

剥离软骨、切除骨赘等治疗。术后给予生理盐水灌洗。观察组在接受对照组手术的同时,给予骨质增生汤治疗,组方:伸筋草 15 g、牛膝 15 g、透骨草 15 g、木瓜 15 g、海桐皮 10 g、黄柏 15 g、苏木 15 g、防己 15 g、络石藤 10 g、五加皮 10 g。日 1 剂,水煎 300 mL,分三次温服。两组均治疗 4 周后进行疗效评价。

1.3 观察指标 治疗前及接受治疗 4 周后,对患者的临床症状积分及髌骨中点周径进行评价。临床症状评分中以患者临床症状为观察项目,总分越高则症状越重。髌骨中点周径每次测量 3 次,取 3 次平均值作为所得周径值。同时根据临床症状总积分改善情况对治疗效果进行评价,显效:总积分改善>90%;有效:总积分改善 75%~90%;无效:总积分改善<75%。总有效率为显效率及有效率之和。

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 分析,临床症状积分及髌骨中点周径以均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,治疗总有效率以百分率表示,以 *t* 检验及卡方检验分析。*P*<0.05 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状积分及髌骨中点周径比较 治疗前两组临床症状积分及髌骨中点周径比较无统计学意义(*P*>0.05)。治疗前后对照组临床症状积分及髌骨中点周径比较:*P*<0.05,存在统计学意义;治疗前后观察组临床症状积分及髌骨中点周径比较:*P*<0.05,存在统计学意义。经治疗后两组临床症状积分及髌骨中点周径均明显改善(*P*<0.05),观察组改善更明显(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 临床指标改善情况 ($\bar{X} \pm S$)					
分组	<i>n</i>	临床症状积分(分)		髌骨中点周径(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	22.51±3.67	10.57±2.78	390.56±27.57	380.72±16.78
观察组	35	23.36±3.71	7.36±2.12	391.61±29.78	369.66±16.58
<i>t</i>		-0.963	5.431	-0.141	2.568
<i>p</i>		0.169	0.000	0.443	0.006

2.2 临床疗效 观察组治疗总有效率明显优于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例(%)					
分组	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	35	13(37.14)	9(25.71)	13(37.14)	62.86
观察组	35	22(62.86)	10(28.57)	3(8.57)	91.43

注:两组总有效率比较, $\chi^2=8.102$,*P*=0.004<0.05,具有统计学意义。

3 讨论

中医学将膝骨关节炎划归为“痹症”的范畴。中医学认为本病的发生为内外因同时作用的结果,内因为患者素体气血亏虚,外因为患者感受外邪,气血亏虚致气血运行不畅,无以抵御外邪;而此时风湿之邪乘虚而入,留恋膝部,最终导致本病的发生。本病日久则可形成为“脾虚湿注型”之证^[9]。故我院在常规关节镜清理术治疗的同时,加用骨质增生汤治疗,方中牛膝可补肝肾、强筋骨;伸筋草、透骨草、苏木及络石藤合用可活血、通经络;木瓜、海桐皮、黄柏、防己及五加皮合用可达清热利湿、防止湿滞经络之效。临床应用可取得良好的治疗效果。本研究结果显示:治疗前两组临床症状积分及髌骨中点周径比较无统计学意义,经治疗后两组临床症状积分及髌骨中点周径均明显改善,均以观察组改善明显,且观察组治疗总有效率也优于对照组。可见联合应用关节镜清理术及骨质增生汤治疗不但可以显著提高临床观察指标,同时也可显著改善临床治疗效果。综上所述,联合应用关节镜清理术及骨质增生汤治疗膝骨性关节炎可显著提高临床治疗效果,值得临床上推广应用。

参考文献

[1]徐友高.膝骨性关节炎治疗的研究进展[J].中国医药指南,2012,10(17):441-443
[2]李朋,李钊.关节镜下清理术结合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎 49 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(7):53-54
[3]陈广超.膝关节骨性关节炎中医药治疗概况[J].中西医结合研究,2012,4(3):156-159

(收稿日期:2014-07-10)

微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折 23 例的临床体会

郜玉军

(江苏省金湖县中医院骨伤科 淮安 211600)

摘要:目的:探讨微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折的临床效果。方法:将我院 2012 年 4 月~2013 年 1 月治疗的 46 例胫骨骨折患者分为观察组与对照组各 23 例,观察组采用微创经皮钢板内固定治疗,对照组采用传统切开复位内固定治疗,对两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量及骨折愈合时间进行分析,记录患者的并发症情况并参照 Johner-Wruhs 的评分标准对胫骨骨折的治疗效果进行评价。结果:两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、骨折愈合时间比较,差异有统计学意义(*P*<0.05);治疗后两组患者的 Johner-Wruhs 评分分级差异有统计学意义(*P*<0.05),治疗组的 Johner-Wruhs 评分显著较好;观察组有 1 例患者经 X 线检查发现内固定松动,经调整后得到好转。结论:微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折疗效确切,并发症在可接受范围,值得在临床上推广使用。

关键词:胫骨骨折;微创经皮钢板内固定治疗;Johner-Wruhs 评分

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.045

胫骨骨折常由高能量损伤所致,由于胫骨周围的软组织较少,血流供应的营养成分较少,在治疗方

法选择不当或者治疗不及时的时候,容易出现切口感染、延迟愈合、骨筋膜室综合症等并发症^[1]。本文

对我院 2012 年 4 月~2013 年 1 月微创经皮钢板内固定治疗的 23 例胫骨骨折患者的临床体会进行探讨。现报告如下:

1 对象与方法

1.1 一般资料 选择我院 2012 年 4 月~2013 年 1 月治疗的 46 例胫骨骨折患者,患者均行 DR 检查并经过 CT 检查确诊。骨折类型均为闭合性骨折,排除合并有严重脑、脊髓、肝、肾损伤的患者。其中男 30 例,女 16 例;年龄 21~68 岁,平均年龄(35.9±7.3)岁;受伤至入院的时间为 1~10 h,平均(4.8±1.2)h;受伤类型:高空坠落伤 20 例,交通事故伤 17 例,跌倒损伤 5 例,其他损伤 4 例;骨折类型(AO 分型):A 型 13 例,B 型 18 例,C 型 15 例。笔者利用随机编码的方法将患者分为观察组和对照组各 23 例,两组患者的各项基础资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 患者在术前均抬高患肢,采用石膏外固定及消肿等对症治疗。观察组采用微创经皮钢板内固定治疗,首先进行手法复位并在 C 臂 X 线机下用克氏针固定,或行切口在直视下用螺丝钉固定。患者取仰卧位,在持续性硬膜外麻醉下于患侧肢体的内踝侧行 2~4 cm 的纵向切口,骨膜外有限分离软组织,在软组织和骨膜之间形成软组织手术隧道。插入事先塑型好的锁定钢板至软组织隧道,间接复位骨折。若复位效果不理想,则转为切开复位,调整钢板位置至合适。另一块钢板确定螺丝孔位置并行 3 个小切口,切口长度稍大于螺丝钉直径,以便于在近端和远端置入 3 颗螺丝钉固定。对照组采用传统切开复位内固定方法治疗,首先切开软组织暴露骨折两端,复位骨折,用皮质骨螺钉和松质骨螺钉固定远近端。固定后用 X 线片进行检查,适时调整。术后 3 d 继续抬高患肢,1 周内给予常规抗感染和活血化瘀药物治疗,逐步指导患者进行股四头肌、膝关节功能等锻炼和下地联系,术后随访 1 年,复查 X 线片,检查骨折愈合情况。

1.3 效果评价方法 对两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、骨折愈合时间进行分析,记录患者的并发症情况。参照 Johner-Wruhs 的评分标准对胫骨骨折的治疗效果进行评价,共分为优、良、中、差四个等级。

1.4 统计学分析 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,两组均数比较采用独立样本 t 检验,计数资料采用率(%)表示,采用 χ^2 检验对率进行比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术治疗及愈合情况比较 观察组患者的手术时间为(62.8±10.8) min,住院时间为(8.9±1.5) d,术中出血量为(119.2±20.3) mL,骨折愈合时间为(13.9±1.8)周,两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、骨折愈合时间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的手术治疗及愈合情况 ($\bar{X} \pm S$)					
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	住院时间(d)	术中出血量(mL)	骨折愈合时间(周)
观察组	23	62.8±10.8	8.9±1.5	119.2±20.3	13.9±1.8
对照组	23	75.3±8.9	16.4±2.1	168.2±20.5	18.1±3.2

2.2 治疗前后 Johner-Wruhs 评分比较 两组患者治疗前后 Johner-Wruhs 评分分级差异均有统计学意义。两组患者治疗前的 Johner-Wruhs 评分分级差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组患者的 Johner-Wruhs 评分分级差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组的 Johner-Wruhs 评分显著较好。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的 Johner-Wruhs 评分分级 例						
组别	<i>n</i>	治疗前		治疗后		
		中	差	优	良	中 差
观察组	23	1	22	18	4	1
对照组	23	2	21	9	9	4 1

2.3 术后随访情况 两组患者术后均得到随访,随访时间 9~15 个月,平均随访时间(11.8±1.2)个月。观察组有 1 例患者经 X 线检查发现内固定松动,经调整后得到好转。

3 讨论

胫骨骨折的治疗方法包括切开复位钢板内固定、髓内钉固定、支架外固定等。传统的切开复位髓内钉内固定治疗胫骨骨折重在强调直接暴露骨折端,进行解剖复位和加压处理。虽然这种做法可以使影像学检查结果达到要求,但是胫骨骨折会导致滋养动脉的断开,血流供应大大减小,只能依靠骨膜下的小血管供血,而传统切开复位内固定的方法创伤很大,术中软组织和骨膜需要较大程度的剥离,血流供应受到进一步的影响,不利于组织在术后得到足够的营养供应,从而会延长骨折愈合时间,也会增加切口感染的几率^[2]。因此传统手术治疗的效果和实用性受到了质疑。

微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折是随着微创技术和骨生物学的发展而兴起的一项技术,在临床上已经逐渐得到了应用^[3]。微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折采用了 2~4 cm 的纵向切口,手术者可以在直视下完成骨折复位。由于微创经皮钢板内固定仅有限的剥离骨膜外的软组织,创伤较小,较大程度地减少了手术对局部血流供应的影响,保证了骨膜的完整性,有助于创伤部位愈合。使(下转第 74 页)

减弱。(3)无残余尿量或轻度残余量,膀胱容量轻度减少。

1.3 排除标准^[2] (1)非脑血管意外引发的尿失禁。(2)兼有尿路感染。(3)患者意识不清或治疗过程中不能或不愿配合治疗检查。(4)患者有出血倾向或有其他严重的基础疾病不能坚持治疗或有针灸治疗禁忌者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 采用隔药饼灸治疗。药饼制作:熟地 200 g、肉桂 150 g、杜仲 100 g、当归 100 g、熟附子 100 g、枸杞子 100 g,以上药研成粉,加清水适量调和制成直径为 2 cm、高度为 0.5 cm 的药饼。取穴:百会、气海、关元、中极、次髎(双侧)、足三里(双侧)。于穴位上放置事先加工好的药饼,然后将底面直径约 1 cm、高约 1 cm 的圆锥形艾炷放置在药饼上,连续施灸 4~5 炷,以患者感觉有热气向体内传透、且局部皮肤潮红为度。1 次/d,7 d 为 1 个疗程,2 个疗程间休息 2 d。

1.4.2 对照组 取穴与治疗组相同,单纯毫针刺刺,手法用补法,得气后,留针 30 min,1 次/d,7 d 为 1 个疗程,2 个疗程间休息 2 d。

1.5 疗效判定标准^[3] 痊愈:小便时有尿意感,并能够完全自行控制。显效:小便基本自行控制,偶有失禁,但次数比以前减少 75%以上。好转:小便自行可控,有失禁但次数比以前减少 50%以上。无效:症状无明显改善。

1.6 治疗结果 治疗组总有效率 86.96%,对照组总有效率 73.97%,两组比较有显著性差异 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	92	42	25	13	12	86.96
对照组	73	23	18	13	19	73.97

2 讨论

中医学认为中风后尿失禁其主要病位在肾与膀胱,病因是肾气虚损,下焦有寒。早在《素问·宣明五气篇》就有“膀胱不禁者,肾气虚,下焦受寒也”的记

(上接第 66 页)用钢板可以发挥钢板系统的内固定支架作用,减少骨膜血管的外部压力,而用螺钉可以较好地对抗扭转力、弯曲力和拔除力的作用,形成稳定的组合,确保轴向和角的稳定性,避免螺钉移动。本组患者只有 1 例发生内固定松动,说明采用微创经皮钢板内固定的方法可最大程度上减少骨折移位的可能,其固定效果优于传统钢板固定。本研究结

果表明,微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折疗效确切,并发症在可接受范围,值得在临床上推广使用。

载。膀胱功能是否正常有赖于肾气的固摄,若肾气虚损,则无权固摄膀胱,肾阳不足则下焦寒生,故可见遗尿。治疗中风后尿失禁的治则就是要补肾驱寒,艾灸与针刺相比其温补散寒的作用要强。特别是灸百会,百会为督脉穴诸阳之会,有肾气通于脑之说,所以灸百会能起到补肾益气、振阳驱寒、升阳举陷的作用。所取的中极任脉穴,为膀胱募穴,三阴经在中极任脉交汇,也是脏腑气结聚之处,灸中极可加强膀胱气化功能,改善膀胱失约无权的状态。关元、次髎、气海三穴用灸法均能起到补肾培本、扶正固摄的作用。灸三里不但可以益气补脾,还可以“下火气”(清·吴亦鼎,《神灸经论》),引火下行而达与下焦,同时防止热灸后出现“上火”的症状。艾灸同时加用药饼,可使药性也渗透入体内,而达于诸经,并通过经络系统更好地发挥药物的温补作用^[4],使疗效更加明显。但应注意,药饼灸必须达到一定灸量,使患者出现灸感。对素体虚弱阴阳两虚的患者,灸量应徐缓^[5]。

现代医学证实,中风后患者的中枢神经功能处于紊乱状态,膀胱括约肌功能也在失常状态。艾灸下腹部及周围的穴位可不同程度地影响阴部神经和盆神经等传入支的兴奋,并通过深部透热效应及药物的协同作用,抑制膀胱传入神经冲动及神经递质的释放,调整神经反射,使得括约肌张力明显提高,从而缓解尿失禁症状。综上,药饼灸治疗中风后尿失禁时,能同时兼有温、通、补三种功效^[6],疗效明显优于单纯针刺,且痛苦少、易接受、操作简单,具有临床推广价值。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.48

[2]白晓洁,陈萍,于润平,等.艾灸合并针刺治疗中风后尿失禁 36 例[J].中医外治杂志,2011,20(1):59

[3]宋丰军,张红,郑士立,等.近五年针灸治疗中风后尿失禁研究述评[J].中国针灸,2011,31(10):957-960

[4]王玲玲.艾灸的特点及温通效应[J].中国针灸,2011,31(10):865-868

[5]杨忠义,秦肖.艾灸加中药治疗中老年妇女尿频失禁 20 例[J].中国针灸,2012,32(11):1 029-1 030

[6]莫倩,刘志顺.针灸治疗压力性尿失禁的诊断特点分析[J].上海针灸,2013,32(12):1 060-1 063

(收稿日期:2014-03-21)

果表明,微创经皮钢板内固定治疗胫骨骨折疗效确切,并发症在可接受范围,值得在临床上推广使用。

参考文献

[1]郑勇,史法见,赵晓龙.经皮微创钢板内固定治疗胫骨干远端 1/3 骨折[J].组织工程与重建外科,2013,9(6):334-335

[2]吕明波.经皮微创钢板内固定术治疗胫骨骨折的疗效[J].北方药学,2014,11(2):92-93

[3]王海川,随承锋,桑原田.胫骨远端骨折三种手术方法疗效对比分析[J].中国全科医学,2011,14(17):1 980-1 982

(收稿日期:2014-06-23)