

膝关节镜辅助微创手术与传统手术治疗胫骨平台骨折的疗效对比

韩红福

(河南省周口远华微创外科医院 周口 466000)

摘要:目的:比较膝关节镜辅助微创手术与传统手术治疗胫骨平台骨折的临床效果。方法:选取 2016 年 7 月~2017 年 2 月我院收治的胫骨平台骨折患者 86 例,随机分为对照组和研究组,每组 43 例。研究组实施关节镜辅助下微创外科手术,对照组实施传统外科手术。观察两组患者手术前后膝关节功能变化情况、术后并发症发生率。结果:术后两组患者 HSS 评分均较术前显著提高($P<0.05$),研究组 HSS 评分较对照组改善效果更优($P<0.05$);研究组患者术后并发症发生率为 11.63%,对照组为 32.56%,两组比较,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对胫骨平台骨折患者实施膝关节镜辅助下微创手术治疗可有效减少术后并发症的发生,膝关节功能恢复更快,治疗效果更佳。

关键词:胫骨平台骨折;膝关节镜;传统手术

中图分类号:R68.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.043

胫骨平台骨折是临床常见的骨科疾病,外科手术为主要治疗方法^[1-2]。笔者选取 86 例胫骨平台骨折患者为研究对象,探讨膝关节镜辅助微创手术的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月~2017 年 2 月我院收治的胫骨平台骨折患者 86 例为研究对象。其中男 53 例,女 33 例;年龄 19~82 岁,平均年龄(52.03 ± 2.13)岁;Schatzker 分类:I 型 17 例、II 型 20 例、III 型 31 例、IV 型 10 例、V 型 6 例、VI 型 2 例。所有随机分为对照组和研究组,每组 43 例。两组患者年龄、性别、骨折程度等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 实施传统外科手术。常规麻醉后根据患者实际情况确定手术切口位置,有效复位骨折处并提供螺钉内固定处理,常规引流。

1.2.2 研究组 实施关节镜辅助下微创外科手术。完善术前准备,指导患者取仰卧位并利用气囊止血带有效止血;于关节镜辅助下对膝关节腔给予彻底冲洗,确认软骨片彻底清除后探查前后交叉韧带、半月板损伤情况以及胫骨内侧平台关节面塌陷情况(程度、范围、方向等);单纯胫骨平台骨折仅需有效复位(内镜探针撬起塌陷骨折块)后有效固定(利用克氏针、可吸收螺钉),复杂胫骨平台骨折需给予关节软骨面复位、自体骨填充等处理之后利用可吸收螺钉及钢板给予有效固定,常规引流。

1.3 观察指标 (1)观察两组患者手术前后膝关节功能情况,采用 HSS 量表评价患者膝关节功能,该量表涉及肌力、疼痛、屈曲畸形、活动度、稳定性、功

能等内容,得分范围 0~100 分,分数越高,膝关节功能恢复越好。(2)观察两组患者术后并发症发生情况。

1.3 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术前后膝关节功能比较 两组患者术后 HSS 评分均较术前显著提高,研究组 HSS 评分改善效果更优, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术前后膝关节功能比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	术前 HSS 量表评分	术后 HSS 量表评分
研究组	43	20.34 $\pm$ 3.25	82.53 $\pm$ 6.17*
对照组	43	19.26 $\pm$ 3.44	69.06 $\pm$ 7.24*

注:与术前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较 研究组患者术后并发症发生率显著低于对照组患者, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	骨折畸形	感染	创伤性关节炎	组织坏死	关节僵直	合计
研究组	43	0(0.00)	2(4.65)	2(4.65)	0(0.00)	1(2.33)	5(11.63)*
对照组	43	2(4.65)	4(9.30)	4(9.30)	1(2.33)	3(6.98)	14(32.56)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

胫骨平台骨折主要发生原因为交通事故伤、高处坠落伤、摔伤等。近年来随着我国经济建设迅猛发展,胫骨平台骨折发生率呈显著上升趋势,应引起相关医护人员注意^[3]。临床治疗方案应以尽早复位并

有效固定、保持关节面平整、正确恢复局部解剖对位对线为主要原则,积极处理因骨折所致的韧带、半月板等损伤^[4]。

以往临床治疗胫骨平台骨折首选切开复位内固定手术,但手术创伤较大,术后关节功能恢复时间长,且并发症发生率较高^[5]。随着医学技术水平的不断进步,膝关节镜已广泛应用于临床^[6]。膝关节镜辅助手术治疗,可尽量在减少手术创伤的基础上为术者提供满意术野,具有创伤小、并发症少、安全有效等特点,术后患者可较早进行功能锻炼,提高膝关节功能,对保障疗效及预后均具有重要的临床意义^[7]。本研究结果显示,对照组接受传统手术治疗后 HSS 量表评分改善效果较差,并发症发生率高达 32.56%;研究组实施膝关节镜辅助下微创手术治疗后 HSS 量表评分改善效果优良,并发症发生率仅为 11.63%。此结论与国内外相关研究资料具有一致性。

综上所述,对胫骨平台骨折患者给予膝关节镜辅助下微创手术治疗可显著降低其术后并发症发生率,有利于尽快使患者恢复满意膝关节功能,值得临床推广。

参考文献

[1]李凯,吴志章,罗健.复杂胫骨平台骨折 52 例手术时机与手术方式选择及疗效分析[J].中国社区医师,2017,33(1):53-54
[2]唐华.改良双钢板法治疗复杂胫骨平台骨折的临床效果观察[J].医学理论与实践,2017,30(2):236-237
[3]陈萌.用微创手术治疗累及前交叉韧带止点的胫骨平台骨折的效果分析[J].当代医药论丛,2015,13(16):256-257
[4]黄华军,张国栋,欧阳汉斌,等.基于 3D 打印技术的复杂胫骨平台骨折内固定手术数字化设计[J].南方医科大学学报,2015,35(2):218-222
[5]尹书东.关节镜下微创手术治疗胫骨平台骨折 62 例疗效观察与总结[J].中国医药指南,2014,12(31):215-216
[6]王烨,朱浩明,金磊,等.胫骨平台骨折的前路微创手术治疗与常规手术方式的疗效对比[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(1):79-80
[7]郭惠红,钟伟健,刘立林.切开复位锁定加压高尔夫球棒骨板固定治疗胫骨平台骨折的疗效探讨[J].当代医学,2013,19(11):88-89

(收稿日期:2017-01-16)

腹腔镜阑尾切除术对患者术后肠道功能及切口感染的影响

韩建成

(河南省濮阳市人民医院 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后肠道功能恢复及切口感染发生率的影响。方法:选取我院 2014 年 2 月~2016 年 10 月收治的急性阑尾炎患者 82 例,依据手术方案不同分为对照组和观察组,每组 41 例。观察组行腹腔镜阑尾切除术,对照组实施常规开腹手术。比较两组患者手术情况、切口感染发生及术后肠道功能恢复情况。结果:观察组患者手术、术后肠道蠕动恢复、下床活动及住院时间均明显短于对照组患者,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组术后血浆 DAO 及血浆 D-乳酸水平平均低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组切口感染发生率观察组为 4.88%,对照组为 21.95%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:急性阑尾炎患者行腹腔镜阑尾切除术,可有效降低切口感染风险,术后肠道功能恢复快,患者住院时间短。

关键词:急性阑尾炎;腹腔镜阑尾切除术;肠道功能;切口感染

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.044

急性阑尾炎是临床常见的急腹症,为阑尾急性化脓性感染,发病率极高。以往多采用开腹手术切除阑尾治疗,操作较为简便,疗效显著^[1]。近年来,随着微创外科技术的快速发展,腹腔镜逐渐应用于外科手术治疗中。本研究选取 82 例急性阑尾炎患者为研究对象,探讨腹腔镜阑尾切除术对患者术后肠道功能恢复及切口感染发生率的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2014 年 2 月~2016 年 10 月收治的急性阑尾炎患者 82 例,依据手术方案不同分为对照组和观察组,每组 41 例。观察组女 25 例,男 16 例;年龄 18~65 岁,平均年龄 (39.41±15.27) 岁;7 例合并冠心病,13 例合并糖尿病,18 例合并高血压,3 例无合并症。对照组女 26 例,男 15

例;年龄 19~68 岁,平均年龄 (38.95±14.98) 岁;8 例合并冠心病,13 例合并糖尿病,17 例合并高血压,3 例无合并症。两组患者性别、年龄及基础疾病等基线资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 行腹腔镜阑尾切除术。协助患者平卧,待气管插管、麻醉稳定后开始手术。作弧形切口于脐部下缘,建立 CO₂ 气腹,置入 30° 腹腔镜,确定穿刺口下方有无组织脏器损伤,腹腔镜直视下将 5 mm 的 Torcar 分别置入麦氏点及反麦氏点;协助患者保持头高脚低位,并向左倾斜 20° 左右,常规探查腹腔,负压吸引腹腔内脓液、渗液;沿结肠确定阑尾位置,分离周围黏连组织,应用超声电刀清理阑尾根部,并做结扎处理;距结扎位置约 4 mm 位置切除