

- (5) 何涛, 崔洁. 老年女性腹腔镜术后 Trocar 部位疝 12 例临床分析 (J). 海南医学, 2017, 28(4): 650-651.
- (6) 林维凯, 郑文武, 黄泽文. 腹腔镜全腹膜外补片植入术中采用疝囊横断技术在老年腹股沟疝中治疗效果 (J). 医学理论与实践, 2017, 30(19): 2887-2888.
- (7) 张校阳, 雷霆. 比较腹腔镜微创术式与 Lichtenstein 修补术治疗老年复发性腹股沟疝的临床疗效 (J). 航空航天医学杂志, 2017, 28(7): 835-836.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0148-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.071

## 微创技术在骨折患者治疗中的应用效果

顾运福

(许昌仁和骨伤医院, 河南 许昌 461000)

〔摘要〕 **目的:** 分析微创技术在骨折患者治疗中的实践应用价值。**方法:** 将许昌仁和骨伤医院 2017 年 9 月至 2018 年 9 月收治的骨折患者 108 例随机进行分组, 观察组 54 例、对照组 54 例。对照组行传统的常规切开复位内固定术治疗, 观察组采用微创技术行有限切开复位内固定术治疗, 观察和记录手术的基本情况、疗效以及并发症发生情况。**结果:** 观察组患者的术中出血、手术时间、换药次数、切口愈合时间优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的 Neer 评分、美国特种外科医院 (HSS) 评分、Harris 评分显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组的并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对于骨折患者的临床治疗, 采取微创技术治疗的临床疗效显著, 并发症发生较少, 患者的各项手术基本指标较优。

〔关键词〕 骨折; 微创技术; 常规切开复位内固定术

〔中图分类号〕 R 687.3 〔文献标识码〕 B

随着交通事业与建筑事业的快速发展, 创伤骨科中收治的骨折患者越来越多, 且大多数患者都是四肢骨折或其他部位骨折, 其中青壮年较多, 而男性患者比女性患者多, 骨折不仅影响了患者的正常生活, 还导致患者的生活质量直线下降。对于骨折患者, 手术是主要的治疗方式, 但是常规的开放式手术给患者造成的创伤较大, 术后恢复较慢, 现代临床上常用微创手术治疗, 相比于传统的手术方式, 微创手术具有创伤小、出血少、手术实施精准等特点, 对患者的痛苦具有较大的减轻作用。基于此, 本研究分析了微创技术在骨折患者临床治疗中实践应用的价值。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

从本院 2017 年 9 月至 2018 年 9 月收治的骨折患者中筛选 108 例进行研究, 其中有膝关节创伤 42 例, 肩关节创伤 21 例, 髌关节创伤 45 例。将其随机分为两组, 观察组 54 例、对照组 54 例。观察组, 男 31 例, 女 23 例, 年龄 24~53 岁, 平均  $(41.43 \pm 5.32)$  岁, 其中左侧和右侧骨折分别为 22 例和 32 例, Neer II 型骨折 38 例, Neer I 型骨折 16 例; 其

中, 膝关节创伤 22 例, 肩关节创伤 10 例, 髌关节创伤 22 例。对照组, 男 32 例, 女 22 例, 年龄 26~52 岁, 平均  $(41.17 \pm 5.26)$  岁, 其中左侧和右侧骨折分别为 24 例和 30 例, Neer II 型骨折 36 例, Neer I 型骨折 18 例。其中, 膝关节创伤 20 例, 肩关节创伤 11 例, 髌关节创伤 25 例。两组患者性别、年龄以及骨折类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

1.2.1 对照组 行常规切开复位内固定术治疗, 患者取仰卧位, 给予麻醉之后垫高患肢, 用碘伏消毒手术区域, 然后逐层切开皮肤和皮下浅筋膜, 显露骨折断端, 清理瘀血及卡压组织, 直视下复位骨折块, 用克氏针固定, 透视骨折复位良好之后用钢板螺钉进行内固定。最后冲洗切口, 放置引流, 缝合切口, 进行辅料覆盖包扎。

1.2.2 观察组 用微创技术行有限切开复位内固定术治疗, 相关步骤如下: (1) 手术前完成常规的麻醉操作, 准备好止血带、消毒铺巾以及其他的手术用品, 选择肩峰前外侧做一个纵行切口, 切口约 3~4 cm, 然后逐层切开, 暴露骨折部位; (2) 观察软骨、韧带、半月板的情况, 正式处理

〔收稿日期〕 2020-07-14

〔作者简介〕 顾运福, 男, 主治医师, 主要研究方向是骨科创伤。

创伤部位，将骨折端恢复到正常状态，用克氏针临时固定，肱骨大结节向下沿骨膜用骨剥钝性分离，插入合适的接骨板，接骨板尾端切约 2 cm 切口，用克氏针临床固定接骨板，保证每一个操作都是无菌操作，并做好抗感染治疗；（3）将纱条浸泡 0.25 % 的复方氯霉素地塞米松（氯霉素搽剂为桂林集琦药业有限公司，国药准字 H45021066；地塞米松为国药集团容生制药有限公司，国药准字 H41020035）后对创口进行引流，包扎伤口，按时更换包扎的药物，直到伤口完全愈合<sup>[1]</sup>。

1.3 观察指标

（1）观察和记录手术的基本情况，具体指术中出血情况、手术操作时间、换药次数、手术切口的愈合时间等，术后对两组患者均进行定期随访，对术后 12 周的肩关节功能（Neer 评分）、膝关节功能（美国特种外科医院（hospital for special surgery, HSS 评分）、髌关节功能（Harris 评分）进行评分。（2）Neer 评分内容包含疼痛 35 分、功能 30 分、活动范围 25 分和解剖 10 分，总分为 100 分，≤ 70 分为差，71 ~ 79 分为中，80 ~ 89 分为良，> 90 分为优。（3）HSS 评分，包括疼痛 30 分，功能 22 分，活动度 18 分，肌力 10 分，屈膝畸形 10 分，稳定性 10 分以及减分项目。满分 100 分，总分为 100 分，≤ 59 分为差，60 ~ 69 分为中，70 ~ 84 分为良，> 85 分为优。（4）Harris 评分，满分为 100 分，> 90 分为优良，80 ~ 89 分为较好，70 ~ 79 分为可，≤ 70 分为差。其中疼痛 44 分，功能 46 分，畸形 4 分，活动度 5 分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术基本指标比较

观察组患者的术中出血、手术时间、换药次数、切口愈合时间优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者的手术基本指标比较（ $n = 54, \bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间/min	术中出血/mL	切口愈合/d	换药/次
对照组	119.14 ± 8.06	347.01 ± 26.65	32.28 ± 1.56	28.57 ± 1.74
观察组	84.98 ± 7.39 <sup>a</sup>	175.68 ± 20.75 <sup>a</sup>	20.09 ± 1.53 <sup>a</sup>	12.17 ± 1.43 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

2.2 两组患者的 Neer 评分、HSS 评分、Harris 评分比较

观察组患者的 Neer 评分、HSS 评分、Harris 评分均显著高于对照组，组间比较，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2 ~ 4。

表 2 两组患者的肩关节 Neer 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ , 分）

组别	<i>n</i>	功能	疼痛	解剖	活动范围	总分
对照组	11	21.6 ± 1.4	27.9 ± 1.6	8.9 ± 0.7	20.2 ± 0.8	80.3 ± 1.9
观察组	10	26.8 ± 1.3	34.9 ± 1.6	9.2 ± 0.6	23.1 ± 0.8	93.8 ± 1.7 <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

表 3 两组患者的膝关节 HSS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ , 分）

组别	<i>n</i>	功能	疼痛	肌力	活动度	屈膝畸形	稳定性	总分
对照组	20	17.7 ± 1.2	24.9 ± 1.0	8.1 ± 0.5	13.2 ± 0.6	8.4 ± 0.2	8.4 ± 0.5	80.5 ± 0.7
观察组	22	20.2 ± 1.5	28.9 ± 1.4	9.3 ± 0.8	17.1 ± 0.8	9.5 ± 0.4	9.3 ± 0.6	94.3 ± 0.5 <sup>c</sup>

与对照组比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

注：HSS — 美国特种外科医院

表 4 两组患者的髌关节 Harris 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ , 分）

组别	<i>n</i>	疼痛	畸形	活动度	功能	总分
对照组	25	31.5 ± 2.9	2.9 ± 0.5	3.2 ± 0.5	34.8 ± 3.8	72.4 ± 1.8
观察组	22	42.9 ± 3.7	3.6 ± 0.4	4.3 ± 0.2	41.4 ± 4.2	92.2 ± 2.1 <sup>d</sup>

与对照组比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组患者的并发症发生率为 3.70%，低于对照组的 16.67%，组间比较，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 5。

表 5 两组患者并发症发生率比较（ $n = 54$ , 例）

组别	肿胀	切口感染	总发生率/%
对照组	5	4	16.67
观察组	1	1	3.70 <sup>e</sup>

与对照组比较，<sup>e</sup>*P* < 0.05

3 讨论

近年来，骨折患者越来越常见，而手术作为治疗骨折患者的一种普遍方式。在传统的手术治疗中，通常需要先固定骨折部位，并重建骨折处的结构，对骨折的治疗具有较高的

价值，但是，该治疗方法对于骨折部位的骨骼再生具有一定的负面影响，还会造成患者生理上的损伤，术后还存在许多并发症，比如固定钢板下出现骨质疏松、手术创伤的愈合缓慢等，对患者的后期恢复带来较大的影响<sup>[2]</sup>。当前，微创手术在临床上的应用变得非常普遍，微创手术是以最小的生理干扰达到最佳的疗效的一种技术，在创伤性骨折患者中的应用，不仅能够获取十分明确、清楚的手术视野，还能够非常精确的定位到需要手术治疗的部位，防止手术过程中损伤周围正常的组织，另外，该项手术的操作比较简便，对创伤骨折患者膝关节内滑膜、关节粘连等具有较好的预防作用，能够减少手术对患者的创伤，有效减轻患者的疼痛，促进患者的早日康复<sup>[3]</sup>。有文献研究表明，采用微创手术治疗创伤性骨折患者，能有效的保护肌肉与组织，使得手术后骨折部位的关节更加稳定，还能提高术后的恢复速度与能力<sup>[4]</sup>。本研究结果显示：观察组患者的术中出血、手术时间、换药次数、切口愈合时间优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；观察组患者的肩关节 Neer 评分显著高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；观察组的并发症发

生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 对于创伤骨科的临床治疗, 采取微创技术治疗, 其临床疗效显著, 并发症发生较少, 患者的各项手术基本指标较优。

#### 〔参考文献〕

(1) 郭洪波. 微创技术在创伤骨科中的应用价值分析 (J). 中

国医学装备, 2016, 13(8): 54-57.

(2) 周宝才, 辛鹏飞, 徐祥松, 等. 关节镜微创技术在膝关节骨创伤治疗中的临床效果 (J). 重庆医学, 2017, 46(A2): 297-298.

(3) 李民. 微创技术在创伤骨科临床治疗中的应用效果观察 (J). 中国继续医学教育, 2017, 9(3): 97-99.

(4) 李海波. 微创技术在创伤骨科临床治疗中的应用效果观察 (J). 医学理论与实践, 2016, 29(19): 3368-3369.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0150-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.072

## 心肺复苏术在急诊心脏骤停患者中的应用

魏 华 翟红魁

(平顶山市第一人民医院, 河南 平顶山 467000)

〔摘要〕 **目的:** 观察心肺复苏术在急诊心脏骤停患者中的应用效果。**方法:** 选取平顶山市第一人民医院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月期间收治的 200 例心脏骤停患者, 患者均行心肺复苏术, 回顾性分析本研究对象心肺复苏术治疗效果、血流动力学参数变化及血气指标情况。**结果:** 200 例患者有 113 例患者抢救成功, 其中有 30 例患者在心肺复苏术实施 5 min 内成功复苏, 占总人数的 15.00%。有 59 例患者在 5~10 min 成功复苏, 占总人数的 29.50%。10 min 以上有 24 例患者复苏成功, 占总人数的 12.00%, 1 h 内有效率 56.50%; 心肺复苏术后 10 min 血气分析指标与心肺复苏术前相比明显改善, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 急诊心脏骤停患者应用心肺复苏术可有效改善机体血液循环以及氧代谢。

〔关键词〕 心脏骤停; 心肺复苏术; 血流动力学

〔中图分类号〕 R 459.7 〔文献标识码〕 B

心脏骤停的发生多见于充血性心力衰竭、多器官功能衰竭, 若患者未得到及时治疗, 则胸廓弹性减低, 心搏量以及心脏动脉血液灌注量均降低, 心肌长期缺血, 致使心肌细胞对各种治疗措施反应性降低。心肺复苏术即针对无法得到即刻抢救复苏治疗的短暂性心脏骤停患者, 就地采取的一种抢救复苏方式, 从而避免心脏长期骤停对患者心、脑造成的不可逆损伤<sup>[1]</sup>。本研究回顾性分析本院收治的 200 例行心肺复苏术心脏骤停患者治疗效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月期间收治的 200 例心脏骤停患者, 其中男 104 例, 女 96 例, 年龄 21~81 岁, 平均年龄 ( $51.42 \pm 1.42$ ) 岁。

#### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 参考《心脏骤停基层诊疗指南》<sup>[2]</sup> 的心脏骤停基层诊疗指南相关内容, 患者均出现大动脉波动消失、脸色苍白、意识丧失等症状。

1.2.2 排除标准 (1) 排除伴有胸部压伤或胸部内伤的患者。(2) 排除患有急性心肌梗死、张力性气胸、严重肺气肿的患者。(3) 排除持续胸外按压治疗无效患者。

(4) 排除瞳孔呆板、散大且持续停止自主呼吸 15~30 min, 提示脑死亡的患者。

#### 1.3 方法

患者均行心肺复苏术, 医师参考《中国公众心肺复苏卫生健康指南》相关内容<sup>[3]</sup>, 先行胸外按压, 而后开放气道行人工呼吸, 具体方法如下: 医师将两指置于颈部气管轻轻按压, 时间不超过 10 s, 若患者停止心跳, 医护人员应握拳, 拳眼向上快速猛烈撞击患者胸骨正中下段, 若患者心脏复跳则停止, 若心脏不能复跳, 则行胸外按压, 医师左手中指、食指确定肋骨下缘, 右手掌侧置于胸骨下 1/3 处, 左手置于胸骨上方, 左手拇指临右手手指, 左手掌底置于剑突, 两手相互交错, 双上肢肘关节伸直, 借助上身垂直力量, 实施胸外按压, 胸外按压深度应超过 5 cm, 按压频率应超过 100 次·min<sup>-1</sup>, 在胸部压力解除后胸廓自然复位。完成胸部按压后医师清洁患者呼吸道, 一手置于患者额头后使其头部后仰, 并用另一

〔收稿日期〕 2020-08-03

〔作者简介〕 魏华, 女, 主治医师, 主要从事急诊医学科工作。