

骨科损伤控制在不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗中的应用效果探讨

马 平

贺州广济医院 广西贺州 542800

【摘要】目的 探讨骨科损伤控制在不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗中的应用效果。**方法** 选取我院2019年05月至2020年05月收治的不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折患者68例,以随机数字表法分为两组,常规组采取常规治疗手段,干预组采取骨科损伤控制治疗手段,比较两组入院至手术时间、术后骨折愈合时间、手术复位优良率、术后并发症发生情况。**结果** 干预组入院至手术时间、术后骨折愈合时间短于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预组手术复位优良率高于常规组、并发症发生率低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗方案中,选取骨科损伤控制治疗法,能够提高手术治疗效率、手术复位优良率,促进骨折早期愈合,减少术后并发症影响,治疗效果显著。

【关键词】 骨折损伤控制; 不稳定骨盆骨折; 四肢多发骨折; 手术复位

【中图分类号】 R683.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 12-023-02

不稳定骨盆骨折指骨盆前环与后环联合损伤并发生移位,常见合并四肢多发骨折或脏器损伤,骨折造成的病情较严重,影响患者术后恢复^[1]。临床治疗方案以骨折损伤控制展开治疗,能够以控制出血、稳定生命体征、分期治疗的方式减轻手术创伤对患者的影响,且能够更适应患者生理耐受度,减少术后多种并发症发生^[2]。为评估骨折损伤控制的应用效果,以我院2019年05月至2020年05月收治的不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折患者68例为研究对象,展开分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2019年05月至2020年05月收治的不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折患者68例。纳入标准:符合手术适应证;经CT或X线检查,确诊为骨盆骨折、四肢多发骨折;了解手术方案,签署同意书。排除标准:合并严重器质性损伤,如急性肾功能障碍;合并血液系统疾病,如凝血功能障碍;合并精神疾病;术后不配合随访调查。本研究经医院伦理委员会批准通过。将68例患者以随机数字表法分为两组,常规组34例中,男20例,女14例,年龄28~74岁,平均 (48.82 ± 12.80) 岁,入院时ISS评分8~56分,平均 (28.83 ± 12.20) 分。致伤原因:交通事故18例、坠落伤7例、击打伤9例。合并症:出血性休克6例、坐骨神经损伤2例、脑损伤5例。干预组34例中,男19例,女15例,年龄29~77岁,平均 (48.86 ± 12.77) 岁,入院时ISS评分8~58分,平均 (28.79 ± 12.23) 分。致伤原因:交通事故16例、坠落伤8例、击打伤10例。合并症:出血性休克5例、坐骨神经损伤1例、脑损伤7例。两组一般资料无显著差异。

1.2 方法

常规组采取常规治疗手段,入院后建立静脉通道,实施输血、抗感染治疗,根据患者病情进行抗休克治疗、手术复位、牵引治疗。

干预组采取骨科损伤控制治疗手段,入院后立即建立静脉通道,失血过多、昏迷的患者及时进行输血,进行抗休克治疗,监测生命体征。在治疗方案上分三阶段:第一阶段:控制出血。根据患者骨折类型、出血情况确定止血方案,如骨盆带固定止血、耻骨联合上膀胱造口止血等。止血控制过程观察骨折变化,以外固定支架固定骨折部位;第二阶段:

ICU复苏治疗。进行体温控制、呼吸支持,监测血循环、凝血机制恢复情况,纠正酸代谢中毒^[3]。促进患者机体各指标恢复正常;第三阶段:分期手术。根据患者机体各指标恢复效果观察,待体征基本稳定后,展开手术,首先进行四肢骨折内固定术,根据有无合并骨折确定是否进行钢板重建,术后观察4d,无特殊情况展开骨盆骨折内固定术,需在钢板内固定同时复位处理骶髂关节脱节^[4]。

1.3 观察指标

比较两组入院至手术时间、术后骨折愈合时间、手术复位优良率、术后并发症发生情况。其中,手术复位优良率=优率+良率。评价标准^[5]如下:优:骨折移位 $< 4\text{mm}$;良:骨折移位 $4 \sim 20\text{mm}$;差:骨折移位 $> 20\text{mm}$ 。以X线检查观察移位距离。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS24.0进行数据分析与统计处理,计量资料行t检验,计数资料行 χ^2 检验,统计学有意义表示为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组入院至手术时间、术后骨折愈合时间比较

干预组入院至手术时间、术后骨折愈合时间短于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1: 两组入院至手术时间、术后骨折愈合时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	入院至手术时间 (min)	术后骨折愈合时间(w)
干预组(n=34)	15.20 $\pm$ 3.23	12.73 $\pm$ 2.12
常规组(n=34)	24.30 $\pm$ 4.20	16.23 $\pm$ 2.40
t	10.015	6.373
P	< 0.05	< 0.05

2.2 两组手术复位优良率比较

干预组手术复位优良率高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2: 两组手术复位优良率比较 [n (%)]

组别	优	良	差	优良率
干预组(n=34)	23 (67.65)	10 (29.41)	1 (2.94)	33 (97.06)
常规组(n=34)	13 (38.24)	15 (44.12)	6 (17.65)	28 (82.35)
t	-	-	-	3.981
P	-	-	-	< 0.05

2.3 两组术后并发症发生率比较

< 0.05)。见表3。

干预组并发症发生率低于常规组, 差异有统计学意义 (P

表3: 两组术后并发症发生率比较 [n (%)]

组别	尿道损伤	皮下软组织感染	急性呼吸综合征	坐骨神经拉伤	静脉栓塞	发生率
干预组 (n=34)	1 (2.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.94)	0 (0.00)	2 (5.88)
常规组 (n=34)	0 (0.00)	3 (8.82)	1 (2.94)	3 (8.82)	1 (2.94)	8 (23.53)
t	-	-	-	-	-	4.221
P	-	-	-	-	-	< 0.05

3 分析与讨论

不稳定骨盆骨折多合并四肢多发骨折, 也容易造成脏器损伤, 对患者形成的创伤较严重, 临床常见创伤后缺血性休克的患者。由于患者机体损伤较严重、生理耐受较低, 常规治疗手段往往难以达到较好的效果, 而骨折损伤控制治疗法通过分期治疗的方式, 较好地改善了这一不足^[6]。本次研究指出, 在骨折损伤控制治疗中, 手术效率更高, 术后骨折恢复加快, 且手术复位优良率更高, 并发症更少。骨折损伤控制治疗中, 通过入院后及时建立静脉通道, 控制出血来预防缺血性休克, 后以ICU复苏治疗稳定患者生命体征, 减少内环境紊乱, 提高患者生理耐受度, 也较有效的预防多种并发症发生。而后才展开手术治疗, 治疗中通过分期治疗, 先进行四肢骨折内固定治疗, 后进行骨盆骨折治疗, 更好的提高了手术复位效果, 更有利于促进术后恢复。

总的来说, 不稳定盆骨骨折合并四肢多发骨折患者的临床治疗方案中, 选择骨科损伤治疗能够有效提高复位效果, 缩短骨折愈合时间, 手术效率高, 并发症影响小, 治疗价值显著。

参考文献:

- [1] 龚泽胜. 对不稳定盆骨骨折合并四肢多发骨折患者进行骨科损伤控制的治疗效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(01):49-50.
- [2] 叶健平. 骨科损伤控制理念在不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(01):137-138.
- [3] 李艳超, 刘勇, 黄波. 损伤控制对不稳定骨盆骨折并四肢骨折患者凝血功能影响及疗效分析[J]. 中国骨伤, 2017, 30(03):198-201.
- [4] 杜保印, 刘丽. 骨科损伤控制运用于不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗价值评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(18):3447+3450.
- [5] 王善安, 戚世鹏, 白洋, 张德兵, 杨友刚. 骨科损伤控制在不稳定骨盆骨折合并四肢多发骨折治疗中的应用分析[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16(04):149-151.
- [6] 韩成相, 黄叶建. 损伤控制性手术在多发骨折为主的严重多发伤中的应用[J]. 当代医学, 2019, 25(20):152-153.

(上接第21页)

另外, 在真菌性外耳道炎的诊断中使用耳内镜检查能够有效地提高诊断准确率。同时将其应用到疾病的治疗中能够将真菌准确夹出, 并且能够取出距离鼓膜较近或紧贴鼓膜的分泌物, 此外耳内镜具有可视性的特点, 在清理的过程中能够保证动作的轻柔度, 在药物涂抹时能够准确地找到病变位置。本研究中对观察组采用耳内镜下针对性治疗方法, 结果显示, 本组治疗效果高于常规治疗的对照组, 差异显著有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 耳内镜下治疗真菌性外耳道炎, 能够有效地改善患者的症状, 对临床治疗效果的提升有着积极作用, 可

在临床中推广应用。

参考文献:

- [1] 周本益, 周伟, 陈斌. 耳内镜下治疗真菌性外耳道炎的临床分析[J]. 医学信息:2014, 6(27):538.
- [2] 李正贤江文刘阳云陈旭辉[2], 陈琼[1], 毛坤华[1]. 派瑞松联合耳内镜清理冲洗治疗真菌性外耳道炎的临床研究[J]. 临床军医杂志, 2013, 2(41):176, 179.
- [3] 王晓宇, 孔德杰, 张志德. 派瑞松软膏不同给药方式对真菌性外耳道炎疗效及血清炎性因子的影响[J]. 中国合理用药探索, 2019(16):149-151, 154.

(上接第22页)

颌系统的美观、稳定以及平衡。目前, 主要有无托槽隐形矫治器与固定矫治器来对口腔进行正畸, 二者的治疗效果以及效果评分之间均有较大差异^[4]。

在本次研究中, 探究组患者的治疗有效率为97.14%, 参照组为73.53%, 探究组明显较高, $P < 0.05$; 探究组患者的语言功能 (8.15 ± 2.23)、咀嚼功能 (8.29 ± 2.41)、方便程度 (9.16 ± 1.24)、舒适美观程度 (8.94 ± 1.08) 相比于参照组 (6.43 ± 1.08)、(6.51 ± 1.13)、(6.63 ± 1.72)、(6.38 ± 1.06), 明显较高, $P < 0.05$ 。主要因为无托槽隐形矫治器可以由患者自己佩戴和摘取, 例如患者在进食和刷牙时可以将其取下, 操作较为方便, 安全性较强; 没有托槽和弓丝, 避免刮伤患者, 患者的舒适度得到提高; 无托槽隐形矫治器为透明材质, 较为美观, 不会影响患者的外观形象,

患者的满意度较高。

综上所述, 给予口腔正畸的患者无托槽隐形矫治器效果较好, 治疗总效率高, 并且患者对于语言功能、咀嚼功能、方便程度以及舒适美观程度都较为满意, 应用价值高。

参考文献:

- [1] 张雯妹. 无托槽隐形矫治器与固定矫治器在口腔正畸治疗中的效果比较[J]. 中国医药指南, 2018, 16(34):90.
- [2] 孙舒寒, 朱凤节. 无托槽隐形矫治器与固定矫治器在口腔正畸治疗中的应用效果比较[J]. 中国民康医学, 2018, 30(21):68-69.
- [3] 邹毅军. 研究比较无托槽隐形矫治器与固定矫治器在口腔正畸治疗中的效果[J]. 中国社区医师, 2018, 34(21):15-16.
- [4] 熊剑. 无托槽隐形矫治器与固定矫治器在口腔正畸治疗中的效果对比观察[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(12):108-109.