



骨关节骨折应用可吸收螺钉治疗的效果研究

杨瑞雄 (涟源市人民医院骨科 417100)

摘要: **目的** 研究骨关节骨折应用可吸收螺钉治疗的临床疗效。**方法** 将2015年9月到2016年9月期间于我院接受治疗的骨关节骨折患者100例作为研究对象,将其随机均分为对照组和试验组,给予对照组传统内固定手术治疗,给予试验组患者可吸收螺钉内固定手术治疗。比较两组患者的临床疗效,并对两组患者术后的疼痛评分进行比较。**结果** 试验组患者的临床疗效优于对照组,两组数据相比 $P < 0.05$ 。并且试验组患者的疼痛评分低于对照组,两组数据相比 $P < 0.05$ 。**结论** 骨关节骨折应用可吸收螺钉治疗的临床疗效显著,具有较高临床价值。

关键词: 骨关节骨折 可吸收螺钉 治疗效果

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 04-133-02

骨关节骨折是临床上常见的骨折疾病,其主要是因为直接或间接暴力以及累积性劳损所致。骨关节骨折中主要以胫骨平台骨折、肱骨头骨折和内踝骨折等较为常见,肱骨内外踝骨折的情况也较为常见。患者骨折后疼痛剧烈并且无法开展正常活动,甚至会导致患者丧失劳动能力和生活自理能力,因此在患者发病后必须要及时采取有效的治疗措施。本研究对骨关节骨折应用可吸收螺钉治疗的临床疗效进行分析,现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2015年9月到2016年9月期间于我院接受治疗的骨关节骨折患者100例作为研究对象,将其随机均分为对照组和试验组。对照组男32例,女18例,患者年龄19~72岁,平均年龄 (41.27 ± 3.54) 岁,其中交通事故致伤23例,重物砸伤14例,高处坠落13例。试验组男31例,女19例,患者年龄17~71岁,平均年龄 (41.16 ± 3.72) 岁,其中交通事故致伤20例,重物砸伤16例,高处坠落14例。两组患者的性别、年龄和骨折原因等基本资料相比 $P > 0.05$,满足对比研究的要求。

1.2 方法

给予对照组患者传统内固定手术治疗,其中主要是在对患者骨折进行复位后给予其钢板内固定处理,然后根据患者的骨折愈合情况选择合适的时间将内固定物取出。

给予试验组可吸收螺钉内固定治疗,其中先对患者的手术切口大小和位置进行确定,之后将患者的骨折端充分暴露,然后对其进行骨折复位处理,根据实际情况选择合适的穿钉部位,然后按照切开骨膜、钻孔、攻丝、扩孔和拧入螺钉的顺序对患者骨折处进行固定。在患者骨折块较大的时候选用多根螺钉进行固定,防止患者手术后出现骨折端移位的情况。手术完成后对患者的切口进行常规缝合处理,之后利用石膏对患者进行外固定,并指导患者开展有效的功能恢复训练。

1.3 观察指标及疗效判定

观察两组患者的临床疗效,并对两组患者治疗后的疼痛评分进行观察。其中疗效判定标准为:治疗后切口与骨折端完全愈合并且关节功能恢复正常,则视为治疗痊愈;治疗后切口一期愈合并且骨折端实现解剖复位,但关节功能受到轻微限制,则视为显效;治疗后切口愈合较差并且骨折端未愈合,则视为无效。临床总有效率=痊愈率+显效率。疼痛评分采用视觉模拟评分法(VAS)完成,其中总分为10分,分数越高代表疼痛越严重。

1.4 数据处理

数据处理使用SPSS22.0统计学软件完成,其中分别采用百分率(%) 和 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计数资料与计量资料,分别采用 χ^2 检验和t检验完成数据组间对比的统计学检验, $P < 0.05$ 表示两组数据相比差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

试验组经过治疗后临床疗效明显优于对照组,两组数据相比 $P < 0.05$,如表1所示。

表1: 两组患者临床疗效对比 n (%)

组别	痊愈	显效	无效	总有效率(%)
试验组	29 (58.00)	19 (38.00)	2 (4.00)	96.00
对照组	20 (40.00)	15 (30.00)	15 (30.00)	70.00

2.2 两组患者手术后疼痛评分比较

分别对两组患者手术后第二周和第四周的疼痛进行评分,其中试验组疼痛评分均明显低于对照组,两组数据相比 $P < 0.05$,如表2所示。

表2: 两组患者治疗后疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	手术后第二周	手术后第四周
试验组	2.68 ± 0.59	1.05 ± 0.24
对照组	4.26 ± 1.14	2.85 ± 0.62

3 讨论

随着我国社会经济发展速度的不断提升,骨关节骨折的发生率呈出逐渐上升的趋势。根据临床上对骨关节骨折患者的观察分析,其中有很多患者均是因为交通事故和建筑工程施工事故等导致其发生骨折^[1]。由于骨关节骨折后会导致患者的正常生活和工作受到严重影响,甚至会因为长时间未得到有效治疗而影响患者今后的关节功能,因此在其骨折后必须要及时采取有效的治疗措施。目前临床上对骨关节骨折患者的治疗方法有很多,其中主要是采用传统内固定方式对患者进行治疗。但使用传统内固定方式时需要再次手术将患者的内固定物取出,之后才能完成对患者的治疗^[2]。这样不仅会导致治疗时间较长,而且会让患者因二次手术而承受更大的经济负担和精神压力,影响其正常生活。

可吸收螺钉是有可降解的生物材料制成,其具有较好的生物相容性,并且对人体无毒无害,因此近年来在临床上的应用越来越广泛。同时,可吸收螺钉的主要成分为聚乙交酯,其在人体内能被机体讲解为水分和二氧化碳,然后随着人体代谢被排出体外^[3]。另外,可吸收螺钉具有较好的剪切强度和弯曲强度,在固定完成2h后会出现横向膨胀和纵向收缩并自动加压,从而让内固定的强度得到有效提升,避免患者因各种原因而导致内固定移位^[4]。这样不仅能保证患者的骨折良好愈合,还能避免固定后对患者实施二次手术而影响患者的骨折恢复及心理状态,并且还能让患者的经济压力得到缓解,从而促使其更快地进入正常生活。

需要注意的是在使用可吸收螺钉进行内固定时必须要对钻孔的角度和方向进行精确,必须要让钻孔方向与骨折线保持垂直角度,同时要根据患者的骨折情况对螺钉的长度进行合理选择,并且要对骨折部位的多于部分进行剔除,从而确保关节面的平整性和光滑性^[6]。另外,可吸收螺钉的工艺尚未完全成熟,其不能用于对长管骨折患者的治疗,因此在实际应用的过程中需要对患者的骨折部位进行严格核查后再根据实际情况选择可吸收螺钉进行固定^[7]。

本研究对骨关节骨折应用可吸收螺钉治疗的临床疗效进行分析,其中试验组患者的临床总有效率较对照组更高,两组数据相比 $P < 0.05$ 。并且试验组患者手术后的疼痛评分均明显低于对照组,两组数据相比 $P < 0.05$ 。说明可吸收螺钉内固定方式在骨关节骨折治疗中的

(下转第135页)



染的情况,并发症概率为7.5%,显著低于对照组的25%,由此可知微创手术的疗效比较显著,应用该技术可以减少伤口感染率,降低并发症的发生率,且可以缩短住院时间。

微创技术应用微创原理,对脊柱部位开的创口较小,可以提高恢复速率以及降低对肌肉的损害^[9]。研究发现,微创技术能够有效避免开放性手术的缺点,降低患者的手术出血量,同时也能够降低手术对患者的损害。

综上所述:在脊柱创伤患者的治疗中,微创技术具有创口小、恢复快、并发症少、感染率低、安全性高、效果显著的优势,值得在脊柱创伤的临床治疗上推广应用。

参考文献

- [1] 王必胜,沙宇,卢正楷等.微创技术在脊柱创伤手术中的应用体会[J].中国实用医药,2014,(26):58-58,59.
[2] 刘鹏原,林贤梅,祝文发等.探讨微创技术在脊柱创伤手术

中的临床效果[J].中国实用医药,2014,(28):114-115.

[3] 王瑞斌.微创技术在脊柱创伤手术中的应用[J].实用临床医学,2014,(12):56-57.

[4] 邢震.微创技术在脊柱创伤手术中的应用分析[J].中国医药指南,2015,(35):177-177.

[5] 刘长城.微创技术在脊柱创伤手术中的临床疗效分析[J].中国医药指南,2016,14(3):31-32.

[6] 何友智,王永福,许宇霞等.微创手术治疗脊柱创伤45例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,(11):74-75.

[7] 孙波.微创手术治疗脊柱创伤的临床疗效分析[J].中国实用医药,2016(8):63-64.

[8] 孙振伟.微创技术对脊柱创伤手术患者疼痛及并发症发生率的影响[J].医学理论与实践,2016,29(16):2211-2212.

[9] 阿布都艾尼·米吉提,买尔旦·阿布都苏甫尔.微创手术在脊柱创伤患者治疗中的应用[J].中国伤残医学,2015,23(13):48-49.

(上接第130页)

案。本研究表明:采用鼻内镜和超声骨刀联合治疗效果理想,降低了并发症发生率。

综上所述,在波及上颌窦的大型颌骨囊肿治疗中予以鼻内镜和超声骨刀联合治疗效果理想,值得临床上应用和推广。

参考文献

- [1] 杨建,刘向辉,周竹云等.开窗减压术联合囊肿塞在颌骨囊肿治疗中的应用[J].口腔颌面外科杂志,2014(3):214-216.

[2] 王朝山,孔繁勇,李力等.鼻内镜下经鼻开窗术治疗大型上颌骨囊肿[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(1):47-48.

[3] 张海平,于海燕,管秀清等.大型下颌骨囊肿开窗置管引流联合二期刮除术的围手术期护理体会[J].中国初级卫生保健,2016,30(9):82-83.

[4] 杨锦秀.开窗引流碘仿沙条填塞保守治疗大型感染性颌骨囊肿的临床观察[J].实用医技杂志,2015(12):1321-1322.

[5] 郭艳红,潘焱,王济生等.鼻内镜下下鼻道开窗治疗大型上颌骨囊肿患者的临床观察[J].中国民康医学,2015(10):8-9.

(上接第131页)

2.6 合理配置内镜数量

内镜价格昂贵,配置太多会造成资源浪费,太少又不能满足病人及院感要求。应根据内镜操作时间、清洗消毒时间和内镜数量合理预约接诊患者的例数,避免因患者例数超量而缩短消毒时间,同时尽可能使用一次性活检钳以保证灭菌效果。

3 结果与讨论

内镜检查是引起医源性感染的潜在因素,据报道,内镜检查引起的感染率约为0.8%,故加强内镜消毒与管理对于预防控制医院感染非常重要。通过内部自查和外部监督相结合的方式,分析了消化内镜造成

医源性感染可能的危险因素,采取有效对策,加强内镜中心人员、制度、环境和清洗消毒的管理,同时加强个人防护,有效杜绝了因内镜污染及人员操作问题导致的医源性感染,保障了患者和工作人员的医疗安全。

参考文献

[1] 巩玉秀,李六亿,武迎宏,等.内镜消毒现状调查报告[J].中国护理管理,2004,4(3):14-15.

[2] 王晓青.加强内镜室的感染控制和护理[J].中华医院感染学杂志,2010,20(14):2090-2091.

[3] 查筑红,陈磊,罗光英,等.胃镜污染状况调查[J].中华医院感染学杂志,2007,17(1):452-46.

(上接第132页)

[2] 马磊,张焱,王丹,符董琳.腰部核心肌力训练在腰椎间盘突出症康复治疗中的临床疗效分析[J].中国社区医师,2016,32(25):179-181.

[3] 高勇,韦民,张柄贵,辛兴涛.腰部核心肌力训练联合臭氧髓核消融术治疗腰椎间盘突出症临床效果评价[J].白求恩医学杂志,2015,13(5):523-524.

[4] 代均,白金明,李俊伯.腰部肌力训练在腰间盘突出症康复治疗中的临床疗效分析[J].中国医药指南,2016,14(12):18-19.

[5] 于小明,周欢霞,蒋黎明,等.非手术脊柱减压系统结合核心肌力训练治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中国医刊,2016,51(6):79-81.

[6] 帕提古丽·尼牙孜,古丽娜尔·阿布都克里木.腰部核心肌力训练在腰椎间盘突出症康复治疗中的疗效分析[J].中国伤残医学,2015,23(19):126-127.

(上接第133页)

应用效果显著,能明显提升患者的治疗效果,并减轻患者的疼痛程度,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1] 李甲峰.可吸收螺钉治疗四肢骨关节骨折的临床疗效探讨[J].中国医药指南,2016,(15):160-161.

[2] 张有利.可吸收螺钉治疗骨关节骨折的效果观察[J].河南医学研究,2016,(04):726-727.

[3] 付金乐.浅析可吸收螺钉治疗四肢骨关节骨折的疗效[J].临

床医药文献电子杂志,2016,(09):1585-1588.

[4] 胡家华,韦俊后,黄超.可吸收螺钉内固定治疗骨关节骨折患者疗效观察[J].临床医学研究与实践,2016,(05):78-80.

[5] 王磊,叶俊强,史玉朋,代宇,叶碧武.可吸收螺钉治疗四肢骨关节骨折临床疗效[J].临床医学工程,2015,(08):1030-1031.

[6] 谢卫勇,黄刚,邱鑫林.四肢骨关节骨折经可吸收螺钉治疗后的临床疗效观察[J].临床医学工程,2015,(02):160-161.

[7] 邱岳贵,陈杰,谢雪挺,王小荣.可吸收螺钉治疗骨关节骨折疗效观察[J].河南外科学杂志,2014,(03):100-101.