

踝关节骨折采用手术与保守治疗的效果分析

房居颖

靖远县人民医院 730600

〔摘要〕目的 探讨分析踝关节骨折采用手术与保守治疗的效果。方法 本研究选择 2016 年 10 月-2019 年 4 月踝关节骨折患者 46 例,随机分为对照组与观察组,各 23 例,观察组采用开放复位内固定手术,对照组采用保守治疗,1 个月治疗后对患者效果进行评估,比较两组临床疗效及并发症发生情况。结果 观察组患者术后的优良率明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患者疼痛、跛态、骨不愈合及骨折畸形等并发症显著低于对照组。结论 踝关节骨折采用手术治疗比保守治疗的效果更为显著,可显著提高患者临床疗效,减少并发症发生情况,值得推广应用。

〔关键词〕踝关节骨折;手术治疗;保守治疗;疗效

〔中图分类号〕R687.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 07-036-02

踝关节由胫腓骨下端与距骨组成。其骨折、脱位是骨科常见的损伤,多由间接暴力引起踝部扭伤后发生。根据暴力方向、大小及受伤时足的位置的不同可引起各种不同类型的骨折。踝关节骨折是最常见的关节内骨折,约占全身骨折的 3.83%,处理不当可致关节不稳和创伤性关节炎^[1-2]。因此本研究将对踝关节骨折采用手术与保守治疗的效果进行探讨与分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究选择 2016 年 10 月-2019 年 4 月踝关节骨折患者 46 例,随机分为对照组与观察组,各 23 例,其中对照组男 12 例,女 11 例;年龄 13~55 岁,平均 (32.00 ± 1.50) 岁;其中旋前外旋型 10 例,旋前外展型 7 例,旋后外旋型 5 例,垂直压缩型 1 例;观察组男 13 例,女 10 例;年龄 11~60 岁,平均 (35.00 ± 1.10) 岁。其中旋前外展型 9 例,旋后内收型 8 例。两组单踝 3 例,双踝 1 例,三踝 2 例。

1.2 方法

对照组采用保守治疗方法,对于移位小或不接受手术治疗的踝关节骨折,在受伤后明显肿胀前或明显消肿后踝关节受伤机制,以 Lange-Hansen 分型为指导,朝着受伤的暴力方向复位。要求:①外踝必需达到解剖复位;②内踝关节面侧皮质完全复位,内侧面皮质分离 $<1\text{mm}$;③后踝向上移位 $<1\text{mm}$;④下胫腓联合分离完全复位。复位后用前后石膏外固定。

观察组患者采取开放复位内固定手术,明确骨折位置,对患者实施硬膜外麻醉或腰麻;使用止血带止血;对于暴露在外的骨

折部位,需对其骨折端进行清理,以清除其中的骨碎片或软骨。术中已暴露在外的外踝前端实施复位处理,且以巾钳暂时固定。针对内踝骨折,将关节囊切开后,将关节内的软组织、碎骨块加以清除,并按相应的顺序进行复位,即后踝—外踝—下胫腓联合—内踝。针对外踝骨折,选择克氏针给与外固定,用螺丝钉从后向前对后踝加以固定;内踝骨折的固定,可参照骨片大小,选取克氏针或空心螺钉固定。对于下胫腓联合分离,踝关节略背屈,将皮质骨螺钉 (1-2 枚) 打入胫骨腓骨,以达到固定的效果。完成手术后,以石膏加以固定,一个月后拆除。

1.3 观察指标

(1) 两组治疗临床疗效比较。参考 Baird-Jackson 评分观察两组患者治疗后的临床疗效评测,包含以下内容,关节活动范围、关节稳定以及 X 线测量。Baird-Jackson 评分采取百分制,划分为四个级别,优、良、可、差,其分别是 100-95 分、94-91 分、90-60 分、59-0 分。(2) 两组治疗后并发症发生情况。观察恢复后行走时是否有疼痛、步态是否呈跛行、骨不愈合及骨折畸形愈合等并发症。

1.4 统计分析

采用 SPSS18.0 软件处理,计数资料行 χ^2 检验,采用 $n(\%)$ 表示,计量资料行 t 检验,采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效情况比较

观察组患者的优良率明显高于对照组患者,见表 1,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1: 两组患者治疗后临床疗效情况比较 [n (%)]

组别	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	23	5 (21.74)	8 (34.78)	6 (26.09)	4 (17.39)	13 (56.52)
观察组	23	16 (69.57)	4 (17.39)	2 (8.70)	1 (4.35)	20 (86.96)
χ^2	/	/	/	/	/	5.732
P	/	/	/	/	/	0.000

2.2 两组患者治疗后并发症发生情况

对照组保守治疗后出现 1 例行走疼痛跛行的 55 岁患者,其走路时有些许疼痛步态跛行,无骨不愈合及骨折畸形愈合等并发症。观察组患者无疼痛,无跛态,无骨不愈合及骨折畸形愈合等并发症,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

踝关节是人体所有关节中担任躯体负重的重要角色关节,无论是站立还是行走,踝关节都要承受约为躯体本身 1.25 倍的重量,而踝关节骨折是一种临床上较为多见的骨折类型,青壮年为此类骨折的多发群体;一旦发生此类事件,将会极大的影响到患者

的正常生活与工作。如关节疼痛、足部伸屈受限等,为此,需采取行之有效的手段治疗踝关节骨折。

目前临床的治疗一般分为手术治疗与手法保守治疗两种方式治疗踝关节骨折。保守治疗通过复位、固定即可出院,避免手术创伤,缩短住院时间而且费用低;但其对临床医生的技术要求较高,而且极易容易发生复位不到位而致使骨折愈合不理想的情况^[3-4]。本研究中,对照组保守治疗后出现 1 例行走疼痛跛行的 55 岁患者,其走路时有些许疼痛步态跛行,无骨不愈合及骨折畸形愈合等并发症。观察组患者无疼痛,无跛态,无骨不愈合及骨折

(下转第 37 页)

轮状病毒性肠炎的预防和治疗

关自群

云南省楚雄州武定县人民医院 651600

〔中图分类号〕R512.5

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2019) 07-037-01

轮状病毒性肠炎是由轮状病毒(RV)所致的急性消化道传染病,能引起哺乳类和禽类动物的感染,是非细菌性腹泻的主要病原体之一,病原体主要通过消化道传播,因感染者呼吸道分泌物中可测到特异性抗体,提示也有通过呼吸道传播的可能性。主要发生在婴幼儿,常由A组轮状病毒引起,发病高峰在秋季,故名婴儿秋季腹泻。

一、临床表现

潜伏期为24—72h,大多数48h内。起病急,80%患儿先呕吐,随即频繁的腹泻,多为黄色水样便,无粘液和脓血、量多。一般5—10次/天,重者超过20次/天,可伴有明显的脱水症状。30%—50%的病儿早期出现呼吸道感染症状,约1/3的病儿伴有39℃左右的发热。

二、发病机制与流行病学

RV感染后主要侵犯空肠的微绒毛上皮细胞,使其凋亡导致小肠功能散失,水与电解质分泌增加,吸收减少,引起腹泻。

(1) 传染源:病人和隐性感染者是本病的主要传染源。发病第一天粪便中即可发现病毒,第3—4天,粪便中排病毒量达到高峰;

(2) 传播途径:主要通过粪—口途径传播的方式感染,水源污染可造成RV感染的爆发流行。

(3) 易感人群:95%左右的RV感染见于5岁以下的儿童,年龄越小隐性感染越多,感染后可获得较稳固的免疫力,发病无

明显季节性,但流行和爆发多发生于4—7月份。

三、诊断与鉴别诊断

临床诊断RV感染主要根据流行病学资料,临床表现和实验室检查。同期有起病急,腹泻蛋花样黄色水样便,尤其对秋冬季的婴幼儿腹泻应首先考虑本病的可能性。确诊有赖于免疫电镜发现RV,或病毒抗原或病毒核酸阳性。鉴别诊断主要取决于病原学检查。

四、治疗及预防

治疗以对症及支持疗法为主,轻度失水给予口服补液盐(ORS),中、重度失水伴电解质紊乱者宜静脉补液及输入抗病毒药物。本病病程短,呈自限性,多数预后良好,婴幼儿感染者病情一般较重,病死率高,近年口服补液盐(ORS)的应用显著降低了因腹泻所致的死亡率。故多可在门诊接受治疗,抗菌治疗无效。饮食宜清淡、易消化饮食。

五、预防

1、管理传染源:早期发现并隔离患者,对密切接触者及疑似感染的患者实行严密观察。

2、切断传播途径:加强饮食、饮水及个人卫生,做好患者粪便的消毒工作,医院严格做好婴儿区和新生儿室的消毒工作,严把病从口入关,哺乳用具和餐具做好消毒。

3、保护易感人群:提倡母乳喂养,以减少幼儿患病的严重性。在流行期间,对高危人群和易感人群采用被动免疫,以预防本病的发生。

(上接第35页)

(11.2±1.6)d显著低于对照组。比较两组心血管事件发生几率以及并发症发生几率,结果显示观察组分别为8.3%、4.2%显著低于对照组。证明临时起搏器的应用可促进患者康复,降低心血管事件发生几率。此次研究提示对存在严重窦性心动过缓或高度房室传导阻滞的病患可考虑预先使用临时起搏器。

综上所述,在急性下壁心肌梗死窦性心律患者急诊PCI治疗过程中使用临时起搏器可降低心血管疾病发病风险,促进患者康复,应用价值较高。

〔参考资料〕

[1] 赵春良. 探讨预防性应用临时起搏器对急性下壁心肌梗死急诊行PCI术的作用[J]. 中国处方药, 2018, 16(1):125-126.

[2] 董琦, 梁金峰. 急性心肌梗死并发缓慢性心律失常急诊PCI术前应用阿托品和起搏器的临床疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(84):53.

[3] 曾懿, 林良才, 黄永培. 临时起搏器在急性下壁心肌梗死窦性心律患者急诊PCI中的应用价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 13(13):1263-1265.

[4] 吴哲兵. 临时起搏器在急性下壁心肌梗死急诊介入术中应用的临床意义[J]. 中国合理用药探索, 2018, 15(12):97-99.

(上接第36页)

畸形愈合等并发症,差异有统计学意义($P<0.05$)。而手术治疗是根据患者骨折的实际状况,对患者进行针对性的复位操作,这样一来其复位之准确,且有助于功能之恢复,愈合之理想;本次研究中,采取开放复位内固定手术治疗的观察组患者,其治疗后的优良率(86.96%)显著高于对照组(56.52%),差异明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。然手术创伤之大使患者的住院时间加长,治疗费用高。在实际治疗中,医生一般都会与患者详细介绍两种治疗方法的优缺点。

综上所述,踝关节骨折采用手术治疗比保守治疗的效果更为显著可显著提高患者治疗优良率,减少并发症发生情况,值得推

广应用。

〔参考文献〕

[1] 倪纲, 黄伟杰, 滕跃, 等. 保守疗法与手术疗法治疗旋后外旋型踝关节骨折临床疗效比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17(01):83-86.

[2] 李被提. 急诊手术对踝关节骨折并脱位患者关节功能及生活质量的影响[J]. 临床研究, 2018, 26(06):104-105.

[3] 贾立新, 苏相男, 王京, 等. 结肠癌患者35例护理中实施针对护理干预的效果观察[J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S2):203.

[4] 黄泉川, 董娟. 手术与手法保守治疗踝关节骨折的临床对比分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(83):267.