

治疗及随访过程中均未出现明显并发症。

3 讨论

类风湿性关节炎是自身免疫性疾病,临床表现复杂多样,可累及全身各个关节,包括掌指关节、上肢指间关节及膝关节^[10]。滑膜切除术是治疗膝关节类风湿性关节炎的方式之一,以往多采用开放性滑膜切除术治疗,但由于手术切口大,且术中无法将关节间隙中的滑膜彻底切除,导致手术效果不佳^[11]。随着关节镜技术的发展,关节镜下手术治疗类风湿性关节炎在临床得到应用。该术式属于微创手术,创伤小,出血少,术中及术后疼痛轻;可借助关节镜全面观察和处理滑膜及半月板病变;通过冲洗关节腔清除各种炎性介质、碎屑及免疫复合物;同时有利于患者术后尽早进行康复训练,改善和提高手术疗效^[12]。此外,行关节镜下滑膜切除术的关键在于减少关节出血,彻底切除病变滑膜,因此需有序地进行切除,对后关节囊中隐藏的增生滑膜液也要进行清除。同时,在对增生滑膜进行刨削时要做好止血措施,避免术后发生关节血肿和疼痛。

本研究结果显示,术后 3 个月所有患者的 CRP、ESR 及 RF 指标水平均显著低于手术前($P<0.05$),术后 6 个月、1 年、2 年、3 年关节功能优良率分别为 91.84% (45/49)、81.40% (35/43)、73.68% (28/38)、68.18% (15/22),且整个手术治疗及随访过程中均未

出现明显并发症。说明关节镜下滑膜切除术治疗膝关节类风湿性关节炎能明显改善患者的临床症状,阻止关节软骨进一步损害。综上所述,关节镜手术治疗膝关节类风湿性关节炎效果显著,术后恢复快,机体损伤小,预后良好,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈崇民,焦军.关节镜治疗类风湿性关节炎的临床研究[J].中国内镜杂志,2002,8(11):73
[2]李棋,王慧燕,周宗科,等.关节镜治疗膝关节早中期类风湿性关节炎[J].实用骨科杂志,2011,17(4):313-315
[3]华英汇,陈世益,翟伟韬,等.关节镜下膝关节滑膜切除术在类风湿性关节炎治疗中的作用[J].重庆医学,2006,35(20):1857-1859
[4]章军辉,狄正林,徐荣明.关节镜下滑膜切除术治疗类风湿性关节炎[J].中国骨伤,2006,19(3):137-139
[5]吕斌,肖芳,牟霜,等.超声对类风湿关节炎早期诊断及治疗效果评价的作用研究[J].重庆医学,2014,43(31):4222-4224
[6]ZHU M,CHEN JY,YEW AK,et al.Intra-articular tranexamic acid wash during bilateral total knee arthroplasty[J].Journal of Orthopaedic Surgery,2015,23(3):290-293
[7]郭其勇,李华德,李明,等.膝关节十分区法关节镜下滑膜切除术治疗类风湿性关节炎[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(8):873-874
[8]张杨文.类风湿性关节炎血清 RF 与抗-CCP 抗体浓度检测及其意义[J].实用医学杂志,2015,31(1):108-109
[9]王永才,闫冰,王红川,等.关节镜下滑膜切除术治疗膝关节类风湿性关节炎的临床疗效观察[J].华西医学,2015,30(3):421-425
[10]张毅.关节镜治疗类风湿性关节炎的临床研究[J].中国内镜杂志,2002,8(11):73
[11]谢锦伟,岳辰,裴福兴,等.氨甲环酸对类风湿关节炎患者全髋关节置换围手术期失血的影响[J].中华骨科杂志,2015,26(8):808-812
[12]马步超,刘涛.关节镜下膝关节滑膜切除术治疗类风湿性关节炎疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(52):113,115

(收稿日期: 2017-09-01)

小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术治疗胫腓骨中下段双骨折患者临床效果观察

张西龙 张宇

(河南省太康县人民医院骨科 太康 461400)

摘要:目的:探讨小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术在胫腓骨中下段双骨折患者中的应用效果。方法:选取 2016 年 1~10 月太康县人民医院收治的胫腓骨中下段双骨折患者 76 例,随机分为对照组和观察组各 38 例。观察组行小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术,对照组行小腿内外侧双切口切开复位钢板内固定术。比较两组治疗效果、手术情况以及康复进程。结果:观察组治疗总有效率高于对照组,手术时间、术中出血量、切口愈合时间、骨痂形成时间均低于对照组($P<0.05$)。结论:小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术治疗胫腓骨中下段双骨折效果显著,可明显缩短手术时长,降低术中出血量,促进切口愈合及骨痂形成。

关键词:胫腓骨中下段双骨折;单切口切开复位钢板内固定术;临床效果

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.022

胫腓骨骨折为骨科常见骨折类型,胫骨是连接股骨下方的支承体重的主要骨骼,腓骨是附连小腿肌肉的重要骨骼,承担 1/6 承重。胫骨中下 1/3 处极易发生骨折,骨折后可导致滋养动脉断裂,造成骨折延迟愈合。直接暴力是其常见骨折原因,如压砸、冲撞、打击致伤等,临床表现为局部疼痛、肿胀、重叠移位、畸形等。目前临床治疗胫腓骨中下段双骨折主要

有手法复位、外固定、切开复位内固定等,但手法复位与外固定极易发生移位,稳定性较差^[1]。本研究采用小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术治疗胫腓骨中下段双骨折以探讨其临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1~10 月太康县人民医院收治的胫腓骨中下段双骨折患者 76 例,均符合

胫腓骨中下段骨折相关诊断标准,排除血液系统障碍、手术禁忌症者。随机分为对照组和观察组各 38 例。对照组男 20 例,女 18 例;年龄 24~69 岁,平均年龄(48.14± 5.95)岁;病程 0.5~22 h,平均病程(8.46± 3.18) h;左下肢 21 例,右下肢 17 例。观察组男 21 例,女 17 例;年龄 23~70 岁,平均年龄(47.93± 6.01)岁;病程 0.6~23 h,平均病程(8.57± 3.24) h;左下肢 20 例,右下肢 18 例。两组性别、年龄、病程等一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组实施小腿内外侧双切口切开复位钢板内固定术。行腰硬联合麻醉,仰卧位,抬高患肢,于患侧小腿内侧与胫骨内缘取一纵向切口,分离皮肤、皮下组织及筋膜,暴露胫骨,显露骨折端,复位骨折端,并取合适锁定钢板,电钻钻孔,用螺钉固定;于腓骨头合外踝连线处取外切口,剥离腓骨肌肉,暴露骨折端,复位成功后使用合适钢板固定;检查骨折复位满意后,止血缝合切口。观察组实施前外侧单切口切开复位钢板内固定术。行腰硬联合麻醉,仰卧位,抬高患肢,取小腿前外侧切口,以胫腓骨骨折处为中心,“S”形切开皮肤和皮下组织,于筋膜深面分离小腿前外侧肌间隙,暴露腓骨骨折,复位骨折端用钢板固定;向内侧牵开皮肤,暴露胫骨骨折端,复位后取合适锁定钢板固定;检查骨折复位满意后,止血缝合切口。

1.3 观察指标及标准 (1)比较两组患者临床疗效。优:骨折 3 个月内骨性愈合,达解剖复位,成角、旋转畸形 $<5^{\circ}$,膝、踝关节活动受限 $<10^{\circ}$;良:膝、踝关节活动受限 $10^{\circ}\sim 30^{\circ}$,骨折成角、旋转畸形 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$;差:骨折愈合时间 >6 个月,或肢体短缩 >2 cm,或成角、旋转畸形 $>10^{\circ}$,膝、踝关节活动受限 $>30^{\circ}$ 。治疗有效率=(优+良)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)观察两组患者手术情况(手术时间、术中出血量)。(3)记录两组患者康复进程(切口愈合时间、骨痂愈合时间)。

1.4 统计学分析 采用 SPSS21.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后观察组优 29 例、良 7 例、差 2 例,治疗总有效率为 94.74%(36/38),对照组优 13 例、良 14 例、差 11 例,治疗总有效率为 71.05%(27/38)。观察组治疗总有效率明显高于对照组, $\chi^2=7.517$, $P<0.05$,差异有统计学意义。

2.2 两组手术情况及康复进程比较 观察组手术时间、术中出血量、切口愈合时间、骨痂形成时间均

低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组手术情况及康复进程比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口愈合 时间(d)	骨痂形成 时间(周)
观察组	38	60.59± 8.62	126.93± 20.24	15.98± 5.64	4.26± 2.13
对照组	38	75.46± 9.76	151.96± 18.48	20.21± 5.44	6.17± 2.39
t		7.039	5.630	3.328	3.678
P		0.000	0.000	0.001	0.000

3 讨论

胫腓骨中下段双骨折在全身骨骨折中具有较高发病率,由于胫腓骨的解剖特点以及骨折端血运的影响,临床治疗难度较大,且治疗后骨折延迟愈合或不愈合发生率较高^[1]。手术是临床治疗胫腓骨中下段双骨折的主要手段。胫骨血液源自滋养动脉和骨膜血管,骨折发生后,由滋养动脉来的血液供应遭到破坏时,骨膜血管成为主要的血液供应来源,手术中应尽量减少对骨膜的损伤,确保血液供应充足^[2]。小腿内外侧双切口切开复位钢板内固定术是临床治疗胫腓骨双骨折的传统术式,术中需取胫骨前侧、腓骨外侧两个切口入路,但两切口间易形成皮瓣,极易导致皮肤坏死,且手术创伤较大,出血量较大,术后并发症发生率高,影响术后愈合^[3]。小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术,只需取单个手术切口,即可充分暴露胫骨远端外侧柱及关节面,手术视野开阔;且该术式在同一切口行胫骨及腓骨固定,避免形成皮瓣及损伤前内侧皮肤,保护骨折端血液循环,有利于切口及骨折愈合^[4]。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,手术时间、术中出血量、切口愈合时间、骨痂形成时间均低于对照组($P<0.05$)。说明小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术治疗胫腓骨中下段双骨折,能够有效缩短手术时间、切口愈合时间及骨痂形成时间,减少术中出血量。综上所述,胫腓骨中下段双骨折患者采用小腿前外侧单切口切开复位钢板内固定术治疗效果显著,具有创伤小、操作简单、恢复快的优点,临床应用价值高。

参考文献

[1]杨坚,穆亮,王维山.胫前减张切口结合锁定加压钢板治疗老年胫腓骨远端骨折的临床疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(5):1298-1299
[2]于刚.交锁髓内钉固定法在开放性胫腓骨骨折治疗中的应用[J].中国基层医药,2014,21(11):1733-1734
[3]刘广鹏,马田,冀春林.有限切开复位锁定钢板固定治疗胫腓骨骨折[J].检验医学与临床,2013,10(9):1123-1124
[4]徐显春,齐保闯,姜伟,等.不同手术切口治疗胫腓骨中下段双骨折的临床疗效对比观察[J].中国医药导刊,2017,19(1):43-44
[5]王本海,林松庆,陈金水,等.前外侧单切口在手术治疗胫腓骨中下段骨折的应用[J].实用骨科杂志,2016,22(8):752-755

(收稿日期: 2017-09-11)