

关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折的效果观察

梅存保

云南省玉溪市华宁县人民医院 652899

〔摘要〕目的 探讨关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折的效果。方法 选择 2018 年 2 月-2019 年 2 月我院收治的 80 例膝关节内骨折患者,随机分成实验组与对照组,各组 40 例。对照组患者接受切开复位内固定治疗,实验组患者实施关节镜引导下微创内固定治疗。对比两组治疗效果。结果 实验组总有效率 97.50% 高于对照组 80.00% ($P < 0.05$)。实验组的 HSS 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 应用关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折,疗效突出,应用价值高。

〔关键词〕关节镜;微创内固定;膝关节内骨折;效果

〔中图分类号〕R687.4 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2019)03-051-02

膝关节内骨折范围会蔓延到关节面,损伤膝关节功能,膝关节的关键作用就是确保下肢的稳定,并承担人体负重,所以十分有必要进行及时有效的治疗,治疗当中,应当遵循精准复位、科学内固定的原则^[1]。本文分析关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折的效果,选择 2018 年 2 月-2019 年 2 月我院收治的 80 例膝关节内骨折患者作为观察对象,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选 2018 年 2 月-2019 年 2 月我院收治的 80 例膝关节内骨折患者,入选条件:所有患者符合膝关节内骨折诊断标准;经 X 线检查确诊;本次研究经我院医学伦理委员会允许;所有患者都了解手术目的,并签署书面知情同意书。排除标准:合并类风湿性关节炎、化脓性关节炎等疾病者;有肝肾功能不全、呼吸、心力衰竭疾病者,凝血障碍性疾病者;依从性不高者。随机将患者分成实验组与对照组,各组 40 例。实验组男 26 例,女 14 例;年龄 38-42 岁,平均年龄 (39.7 ± 1.6) 岁;受伤原因:交通事故 24 例,高处坠落 13 例,其他 3 例。对照组男 29 例,女 11 例;年龄 37-40 岁,平均年龄 (38.9 ± 1.4) 岁;受伤原因:交通事故 21 例,高处坠落 15 例,其他 4 例。两组性别、年龄、受伤原因等一般资料比较,无可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取切开复位内固定手术治疗,患者呈仰卧体位,实施腰麻或硬膜外麻醉,于髌骨侧边行切口,把四周组织进行钝性分离,成功复位后,应用克氏针加以固定。

实验组应用关节镜下微创内固定治疗,让患者呈仰卧体位,采取硬膜外麻醉,采用扎气式止血带处理大腿根部,控制止血带压力 350 ~ 400mmHg,以常规路径,将关节镜置入其中,经由关节镜引导,开展检查。针对髌骨骨折、胫骨平台 B 型骨折、股骨髁骨折的患者,应用复位固定进行治疗,遵循骨折线垂直区域,进行钻孔,并选择拉力螺钉进行内固定。针对胫骨平台 C 型骨折患者,选择关节外复位固定治疗,无须把关节囊切开,通过关节镜引导,置入钢板螺钉,实施内固定。手术后依据实际情况用石膏进行固定,同时依据术后康复状况,慢慢开展关节功能训练。

1.3 观察指标^[2]

评定两组治疗效果:膝关节功能得到良好恢复,没有出现不适症状,视为显效;膝关节功能还有些许障碍,对术后恢复不会

带去影响,视为有效;膝关节功能没有改变,骨折症状变重,视为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。

运用 HSS 评分系统评定患者膝关节功能,总分 100 分,包括以下项目:有疼痛感 30 分,功能活动情况 22 分,关节活动度 18 分,肌力情况 10 分,没有畸形 10 分,没有不稳定 10 分,若应用拐杖或有限制关节伸直情况,需要减分。

1.4 统计方法

选用 SPSS21. 分析此次实验数据。计量资料用 t 检验,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料用 (%) 表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表明显差异。

2 结果

2.1 两组治疗效果

实验组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$),如下表 1。

表 1: 两组治疗效果比较 [n(%)]

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	40	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	10 (25.00)	22 (55.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2					6.1346
P					0.0133

2.2 两组治疗前后 HSS 评分

对比两组治疗前的 HSS 评分,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后实验组的 HSS 评分高于对照组 ($P < 0.05$),如下表 2。

表 2: 两组治疗前后 HSS 评分分析 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后
实验组	40	51.62 ± 2.38	85.16 ± 2.92
对照组	40	51.54 ± 2.87	73.71 ± 2.46
t		0.1357	18.9665
P		0.8924	0.0000

3 讨论

在进行运动时,关节活动不一致或受到外力作用,膝关节都有可能出现骨折,

引发膝关节内骨折另一个常见的原因就是交通事故伤。作为常见的外科疾病,膝关节内骨折会波及许多膝关节的关键部位,故十分有必要选择恰当的治疗手段。

传统手术要把患者骨膜与软组织大面积剥离,为了保证手术效果,在有需要的情况下,需要切开关节囊,如此以来会引发伤口感染,拉长愈合时间,关节内发生血肿,还会对术后关节功能的恢复造成不利影响,耽误最佳锻炼时间段^[3]。

(下转第 54 页)

作者简介:梅存保,出生于 1975 年 12 月,籍贯:云南省玉溪市华宁县,民族:汉族;职称:骨科副主任医师;学历:本科;主要从事临床骨科及运动医学工作。

风等并发症,给患者及其家庭带来严重危害^[3]。目前,一般通过治疗患者心功能以及控制其血压的方式来治疗老年高血压合并心力衰竭。有研究表明,美托洛尔可以控制患者的心室率,减轻患者的心肌耗氧量;而贝那普利可以改善患者的心肌重构,两者可以降低患者血压^[4]。

本次研究发现,两组患者发生药物不良反应的概率无明显差异($P>0.05$)。治疗前,两组患者心脏结构及心功能的各项指标相比较,不存在差异($P>0.05$);与治疗前相比,治疗后两组患者的DBP、SBP、LVEDD以及LVESD均有所下降,LVEF明显上升($P<0.05$);且观察组各项指标的改善情况要比对照组更好($P<0.05$),说明美托洛尔联合贝那普利治疗老年高血压合并心力衰竭患者,临床疗效明显。

综上所述,对老年高血压合并心力衰竭患者来说,用美托洛尔联合贝那普利的方式进行治疗,能有效改善患者的心脏结构及

心功能,且安全性高,值得在临床中推荐。

[参考文献]

- [1] 凌观娇,林明敏,张燕清.贝那普利联合美托洛尔治疗老年高血压合并慢性心力衰竭对心脏功能和心脏结构的影响[J].吉林医学,2018,39(08):1513-1514.
- [2] 齐勤学.美托洛尔联合贝那普利治疗对老年高血压合并心力衰竭患者治疗的心脏结构及心功能的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(11):33.
- [3] 黄海峰.美托洛尔联合贝那普利治疗对老年高血压合并心力衰竭患者治疗的心脏结构及心功能的影响[J].影像研究与医学应用,2017,1(18):176-177.
- [4] 吕洪伟.美托洛尔联合贝那普利治疗对老年高血压合并心力衰竭患者的心脏结构及心功能的影响[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(70):13806.

(上接第 49 页)

[6] 廖海涛.动态心电图与常规心电图诊断冠心病心律失常的比较[J].当代医学,2016,22(18):39-40.

[7] 杨雪梅.动态心电图与常规心电图诊断冠心病患者心肌缺血及心律失常的临床效果对比分析[J].中国现代医生,2017,

55(7):85-87.

[8] 孟强.冠心病心律失常的动态心电图与常规心电图应用对比研究[J].中国医疗器械信息,2017,23(3):53-55.

[9] 尹桂珍.24小时动态心电图在冠心病心律失常患者诊断中的运用[J].东方食疗与保健,2017,12(01):264-265.

(上接第 50 页)

胎儿健康情况进行检查,如果发现问题需马上处理,防止出现早产情况;最后,若发现早产迹象,需马上采用宫缩抑制剂处理,并加强营养补充,使孕周得到明显延长,防止早产的出现^[5]。

总之,加强产妇的健康宣教,提高其对健康检查重要性的认识,便于及早发现早产迹象,并及时进行处理,使早产的出现充分减少,提高母婴的健康水平。

[参考文献]

[1] 夏敏,杨平,崔伟,等.双胎妊娠早产的临床特点及早产儿结局分析[J].中华妇幼临床医学杂志:电子版,2016,

12(5):590-596.

[2] 朱晖.早产的相关因素及其妊娠结局分析[J].中国妇幼保健,2016,31(9):1855-1857.

[3] 张晓倩,冯一奇.探讨妊娠期糖尿病孕妇早产及足月分娩的临床特征差异及其早产危险因素[J].实用妇科内分泌杂志:电子版,2016,3(16):124-124.

[4] 程凤姿,曾新,邢秀霜,等.孕妇血浆Hcy水平的变化情况及其与早产风险的关系研究[J].贵州医药,2018,42(2):155-156.

[5] 秦艺畅.早产的相关因素与孕期保健策略[J].医药前沿,2016,6(19):201-202.

(上接第 51 页)

关节镜下内固定手术属于一种微创技术,手术时行小切口,创伤小,把接骨板插入到骨膜外部,并用螺丝加以固定,从而成功间接复位,待确定骨折复位固定状况稳定后,确保血液循环供应的良好性,创造骨折愈合条件。邢海祥^[4]研究发现,关节镜下微创内固定术可以最大程度地降低术中出血量与手术创伤,压缩术后康复时间与骨性愈合时间,降低丧失骨质与成骨因子的比例,加快骨痂的生长速度。分析本次研究结果发现,实验组总有效率高于对照组,且HSS评分高于对照组($P<0.05$)。

综上所述,采用关节镜下微创内固定治疗膝关节内骨折,疗

效突出,值得推荐运用。

[参考文献]

- [1] 张忠信.膝关节内骨折关节镜引导下微创内固定治疗疗效分析[J].中外医疗,2018,37(15):22-24.
- [2] 邱文斌.膝关节内骨折关节镜引导下微创内固定治疗的疗效分析[J].当代医学,2018,24(4):109-111.
- [3] 曾炜,黄雪平,方如务.关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折的效果观察[J].中国卫生标准管理,2017,8(25):37-38.
- [4] 邢海祥.关节镜下微创内固定治疗膝关节内骨折的疗效分析[J].浙江创伤外科,2016,21(4):706-708.

(上接第 52 页)

较大,易导致结石重返肾脏,影响手术效果。微创经皮肾镜作为微创手术的一种,结石定位准确,结石清除率高,效果显著;另外,采用微创经皮肾镜治疗输尿管上段结石,将皮肾通道扩张至最大,肾脏损伤较小,术后出血率低,安全性较高,有助于患者身体恢复,缩短住院时间,减少患者经济负担^[4]。本次研究结果表明:实验组患者的手术时间、术后疼痛评分明显小于对照组;而实验组患者碎石率为90.00%,明显高于对照组的55.00%,两组可比较($P<0.05$),说明采用微创经皮肾镜术,治疗效果明显。

综上所述,在治疗输尿管上段结石患者时,首选微创经皮肾镜,不仅能够有效清除结石,且具有较高的安全性,减轻患者

经济负担,值得临床推广和应用。

[参考文献]

- [1] 孟祥锋,宋广霞,孟烁.微创经皮肾镜与泌尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效对比研究[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(72):7-8.
- [2] 王志勤.微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效比较研究[J].临床合理用药杂志,2017,10(09):131-132.
- [3] 吕玉良.微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗输尿管上段结石疗效比较[J].中国老年保健医学,2016,14(01):23-24+27.
- [4] 曾涛.微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效对比[J].中外医学研究,2016,14(04):136-138.