

可直接作用于内源性纤维蛋白溶解系统,裂解纤溶酶原为纤溶酶,降解纤维蛋白凝块,抑制血小板聚集;同时尿激酶不仅可以快速有效地溶解新形成的血栓,还能够起到预防血栓形成的作用^[9-10]。本研究采用间断小剂量给药方式可减少不良反应发生情况,增加溶栓治疗的安全性。两组治疗总有效率比较,未见明显差异,表明阿替普酶与间断小剂量尿激酶溶栓治疗效果相近。而观察组患者咳嗽、心跳过快、胸痛、呼吸困难症状消失时间短于对照组,动脉血氧分压水平高于对照组,动脉血二氧化碳分压水平低于对照组,表明间断小剂量尿激酶溶栓治疗可更快缩短老年急性中高危肺栓塞患者临床症状消失时间,且血气指标改善更加明显。

综上所述,老年急性中高危肺栓塞患者采用间断小剂量尿激酶或阿替普酶溶栓治疗的效果相似,但间断小剂量尿激酶治疗可缩短临床症状消失时间,且改善血气指标的效果更加明显。

参考文献

[1]叶自力.阿替普酶联合低分子肝素钠溶栓治疗老年急性次大面积

肺栓塞的疗效[J].现代诊断与治疗,2017,28(6):1114-1116.
 [2]王峰.中西医结合治疗肺栓塞疗效分析[J].实用中西医结合临床,2017,17(5):57-58.
 [3]李菲,唐笑先,师建强,等.不同类型急性肺栓塞临床相关因素分析及胸部继发改变的 CT 肺动脉成像特征[J].中华放射学杂志,2018,52(1):9-14.
 [4]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.656-657.
 [5]高伟波,石茂静,窦丽稳,等.110 例急性肺栓塞溶栓患者临床分析[J].中华急诊医学杂志,2020,29(3):398-403.
 [6]苏奕明,许太福,侯培勇,等.导管引导介入治疗急性中高危肺动脉栓塞临床研究[J].现代生物医学进展,2019,19(14):2787-2792.
 [7]陶俊,刘澄英.低分子肝素钙联合阿替普酶对老年次大面积急性肺栓塞的疗效及安全性研究[J].宁夏医科大学学报,2017,39(8):967-970.
 [8]徐刚,张含琼.阿替普酶对急性肺栓塞高危患者溶栓前后血浆 N 端 B 型尿钠肽前体水平的影响及疗效分析[J].血栓与止血,2017,23(4):558-561.
 [9]袁武锋,蒋雷,郑素洁.尿激酶溶栓治疗对下肢深静脉血栓合并急性肺栓塞患者凝血功能、D-二聚体、N-末端脑钠肽前体的影响[J].中华全科医学,2017,15(12):2068-2070,2105.
 [10]杜辛歌,倪吉祥,赵天明,等.间断小剂量尿激酶溶栓治疗老年急性中高危肺栓塞的疗效和安全性[J].临床内科杂志,2017,34(2):114-117.

(收稿日期: 2021-03-20)

Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定对老年肱骨近端骨折患者术后康复效果的影响

左磊 刘强

(南阳医学高等专科学校第一附属医院骨科一病区 河南南阳 473058)

摘要:目的:探讨 Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定对老年肱骨近端骨折患者术后康复效果的影响。方法:选择 2017 年 1 月~2020 年 6 月治疗的 100 例老年肱骨近端骨折患者,按随机数字表法分为髓内钉组及钢板组,各 50 例。髓内钉组采用 Multiloc 髓内钉治疗,钢板组采用锁定钢板内固定治疗。比较两组手术情况、骨折愈合时间、肩关节功能及并发症。结果:髓内钉组手术时间、骨折愈合时间短于钢板组,术中出血量、疼痛评分低于钢板组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组 Constant-Murley 肩关节评分及并发症总发生率对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:对老年肱骨近端骨折患者采用 Multiloc 髓内钉或锁定钢板内固定治疗的效果相当,患者肩关节功能恢复好、并发症少,但 Multiloc 髓内钉治疗损伤小、疼痛轻,更有利于骨折愈合。

关键词:老年肱骨近端骨折;Multiloc 髓内钉;锁定钢板;肩关节功能;疼痛程度

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.056

肱骨近端骨折(PHF)好发于中老年人群,多与患者反应能力下降、骨质疏松等有关。目前不稳定 PHF 患者多采用手术治疗,可达到解剖复位、稳定固定的效果,患者术后能够早期活动^[1]。PHF 手术方法较多,主要包括髓内钉固定、解剖钢板固定及经皮克氏针固定等,其中 Multiloc 髓内钉及肱骨近端锁定钢板(Philos 钢板)应用较多^[2-3]。但受到患者骨折类型、骨质条件及基础状况等影响,临床上针对老年 PHF 患者采取何种术式治疗尚未形成统一标准。鉴于此,本研究探讨 Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固

定对老年 PHF 患者术后康复效果的影响,以寻求一种更为安全有效的术式。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究获医院医学伦理委员会批准。选择 2017 年 1 月~2020 年 6 月于我院治疗的 100 例老年 PHF 患者,按随机数字表法分为髓内钉组及钢板组,各 50 例。髓内钉组男 28 例,女 22 例;年龄 60~78 岁,平均年龄(69.08±1.97)岁;Neer 分型:二部分骨折 18 例,三部分骨折 17 例,四部分骨折 15 例。钢板组男 26 例,女 24 例;年龄 60~79 岁,

平均年龄(69.11±2.02)岁;Neer 分型:二部分骨折 20 例,三部分骨折 17 例,四部分骨折 13 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:均经影像学检查证实 PHF;年龄≥60 岁;患者签署知情同意书;具有手术治疗适应证。(2)排除标准:合并颈椎病;病理性或开放性骨折;存在肩关节手术史;患有精神疾病。

1.3 手术方法

1.3.1 髓内钉组 采用 Multiloc 髓内钉治疗。垫高患者肩后方,取沙滩椅体位,采用全麻,取肩前外侧切口,自肩峰纵行切开向下约 3 cm,逐层切开,探查肩袖联合腱,将肩袖肌腱止点侧纵行劈开,复位骨折;进针点取于结节间沟后方肱骨头及大结节交界部位,扩开肱骨头,将 Multiloc 髓内钉置入,于 C 臂机下确认复位效果及主钉位置;随后将远端及近端锁定螺钉置入,对肱骨近端内侧柱粉碎进行处理,采用“钉中钉”对患者大小结节骨块分离进行强化固定,置入尾帽,对肩袖进行缝合,放置引流管,缝合切口。

1.3.2 钢板组 采用锁定钢板内固定治疗。体位及麻醉方法同上,取三角肌胸大肌入路,将头静脉及肱骨近端显露,对肩袖是否完整进行检查,肩袖骨折块采用缝线固定牵引以辅助复位;于 C 臂机下证实复位效果后,通过克氏针临时固定,向结节间沟后缘 1 cm、肱骨大结节下 0.5 cm 置入 Philos 钢板,若患者内侧皮质缺损或为内翻型骨折,通过肱骨距螺钉固定,肩袖骨折块采用钢板缝线孔通过 2#Ethibon 线固定;再次透视确认复位效果,放置引流管,关闭切口。

1.4 评价指标 (1)手术情况:手术时间、术中出血量及视觉模拟评分法(VAS)评分(术后 24 h 时采用 VAS 评分法^[4]评估,评分范围 0~10 分,评分越高则疼痛越剧烈)。(2)统计两组骨折愈合时间。(3)肩关节功能:术后 6 个月时采用 Constant-Murley 肩关节评分^[5]标准评估,主要包括肩关节活动度、功能活动、肌力及疼痛等方面,满分 100 分,评分越高则肩关节功能恢复越好。(4)并发症:肩关节僵硬、切口感染、肱骨头部分坏死等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件分析数据,计数资料以%表示,用 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验。以 $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组手术情况对比 髓内钉组手术时间短于钢板组,术中出血量及 VAS 评分低于钢板组,差异

有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	VAS 评分(分)
钢板组	50	149.72±25.09	275.41±53.68	3.25±1.01
髓内钉组	50	126.74±21.32	159.83±30.09	2.19±0.73
t		4.935	13.281	6.015
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组骨折愈合时间及肩关节功能对比 髓内钉组骨折愈合时间短于钢板组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组 Constant-Murley 肩关节评分对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组骨折愈合时间及肩关节功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时间(周)	Constant-Murley 肩关节评分(分)
钢板组	50	14.89±3.16	72.68±6.32
髓内钉组	50	11.23±2.71	73.84±5.97
t		6.217	0.944
P		0.000	0.348

2.3 两组并发症发生情况对比 髓内钉组并发症发生率为 6.00%(肩关节僵硬 3 例),与钢板组的 10.00%(肱骨头部分坏死 4 例,切口感染 1 例)对比,差异无统计学意义($\chi^2=0.136, P=0.461$)。

3 讨论

PHF 属于关节内骨折,患者多伴有肩关节及肘关节功能障碍,对患者日常生活影响较大。非手术疗法用于微小移位或无移位的 PHF 治疗中效果良好,但用于明显移位 PHF 患者治疗中会导致畸形愈合或骨折不愈合,故临床上建议针对明显移位的 PHF 患者应接受手术治疗。近年来锁定钢板及髓内钉应用于临床资料,提高了 PHF 治疗效果,已成为临床上常用的两种内固定方式^[6]。

与传统钢板相比,Philos 锁定钢板能够提供良好的稳定性,其抗内翻应力及扭力稳定性方面效果更佳^[7]。但由于 Philos 锁定钢板属于髓外偏心固定,针对复位不良或内侧皮质粉碎患者,术后会出现螺钉切割、穿出及内翻畸形等并发症^[8]。Multiloc 髓内钉为直形锁定髓内钉,属于中心型髓内固定,生物力学稳定性更佳,抗扭转及抗弯曲能力较强,能够减轻对肩袖的损伤,应用肱骨距螺钉能够重建肱骨头内侧、近端内侧柱稳定性,减少内翻畸形发生风险^[9]。同时 Multiloc 髓内钉无须过多剥离组织,切口较小,能够对骨折端及肱骨头血运进行保护,促进患者术后尽快恢复^[10]。本研究分析 Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定对老年 PHF 患者术后康复效果的影响,结果显示,髓内钉组手术及骨折愈合时间短于钢板组,术中出血量及 VAS 评分低于钢板组;两组 Constant-Murley 评分及并发症总发生率对比相近。

可见老年 PHF 患者采用 Multiloc 髓内钉或锁定钢板内固定治疗均能够达到治疗目的,临床应用安全可靠,有利于恢复患者肩关节功能,但 Multiloc 髓内钉在减轻损伤及术后疼痛方面优于锁定钢板,能够加快骨折愈合。

综上所述, Multiloc 髓内钉与锁定钢板内固定治疗老年 PHF 效果相当, 但 Multiloc 髓内钉损伤小、骨折愈合快速,可作为治疗老年 PHF 的优选术式。

参考文献

[1]李一平,向明,杨国勇,等.内翻型肱骨近端骨折的治疗:锁定钢板与髓内钉的临床效果[J].中国运动医学杂志,2018,37(11):945-950.

[2]吴京亮,魏志凌,魏更生,等.Multiloc 髓内钉内固定治疗 Neer 二部分肱骨外科颈骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(7):755-756.

[3]封挺,李军,陈梓峰,等.MultiLoc 髓内钉与 PHILOS 钢板治疗肱骨近端骨折的疗效对比研究[J].创伤外科杂志,2020,22(7):513-516.

[4]李增彪.肱骨近端锁定加压钢板置入内固定对肱骨近端骨折患者术后疼痛视觉模拟评分及肩关节功能的影响[J].中国药物与临床,2020,20(18):3076-3078.

[5]赵洪斌,宋洋,黄明光,等.锁定钢板治疗不同 Neer 分型肱骨近端骨折的疗效及生物力学恢复情况的评价[J].中国全科医学,2019,22(32):3985-3989.

[6]邹义源,向明,陈杭,等.Neer 二部分肱骨外科颈骨折微创治疗:Phlios 钢板与 Multiloc 髓内钉对比[J].中国组织工程研究,2018,22(19):2981-2987.

[7]李刚,魏万富,刘欣,等.髓内钉与锁定钢板治疗老年肱骨近端骨折疗效比较[J].中华医学杂志,2020,100(41):3240-3245.

[8]许猛子,周君琳,宋华伟,等.Multiloc 髓内钉与 Philos 锁定钢板治疗肱骨近端骨折疗效对比研究[J].国际外科学杂志,2018,45(3):168-172.

[9]闫晨晨,刘国辉,熊元,等.Multiloc 髓内钉与弯型髓内钉治疗老年复杂肱骨近端骨折疗效比较[J].中国骨与关节杂志,2019,8(11):804-810.

[10]张伟,逸弘,崔胜宇,等.Multiloc 髓内钉内固定治疗 Neer 二、三部分肱骨近端骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(7):693-696.

(收稿日期: 2021-02-23)

经后路半椎体切除术与单纯椎管减压术治疗退行性脊柱侧弯的疗效比较

艾军

(河南省济源市第二人民医院骨科 济源 459000)

摘要:目的:对比分析经后路半椎体切除术与单纯椎管减压术治疗退行性脊柱侧弯的临床疗效。方法:选取 2016 年 5 月~2020 年 12 月收治的退行性脊柱侧弯患者 82 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 41 例。对照组行单纯椎管减压术治疗,观察组行经后路半椎体切除术治疗,对比两组手术时间、术中出血量、住院时间,治疗前后腰背部功能障碍指数评分、腰椎前凸角、侧凸 Cobb 角。结果:观察组手术时间与住院时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后腰背部功能障碍指数评分与侧凸 Cobb 角低于对照组,腰椎前凸角高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:经后路半椎体切除术治疗退行性脊柱侧弯的临床疗效优于单纯椎管减压术,能有效提高腰背部功能,改善腰椎前凸角与侧凸 Cobb 角。

关键词:退行性脊柱侧弯;经后路半椎体切除术;单纯椎管减压术;腰椎功能

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.057

退行性脊柱侧弯是指患者在无脊柱侧弯病史的情况下因脊柱退行性改变而出现的脊柱侧弯,常发于腰段与胸腰段,典型临床表现为腰椎间盘、椎间小关节等部位发生严重退行性病变或椎体侧弯,病情严重时可导致脊柱失衡等症状^[1-2]。临床常通过手术治疗,其中单纯椎管减压术应用较为广泛,但矫形效果一般,而经后路半椎体切除术则有较好的矫形效果。本研究分析经后路半椎体切除术与单纯椎管减压术治疗退行性脊柱侧弯的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月~2020 年 12 月于我院接受治疗的退行性脊柱侧弯患者 82 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 41 例。观察组男 24 例,女 17 例;年龄 50~70 岁,平均(60.22±8.26)岁;脊柱旋转畸形:0 度 8 例, I 度 12 例, II 度

21 例。对照组男 23 例,女 18 例;年龄 51~69 岁,平均(60.41±8.13)岁;脊柱旋转畸形:0 度 9 例, I 度 12 例, II 度 20 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:根据《脊柱退变与畸形》^[3]中相关标准,并经正侧位 X 线、CT 等检查确诊;自愿签署知情同意书。(2)排除标准:存在手术禁忌证;合并心、肝、肾等重要器官疾病;患严重躯体疾病。

1.3 治疗方法 对照组行单纯椎管减压术,术中取俯卧位,行硬膜外麻醉,保持腹部与腰部后凸悬空,于棘突上后部正中纵行切口,单节段切口大约 4 cm,双节段 5 cm,将受压神经充分松解,若患者为广泛中央型椎管狭窄,则行一侧一半椎板减压,尽可能保留侧方关节突,切除椎板深面骨质及黄韧带。观察组行经后路半椎体切除术,术中气管插管,行全身麻