床对上述治疗方法的优劣性依然存在较大争议^[4]。

本研究为探究切开复位内固定加植骨术治疗跟骨关节内骨折移位的临床效果, 对该类患者分别实施切开复位内固定加植骨术治疗、切开复位内固定治疗, 研究发现, 单纯对患者实施切开复位内固定治疗, 可在一定程度上恢复跟骨的大体形状, 但该治疗方法在重建距下关节方面的治疗效果欠佳, 易出现距下关节塌陷等现象, 患者的满意度不高, 而相比于切开复位内固定治疗, 切开复位内固定加植骨术治疗能对整复跟骨后骨面产生的空隙进行填充, 可有效重建距下关节, 避免距下关节塌陷, 有助于提高整体治疗效果, 促进患者足功能恢复, 且能有效降低患者发生并发症的机率, 缩短骨折愈合时间^[5]。

对研究结果进行对比发现, 实验组 40 例患者治疗后跟骨关节内骨折移位患者的足功能评分、骨折愈合时间、Bohler 角显著优于对照组, 且实验组 40 例患者发生创口局部渗液、感染、皮缘局限性坏死的机率和对照组无显著区别, 但跟距骨关节炎的发生率为 2.50%, 显著低于对照组 (22.50%), 这提示在切开复位内固定治疗的基础上对

(下转第 175 页)

在桡骨远端骨折患者的手术治疗中,入路方式主要有两种,即掌侧和背侧,在选择入路方式时需要综合考虑患者骨折的实际情况,比如移位方向。据研究发现,由于桡骨远端掌倾角的存在,如采用背侧入路,则在手术操作中极易将螺钉打入关节内,且易出现伸肌腱断裂的并发症,多宜选择掌侧入路。

综上所述,在桡骨远端 C 型骨折中应用万向双柱锁定接骨板定板予以治疗,效果良好,具有较高的临床应用和推广价值。

[参考文献]

[1] 石通和,梁蓉,郭步平等.桡骨远端骨折掌侧入路 T 型锁定板内固定 28 例[J].中国保健营养(中旬刊),2013,16(01):355-356.

[2] 温新明.桡骨远端骨折锁定板治疗的效果分析[J].医药前沿,2012,13(30):328-329.

[3] 乔峰,李鹏清.掌侧锁定板在桡骨远端骨折中的应用及并发症[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2013,13(25):87-88.

[4] 王冬冬,黄敬龙,陈东平.锁定钢板治疗桡骨远端骨折的临床应用[J].求医问药(学术版),2012,10(01):14-15.

[5] 肖学军.桡骨远端骨折锁定钢板治疗[J].中国医药导报,2011,8(15):60-61.

[6] Kim JH, Lee HJ, Kim J, et al. Korean type distal radius anatomical volar system: a preliminary report[J]. Clin Orthop Surg, 2014, 6(3):258-266.

(上接第 170 页)

者患牙,提高治疗效果且不会对患者造成明显异物感。

本次研究结果显示观察组患者的临床治疗总有效率为 95.5% 明显高于对照组的 81.8%。另外对比两组患者的美观评分以及舒适评分结果,观察组也具有明显优异性。对患者进行满意度调查,观察组患者满意度 93.2%,也显著高于对照组的满意度 72.3%,本次研究结果证明口腔种植修复牙列缺损可有效恢复患者的咀嚼功能,消除患者发音障碍,而且也具有较高的美观性,不会导致患者存在明显异物感,与孙建敏^[6]的研究结论一致。

综上所述,采用口腔种植修复牙列缺损的临床效果十分理想,其不仅可有效改善口腔异常情况,恢复患者咀嚼能力以及语言功能,而且也可有效提高患者的舒适度及牙齿修复美观度,故值得推广。

[参考文献]

[1] 侯建方.观察口腔种植修复牙列缺损的美学表现与效果[J].临床医药文献电子杂志,2015,19(1):3867-3869.

[2] 姚景余,路辉,苏秀然,陈健.种植牙修复牙列缺损 137 例临床效果观察[J].中国医药指南,2015(27):140-141.

[3] 迟永双.种植牙修复牙列缺损的临床效果研究[J].全科口腔医学电子杂志,2016,3(3):65-66.

[4] 姜国明.口腔种植牙修复牙列缺损的临床疗效分析[J].医药卫生:文摘版,2016,10(7):44.

[5] 孙建敏,高胜.口腔种植牙修复牙列缺损的临床效果观察[J].青春期健康,2014,18(5):50-51.

(上接第 171 页)

[参考文献]

[1] 姚洁,陈建军,马礼坤等.血栓抽吸联合替罗非班在急性 ST 段抬高型心肌梗死直接 PCI 中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2014,18(21):99-100.

[2] 姜玉蓉,胡敏,李莉等.不同剂量盐酸替罗非班对急性 ST 段抬高型心肌梗死非介入治疗患者的疗效[J].中国老年学杂志,2011,31(6):944-946

[3] 姜玉蓉,曾秋棠,杨俊等.替罗非班在急性 ST 段抬高型心肌

梗死非介入治疗中的应用[J].临床心血管病杂志,2010,26(5):356-359.

[4] 杜蕊,张冬梅,李颖等.替罗非班对急性 ST 段抬高型心肌梗死介入治疗的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(13):1162-1165.

[5] 马东星,刘惠亮,姚宏英等.急诊经皮冠状动脉介入治疗术中冠状动脉内注射盐酸替罗非班对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者心肌灌注及心功能的影响[J].中国全科医学,2010,13(5):476-478.

[6] 唐亮,屈晨,张曼等.双倍负荷剂量替罗非班在急性 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 手术中的应用研究[J].实用药物与临床,2014,17(1):41-44.

(上接第 172 页)

患者实施植骨术治疗可显著改善患者的足功能,促进骨折愈合,降低跟距骨关节炎发生率,减轻疼痛症状,但患者发生创口局部渗液、感染、皮缘局限性坏死等并发症的机率并未增加,治疗效果更显著。

总结以上研究结果得出,对跟骨关节内骨折移位患者采取切开复位内固定加植骨术治疗,能显著改善患者的足功能,促进骨折愈合,减少并发症的发生。

[参考文献]

[1] 赵欢欢,袁琬杰,张蜀华等.闭合撬拨复位空心钉内固定治疗儿童跟骨关节内骨折的疗效分析[J].实用骨科杂志,2016,22(9):855-857.

[2] 焦洪新,胡建华,李晓苏等.锁定接骨板结合人工骨植骨治疗跟骨关节内骨折[J].临床骨科杂志,2013,16(5):568-569.

[3] 施忠民,顾文奇,梅国华等.跟骨关节内骨折术后内翻畸形愈合的原因分析及防范要点[J].中华创伤骨科杂志,2014,16(12):1028-1032.

[4] 魏世隽,蔡贤华,黄继锋等.双侧小切口微型接骨板组合内固定治疗 Sanders III 型跟骨关节内骨折[J].中华创伤骨科杂志,2016,18(9):753-759.

[5] 贡小强,徐东来,曹旭栋等.可塑性钛钢板内固定治疗跟骨关节内骨折[J].临床骨科杂志,2014,17(1):91-93.

(上接第 173 页)

本研究对急性重症胰腺炎早期干预 CRRT 治疗的效果进行分析,其中试验组治疗 72h 后的各项指标明显优于对照组,两组数据相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。并且试验组患者的生存率明显高于对照组,两组数据相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗过程中均有轻微不良反应发生,但无严重不良反应,不良反应发生率相比差异无显著性($P > 0.05$)。说明急性重症胰腺炎早期干预 CRRT 治疗效果显著,值得在临床上推广使用。

[参考文献]

[1] 罗翔,李晓玲,林勇,高翔.连续性肾脏替代疗法在重症急

性胰腺炎相关性肾损害治疗中的应用分析[J].中国现代医生,2016,21(1):86-88+92.

[2] 张琴.急性重症胰腺炎早期干预 CRRT 治疗疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,46(7):74.

[3] 徐伟炜.CRRT 在重症急性胰腺炎患者临床治疗中的价值与效果研究[J].检验医学与临床,2016,13(6):800-802.

[4] 李冬平.连续肾脏替代疗法对重症急性胰腺炎的治疗价值分析[J].中外医疗,2015,36(27):36-37.

[5] 李亚萍.连续性肾脏替代疗法治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2014,17(17):1450-1452.