

2.2 两组影像学指标比较 观察组骨坏死区体积小于对照组,骨坏死区灰度、股骨头灰度高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组影像学指标比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	n	骨坏死区灰度	骨坏死区体积(mm ³)	股骨头灰度	
观察组	43	6 925.91± 725.75	8 195.79± 835.22	11 263.57± 1 265.37	
对照组	43	6 246.29± 708.68	8 736.32± 896.19	10 638.32± 1 147.34	
t		4.393	2.893	2.400	
P		0.001	0.005	0.019	

3 讨论

股骨头缺血性坏死主要发生在 35~55 岁的中青年群体。股骨头坏死是病理演变过程,起始发生在股骨头负重区,坏死骨的小梁结构在应力作用下受损,随着病情的发展,出现股骨头塌陷,甚至发展为退行性髋关节炎^[5-6]。由于股骨头缺血性坏死的发病机制较为复杂,早期发现困难,而中后期有较高的致残率^[7-8],最终只能选择人工髋关节置换术进行治疗,对患者日常生活自理能力造成严重影响。因此,给予中后期患者积极有效的治疗措施具有重要意义。

股骨头坏死愈胶囊是由 10 余味中药组成的复方制剂,用于中期股骨头缺血性坏死的治疗,具有一定的临床疗效^[9]。方中黄芪具有活血、补益脾肺等功效;杜仲、鹿茸、续断等具有强筋骨、补肝肾的功效;乳香、没药、丹参、鸡血藤等具有化瘀、活血等功效。诸药合用共奏活血益气、肝肾补益、通络温经之效,可控制疾病进展,提高患者的生存质量。但仅通过药物治疗难以取得理想的疗效。临床可根据患者的具体情况给予联合温针灸治疗,先用毫针刺在局部穴位,将艾柱点燃套在针柄上方,把艾柱点燃,使其热力通过针身传至体内,后逐渐传递到关节深处,促进关节经络气运与血液循环,修复坏死的股骨头^[10]。

在本研究中,相较于单纯采用股骨头坏死愈胶囊治疗,采用股骨头坏死愈胶囊联合温针灸治疗的观察组治疗后 Barthel 指数、Harris 评分更高,骨坏死区体积更小,骨坏死区灰度、股骨头灰度更高,提示股骨头坏死愈胶囊配合温针灸治疗的效果更佳。温针灸有利于增强针刺刺激,促进关节软组织再生,加速局部血液循环,缓解周围软组织紧张,促进坏死区新骨形成。而股骨头坏死愈胶囊联合温针灸有利于缩小骨坏死区体积,改善患者股骨头内部血运,促进髋关节功能恢复,提高生活质量。综上所述,股骨头坏死愈胶囊联合温针灸对于缩短病灶康复进程,促进患者的髋关节功能恢复等有重要意义,可考虑临床普及与推广。

参考文献

[1]赵文献,李志东,李建强,等.经动脉改良 Seldinger 穿刺给药在缺血性股骨头坏死患者中的治疗效果及髋关节功能改善分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(4):118-120.

[2]孟林,张栋,肖笠,等.股骨头缺血性坏死患者髋关节置换术后股内收肌挛缩的影响因素分析[J].广西医科大学学报,2019,36(7):1129-1133.

[3]王星,陈伯亮.联合应用补骨脂汤剂与股骨头坏死治疗仪对股骨头坏死患者血液流变学、髋关节功能和骨密度的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(22):128-129,140.

[4]莫湘涛,董正,朱俊博,等.温针灸配合股骨头坏死愈胶囊对中期股骨头缺血性坏死患者髋关节功能及影像学指标的影响[J].上海针灸杂志,2020,39(1):70-74.

[5]马凤龙,邓迎杰,沈明球.补肾活血方配合推拿治疗股骨头坏死及对髋关节功能的影响分析[J].医药卫生(引文版),2016,22(3):155.

[6]王丹丹,杨艳梅,王庆丰.股骨头坏死愈胶囊修复股骨头坏死的作用机制探讨[J].中医药导报,2019,25(8):122-125.

[7]劳燕鸣,梁恩,何浩彬.髓芯减压联合纳米骨植入对早中期股骨头坏死患者髋关节功能的影响[J].黑龙江医学,2018,16(9):879-880.

[8]胡长波,杨新明,王蕊,等.髓芯减压钛棒支撑联合纳米骨植入治疗早期股骨头坏死的近期效果[J].河北医科大学学报,2018,39(8):961-965.

[9]谭旭仪,刘又文,高书图,等.病灶清除植骨联合股骨头坏死愈胶囊治疗早期股骨头坏死临床观察[J].中医药导报,2014,20(10):26-28.

[10]李良文,张勤忠,吴世良,等.温针灸结合功能锻炼在全膝关节置换术后康复治疗中的应用[J].中医正骨,2019,31(2):77-79.

(收稿日期: 2020-07-25)

VSD 技术对胫腓骨开放性骨折术后创面感染的治疗效果观察

刘松波 李兴华 刘化文 王爱国
(河南省郑州市骨科医院 郑州 450052)

摘要:目的:观察负压封闭引流技术对胫腓骨开放性骨折术后创面感染的治疗效果。方法:以 2016 年 6 月~2019 年 6 月收治的 56 例胫腓骨开放性骨折术后出现创面感染的患者为研究对象,根据治疗方式分为对照组 26 例和观察组 30 例,对照组给予抗感染、创面消毒等治疗,观察组给予负压封闭引流技术持续负压吸引治疗。比较两组感染创面治疗 7 d 后的恢复情况、可溶性血管细胞黏附因子-1 水平,随访 1 年,比较两组踝关节功能恢复情况。结果:观察组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);观察组治疗 7 d 后可溶性血管细胞黏附因子-1 水平低于对照组,随访 1 年后踝关节功能评分高于对照组($P<0.05$)。结论:对胫腓骨开放性骨折术后创面感染患者应用负压封闭引流技术进行治疗,可有效促进创面愈合,提高总有效率,抑制炎症反应,促进关节功能的恢复。

关键词:胫腓骨开放性骨折;负压封闭引流技术;创面感染;关节功能

中图分类号:R683.42 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.040

胫腓骨骨折多为直接暴力所致,因特殊的解剖学关系,骨折发生后胫骨营养血管容易受到损伤,导致骨折部位供血不足,加上因胫骨前方软组织较少,且胫骨上端包裹在膝关节囊内,患者容易出现骨折延迟愈合甚至不愈合等现象,增加感染发生风险,严重者可并发骨髓炎,延长病程,影响患者预后^[1-3]。本

研究旨在观察负压封闭引流(VSD)技术对胫腓骨开放性骨折术后创面感染的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2016 年 6 月~2019 年 6 月我院收治的 56 例胫腓骨开放性骨折术后出现创面感染的患者为研究对象,根据治疗方式分为对照组 26 例和观察组 30 例。对照组男 20 例,女 6 例;年龄 24~61 岁,平均年龄(42.77± 3.21)岁;受伤原因:车祸 17 例,重物砸伤 8 例,高空坠落 1 例;Gustilo 分型:Ⅱ型 19 例,Ⅲ型 7 例。观察组男 22 例,女 8 例;年龄 23~60 岁,平均年龄(42.85± 3.15)岁;受伤原因:车祸 18 例,重物砸伤 10 例,高空坠落 2 例;Gustilo 分型:Ⅱ型 20 例,Ⅲ型 10 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有对比性。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:骨折分型为Ⅱ型或Ⅲ型,均进行外固定支架或内固定治疗;术后骨折部位出现感染症状,有明显的渗液或脓液,伴有红肿热痛;患者知晓本研究并签署知情同意书。(2)排除标准:合并糖尿病者;骨质破坏较严重者;合并严重心、肝、肾等重要脏器病变者;有陈旧性骨折史者;有病理骨折病史者;伴有精神障碍者。

1.3 治疗方法 对照组给予抗感染、创面消毒等治疗,包括给予抗感染药物,创面每日消毒,每日更换无菌辅料。观察组给予 VSD 技术持续负压吸引治疗:首先彻底清除感染创面的坏死组织,根据创面大小修剪适宜的 VSD 敷料,全面覆盖创面,将封闭负压引流管与负压引流瓶相连接,接中央负压吸引装置,调节压力为 0.04~0.06 kPa 进行持续低负压吸引,注意保持引流的密闭性,避免漏气,每 3 天经引流管给予抗生素清洗,若引流液中未见脓性分泌物,且创面肉芽组织新鲜,必要时可进行二期手术缝合创面皮肤。

1.4 观察指标 (1)比较两组感染创面治疗 7 d 后的恢复情况:患者创面愈合,感染消失,上皮组织已彻底覆盖创面,为愈合;患者感染创面面积明显缩小,且缩小范围超过 50%,肉芽组织生长较好,为显效;患者感染创面仍有渗液,创面缩小不明显,为无效^[4]。总有效=愈合+显效。(2)通过酶联免疫吸附(ELISA)法检测两组治疗前及治疗 7 d 后的可溶性血管细胞黏附因子-1 水平。(3)随访 1 年,评估两组踝关节功能恢复情况。采用踝关节 Baird-Jackson 评分进行踝关节功能评估,分值与踝关节功能恢复情况呈正比。

1.5 统计学方法 将研究数据录入 SPSS20.0 统计

学软件中进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行配对 t 检验或独立样本 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组感染创面恢复情况比较 观察组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组感染创面恢复情况比较[例(%)]					
组别	n	愈合	显效	无效	总有效
对照组	26	13 (50.00)	6 (23.08)	7 (26.92)	19 (73.08)
观察组	30	21 (70.00)	8 (26.67)	1 (3.33)	29 (96.67)
χ^2					6.329
P					<0.05

2.2 两组可溶性血管细胞黏附因子-1 水平及 Baird-Jackson 评分比较 治疗前,两组可溶性血管细胞黏附因子-1 水平及 Baird-Jackson 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗 7 d 后可溶性血管细胞黏附因子-1 水平低于对照组,随访 1 年后 Baird-Jackson 评分高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组可溶性血管细胞黏附因子-1 水平及 Baird-Jackson 评分比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	Baird-Jackson 评分(分)		可溶性血管细胞黏附因子-1(pg/ml)		
		治疗前	随访 1 年后	治疗前	治疗 7 d 后	
对照组	26	41.54± 2.52	79.22± 2.15	9.27± 1.36	7.79± 1.14	
观察组	30	41.66± 2.67	89.30± 2.44	9.32± 1.22	4.95± 1.02	
t		0.206	19.603	0.173	11.741	
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	

3 讨论

交通伤、机械压砸伤等高能损伤的发生日益频繁,胫腓骨开放性、粉碎性骨折的发生率也逐渐提高。胫腓骨开放性骨折创面大,骨折断端血供受损严重,创面周围软组织损伤重甚至出现缺损,影响术后创面愈合效果,增加感染风险。术后感染发生后多呈现病程长、反复发作等特点,严重影响患者生活质量,临床治疗多以清除病灶、坏死组织、促进创面愈合为治疗目的^[5]。但是常规抗感染治疗很难在死腔组织中发挥作用,且需要多次更换敷料,加重患者痛苦,且治疗时间较长,可会导致患者出现抑郁、焦虑等负性情绪。

VSD 是一种新型引流技术,首先清除坏死组织以及异物,保证创面干净整洁,利用高塑性的医用泡沫材料作为辅料,将被引流区与外界进行隔绝,创建一个密封的环境,可有效帮助肉芽组织的生长,避免外部感染侵入,且维持环境内的负压,利于减轻毛细血管负荷,在一定程度上促进肉芽组织的生长。有研究指出,在缺氧环境中,创面组织细胞分裂较缓慢,而 VSD 技术可增加伤口毛细血管血流量,进而发挥

抑制细菌生长的作用,利于创面愈合^[6]。同时,VSD 引流管较常规引流管粗,可有效避免引流管堵塞,耐弯曲,保证引流过程畅通,且可延缓 $\text{I}\kappa\text{B}\alpha$ 钙磷化,降低创面水肿程度。另外,向引流管内灌注抗生素,抗生素直达腔内病灶,可有效提高感染控制率^[7]。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组,治疗 7 d 后可溶性血管细胞黏附因子 -1 水平低于对照组,随访 1 年后 Baird-Jackson 评分高于对照组 ($P<0.05$)。可溶性血管细胞黏附因子 -1 为血管内皮细胞炎性损伤的主要血清学指标^[8],结合本研究结果,提示 VSD 技术的应用对开放性骨折术后创面感染的治疗效果显著。综上所述,对胫腓骨开放性骨折术后创面感染患者应用 VSD 技术治疗,可有效促进创面愈合,提高总有效率,抑制炎症反应,促进关节功能的恢复,临床应用价值显著。

参考文献

[1]胡浩,曹开学,王景,等.负压封闭引流技术治疗胫腓骨骨折内固定术后感染 16 例疗效分析[J].临床急诊杂志,2015,16(6):451-453.

[2]吴然.庆大霉素持续灌洗与负压封闭引流术对胫腓骨骨折患者内固定术后抗感染的临床疗效评价[J].抗感染药学,2016,13(6):1343-1345.
[3]朱艳丽,俞翔英,夏晶晶,等.老年开放性胫腓骨骨折术后感染应用负压引流技术联合干预效果研究[J].中华医院感染学杂志,2018,28(17):2635-2637,2641.
[4]罗明华,杨华,吕志华,等.负压封闭引流对胫腓骨开放性骨折术后感染患者微循环和 Th1/Th2 的影响[J].中华医院感染学杂志,2020,30(14):2192-2196.
[5]董红,何杨,张平方,等.胫腓骨开放性骨折术后并发感染的病原菌分布、耐药性及影响因素分析[J].现代生物医学进展,2019,19(9):1743-1747,1781.
[6]易秋良,鄂兰秀.VSD 联合钢板内固定治疗下肢严重开放性粉碎性骨折的疗效及对创面组织感染的影响[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(S1):9-11.
[7]赵赞栋,秦妮,齐亮.VSD 负压引流联合有限固定对Ⅲ度开放性骨折患者感染控制的影响[J].海南医学,2019,30(18):2360-2363.
[8]张琼美,张秀军.血流变学指标及血清可溶性细胞间黏附分子 1、可溶性血管细胞黏附分子 1、胰岛素样生长因子、血小板衍生生长因子水平在骨折延迟愈合患者中的临床意义[J].中国医药导报,2013,10(27):43-45.

(收稿日期: 2020-08-21)

亮丙瑞林联合米非司酮对子宫内膜异位症患者血清性激素水平及子宫内膜厚度的影响

李红

(河南省淮滨县人民医院妇产科 淮滨 464400)

摘要:目的:研究亮丙瑞林联合米非司酮对子宫内膜异位症患者血清性激素水平及子宫内膜厚度的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的子宫内膜异位症患者 98 例为研究对象,依据不同治疗方式分为对照组和研究组,各 49 例。对照组给予亮丙瑞林治疗,研究组给予亮丙瑞林、米非司酮联合治疗。对比两组疗效以及治疗前后血清性激素(促黄体生成素、促卵泡生成素、雌二醇)水平、子宫内膜厚度。结果:研究组总有效率 97.96%(48/49)高于对照组的 83.67%(41/49),差异有统计学意义 ($P<0.05$);治疗后,研究组血清促卵泡生成素、雌二醇水平低于对照组,促黄体生成素高于对照组 ($P<0.05$);两组子宫内膜厚度均小于治疗前,且研究组小于对照组 ($P<0.05$)。结论:亮丙瑞林、米非司酮联合治疗子宫内膜异位症效果确切,可明显改善性激素水平和子宫内膜厚度。

关键词:子宫内膜异位症;亮丙瑞林;米非司酮

中图分类号:R711.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.041

子宫内膜异位症属于妇科临床常见良性疾病,临床表现为痛经、性交痛、不孕、月经不调等,其发病率呈逐年上升趋势,且多为 25~45 岁育龄期女性,患病率占育龄期女性 10%~15%^[1-2]。临床主要治疗方式为手术,但效果不显著,需辅以药物治疗以降低复发率,改善预后,而常用辅助药物包括达那唑、孕三烯酮、促性腺激素释放激素激动剂等。其中最为常用的是亮丙瑞林,属于促性腺激素释放激素激动剂的一种,具有高生物活性,可刺激垂体释放促性腺激素,加快生殖器合成类固醇速度,进而改善症状,但存在较多不良反应。本研究选取我院子宫内膜异

位症患者 98 例,旨在探讨亮丙瑞林、米非司酮联合治疗对血清性激素水及子宫内膜厚度的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的子宫内膜异位症患者 98 例为研究对象,依据不同治疗方式分为对照组和研究组,各 49 例。对照组年龄 26~45 岁,平均年龄 (35.51 ± 4.72) 岁;病程 2~6 年,平均病程 (4.13 ± 0.96) 年;病理类型:26 例巧克力囊肿,23 例子宫腺疾病。研究组年龄 26~46 岁,平均年龄 (35.97 ± 4.96) 岁;病程 2~7 年,平均病程