

探讨富血小板血浆局部注射联合血小板凝胶治疗术后难愈合创面的疗效及并发症发生情况

文恩云

云南省镇雄县中屯卫生院外科 657214

〔摘要〕目的 评价富血小板血浆 (PRP) 局部注射联合血小板凝胶 (APG) 治疗术后难愈合创面的疗效及并发症发生情况。方法 选择 2019 年 1 月 ~ 2022 年 5 月我院术后难愈合创面患者 74 例按照随机法分组, 对照组行常规治疗, 观察组行 PRP 联合 APG 治疗, 每组各 37 例, 对比各组治疗效果和并发症情况。结果 相较于对照组, 观察组患者的治疗总有效率显著更高, 其并发症发生率明显更低, 差异有统计意义 ($P < 0.05$); 治疗前各指标差异不大, 治疗后观察组患者的红细胞沉降率、白细胞和 C 反应蛋白水平均比对照组低, 统计结果 $P < 0.05$ 。结论 针对术后难愈合创面的治疗选择 PRP 联合 APG 的根治效果好, 术后出现的并发症概率低, 治疗安全性高, 值得临床采纳。

〔关键词〕富血小板血浆局部注射; 血小板凝胶; 难愈合创面; 疗效; 并发症

〔中图分类号〕R457.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 09-031-02

难愈合创面一般由临床外科手术造成, 具体表现为术后正规治疗 8 周以上仍未愈合或愈合迟缓的创面, 其发病机制复杂, 病因多样化, 而且病程长, 感染风险高, 治愈难度大, 故被称为手术疑难杂症。针对难愈合创面一般采取常规治疗, 如控制血糖、局部溃疡护理、创面清洁、清理坏死组织和皮瓣移植等, 这些方式疗程长, 创伤大, 整体恢复效果不理想, 还需进一步探求更先进、成熟的治疗方法来解决创面修复问题^[1]。鉴于此, 对纳入的 74 例难愈合创面患者展开探究, 分析 PRP 联合 APG 的根治效果和作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月 ~ 2022 年 5 月我院术后难愈合创面患者展开研究, 挑选出 74 例以随机法分组, 对照组 37 例, 男女比例 20:17, 年龄 22 ~ 78 岁, 平均 (50.33 ± 4.24) 岁, BMI 指数 18 ~ 29 kg/m², 平均 (23.52 ± 1.44) kg/m²; 观察组 37 例, 男女比例 21:16, 年龄 22 ~ 79 岁, 平均 (50.69 ± 4.31) 岁, BMI 指数 19 ~ 29 kg/m², 平均 (23.66 ± 1.51) kg/m²。以上基线资料的差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

纳入标准: 术后创口 >30 天未愈合; 年龄 >40 岁; 近期未自行使用相关药物; 知情并自愿同意参与。排除标准: 合并药物过敏体质; 合并凝血功能障碍、血液病; 传染病史; 精神疾病史; 配合依从性较差者; 认知、交流障碍。

1.2 方法

对照组行常规治疗, 入院后常规遵医嘱服用降脂、降糖药、抗生素和抗血小板聚集药物, 反复对创面进行清洗、消毒, 清理坏死组织, 用凡士林纱布包扎创口, 及时换药。观察组接受 PRP 联合 APG 治疗, PRP 的制备: 首先采集患者 30ml 外周静脉血, 以 3000r/min 速度离心处理 5min 后, 取下层血浆即可, 将血浆注射到局部创面。另外按照 10:1 的比例在 PRP 中加入钙-凝血酶剂, 将配制好的凝胶均匀涂抹在创面, 取一次性无菌纱布覆盖创面包扎。两组均坚持每三天换药一次, 持续治疗四次后观察创面。

1.3 观察指标

治疗后的创面相比原创面愈合面积 >80%, 无感染、出血

发生为显效; 创面愈合面积 >50%, 还需继续用药处理为有效; 病情加重, 创面愈合面积不足 30%, 甚至发生感染、红肿、溃烂现象为无效; 记录术后治疗期间出现瘙痒、全身过敏反应和发热等发生情况; 检测对比两组红肿治疗前后的白细胞 (WBC)、红细胞沉降率 (ESR) 和 C 反应蛋白 (CRP) 水平。

1.4 统计学方法

处理数据用软件 SPSS23.0 统计, 计数资料用率 (%), 检验用 χ^2 , 计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$, 行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 疗效对比

观察组患者取得的总有效率比对照组高, 统计差异 $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 疗效对比 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	37	28	8	1	36 (97.29)
对照组	37	24	6	7	30 (81.08)
χ^2	-	-	-	-	5.046
P	-	-	-	-	0.025

2.2 并发症对比

与对照组比较, 观察组患者的并发症发生率更低, 统计结果 $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 并发症对比 (n, %)

组别	例数	瘙痒	全身过敏反应	发热	并发症概率
观察组	37	1	0	1	2 (5.41)
对照组	37	3	2	3	8 (21.62)
χ^2	-	-	-	-	4.163
P	-	-	-	-	0.041

2.3 恢复指标比较

两组治疗前的差异 $P > 0.05$, 治疗后观察组患者的各项恢复指标均低于对照组, 组间差异有意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

3 讨论

难愈合创面的临床常见类型有动静脉溃疡、烧伤创面、骨折术后创面、压力性溃疡及糖尿病合并创面等, 此创面迁

延不愈,易发生细菌感染,进而形成细菌生物膜,不仅会增加根治难度和复发率,还会对患者的健康危害极大^[2]。

PRP 的主要成分是血小板,是一种浓缩物,当血小板被激活后会转变成纤维蛋白,同时释放大生长因子能发挥促进创口愈合和修复软组织的作用,还能有效调节机体炎症状态,减轻感染反应,而 APG 是将 PRP 和激活剂混合配制,其作用是促进血管再生、加速创口愈合和预防感染等,联合治疗能有效封闭创面进行对症治疗,抑制微生物病原体,释放更多抗菌活性物质,促使其创面良好恢复^[3-4]。研究显示,观察组的治疗效果、恢复情况优于对照组,其并发症率比对照组低。

综合上述,选择 APG 联合 PRP 治疗难愈合创面不仅能消除机体炎症,还能达到良好康复效果,值得临床借鉴。

[参考文献]

表 3 恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	ESR(mm/h)		WBC($\times 10^9/L$)		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	52.22 $\pm$ 8.22	22.15 $\pm$ 3.01	11.66 $\pm$ 3.07	7.01 $\pm$ 1.18	5.88 $\pm$ 1.42	1.77 $\pm$ 0.24
对照组	37	52.61 $\pm$ 8.33	31.74 $\pm$ 5.01	11.49 $\pm$ 3.23	8.46 $\pm$ 2.92	5.61 $\pm$ 1.39	2.55 $\pm$ 0.57
t	-	0.203	9.981	0.232	2.801	0.827	7.671
P	-	0.939	0.000	0.817	0.006	0.411	0.000

(上接第 29 页)

如表 3 所示,楔切组与全切组的术后并发症总发生率间有显著差异, $P < 0.05$, 有统计学意义。

3 讨论

子宫良性病变是妇科临床上比较多见的一类子宫疾病,最为典型的即为子宫肌瘤,其发病率约占整个妇科疾病的 1/4^[3]。手术治疗是对其最为直接有效的临床治疗方法,其中经腹全子宫切除术是传统的常用手术方法,它的临床效果较佳,手术视野清晰,且操作简便、方便掌握。但它的手术切口较大,术后恢复较慢,容易诱发术后并发症,在临床应用上存在一定的限制^[4]。经腹子宫楔形切除术,也叫次全子宫切除术、峡间子宫切除术等,相较于全子宫切除术,它的手术创伤小、手术时间短,且能够比较完整的保留卵巢功能,改善其部位的血液循环,确保术后恢复效果及生活质量^[5]。

本次研究表明,应用经腹子宫楔形切除术治疗的患者,其各项术中及术后临床指标同经腹全子宫切除术患者相比明显偏少,且临床总有效率达到了 94.34%,并发症发生率仅为

[1] 李泰然,陶凯,陈胜,等.自体富血小板血浆凝胶促进慢性难愈合创面愈合的相关机制[J].解剖科学进展,2020,26(6):641-644.

[2] 刘广亚,许育兵,陈莉,等.富血小板血浆局部注射联合血小板凝胶治疗术后难愈合创面的临床效果[J].中国输血杂志,2020,33(6):579-582.

[3] 刘鸿雁,黄文炼,李竺憬,等.同种异体富血小板血浆凝胶治疗慢性难愈合创面的疗效分析[J].中国美容整形外科杂志,2021,32(12):741-744,755.

[4] 陈真富,庞婷婷,高利霞,等.探讨富血小板血浆局部注射联合血小板凝胶治疗术后难愈合创面的疗效[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(2):162-164.

3.77%。对比差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

这就表明,相较于经腹全子宫切除术,经腹子宫楔形切除术在手术时间、手术创伤、术后恢复以及临床效果等方面均有明显优势,应当予以临床上的广泛应用和推广。

[参考文献]

[1] 张国红,杨文芳.腹腔镜下全子宫切除术与经腹全子宫切除术的临床效果[J].当代医学,2020,26(11):44-46.

[2] 丁建梅.经腹次全子宫切除术对子宫肌瘤患者卵巢功能及并发症的影响[J].临床医学工程,2022,27(03):329-330.

[3] 姜娟,张雪媛.经腹全子宫切除与腹腔镜下全子宫切除术临床应用对比研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,19(A4):101-102.

[4] 陈银杰,江怡.腹腔镜及经腹全子宫切除术应用于子宫良性病变疾病中效果[J].浙江创伤外科,2022,24(05):907-908.

[5] 赵美珠.比较腹腔镜下全子宫切除术与经腹全子宫切除术的治疗效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(23):103+105.

表 3 两组的术后并发症对比 [n, %]

组别	例数	伤口感染	发热	肩背酸痛	总发生率
全切组	53	2 (3.77)	1 (1.89)	3 (5.66)	6 (11.32)
楔切组	53	1 (1.89)	0 (0.00)	1 (1.89)	2 (3.77)
χ^2 值	—	1.9051	3.0314	1.8345	4.6362
P 值	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

(上接第 30 页)

住院时间,术中出血量低,保护了患者的颈部皮肤^[4]。

综上所述,腔镜下手术治疗甲状腺良性肿瘤更易被患者所接受,患者的康复效率高,并发症较少,且对患者的个人形象没有影响,不会出现颈部瘢痕,在临床上具有重要的研究价值。

[参考文献]

[1] 崔云,江晓斌,杜永基.甲状腺良性肿瘤运用峡部入路与上外侧入路改良 Miccoli 手术治疗的效果对比[J].黑龙江

中医药,2020,309(01):37-38.

[2] 何德,周兴舰.小切口甲状腺手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床效果[J].中国当代医药,2021,027(009):50-52,56.

[3] 崔广军.经胸壁入路腔镜下甲状腺肿瘤切除术在良性甲状腺肿瘤患者中的应用效果[J].长治医学院学报,2022,34(4):267-270.

[4] 赵北永,宋晓丹,关华鹤.两种腹腔镜手术方案治疗甲状腺良性肿瘤的对比分析[J].腹腔镜外科杂志,2022(2):90-93.