

髂腹股沟双窗口入路治疗骨盆髌臼骨折效果分析

杨正才 普光民 尹以昌 艾成斌 王俊 李应波

楚雄彝族自治州中医医院,云南 楚雄州 675000

【摘要】 目的 探究分析髂腹股沟双窗口入路治疗骨盆髌臼骨折效果。方法 选择我院 2018 年 1 月—2020 年 1 月接诊收治的 88 例骨盆髌臼骨折患者为研究对象,按照统计推断法划分为 2 组,组别名称为参照组与治疗组,每组各 44 例,治疗组选择髂腹股沟双窗口入路治疗,参照组实施传统髂腹股沟入路治疗,对比两组手术指标、疗效优良率及髋关节功能评分、并发症发生率结果 研究组手术指标优于参照组, $P < 0.05$;疗效优良率研究组低于参照组($P < 0.05$);研究组明显高于参照组, $P < 0.05$;术前两组髋关节功能评分(Harris 评分)对比未见差异, $P > 0.05$;术后 30d、术后 3 月与术后半年指标对比,治疗组优于参照组, $P < 0.05$;治疗组并发症发生率(4.54%)显著低于参照组(25.00%)($P < 0.05$)。结论 骨盆髌臼骨折选择髂腹股沟双窗口入路治疗具有显著的效果,能够切实改善手术指标、生活质量与髋关节功能、提升解剖复位满意度,保障疗效,值得推广。

【关键词】 髂腹股沟双窗口入路;骨盆髌臼骨折;传统髂腹股沟入路;疗效对比

近年来,道路交通发展迅速,使得高能量、高残率发生率增加,特别是骨盆髌臼骨折发生率更是逐年递增^[1]。不同类型的骨盆髌臼骨折病例,为临床治疗提出了全新的挑战。不同骨盆髌臼骨折病例要求结合患者的实际情况,制定不同的手术方案^[2]。不少研究认为,手术入路会对患者髋关节功能复位质量、髋关节预后产生影响,复杂骨盆髌臼骨折手术要点在于如何对骨折结构、邻近结构良好暴露^[3]。广泛的暴露能够为医生提供良好的操作视野,会导致并发症发生率增加,随着微创理念的深入,在确保操作视野满意的前提下,需要减少入路创伤^[4]。本文通过分析髂腹股沟双窗口入路治疗骨盆髌臼骨折效果,旨在为骨盆髌臼骨折提供一种切实可行的微创、安全治疗方案,报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取 88 例骨盆髌臼骨折患者为研究对象,研究时间段为 2018 年 1 月—2020 年 1 月,数字表法随机分组。研究组 44 例,男 28 例,女 16 例,年龄 30~70 岁,平均(48.22±17.55)岁,前柱骨折 5 例,后柱 5 例,前壁 5 例,横形 5 例,前方伴后半横形骨折 6 例,双柱骨折 12 例,骨盆骨折 4 例,T 形骨折 2 例;参照组 44 例,男 20 例,女 22 例,年龄 31~70 岁,平均(47.20±16.50)岁,前柱骨折 6 例,后柱 4 例,前壁 2 例,横形 8 例,前方伴后半横形骨折 5 例,双柱骨折 13 例,骨盆骨

折 5 例,T 形骨折 1 例。研究组与参照组就性别、年龄、骨折类型等指标对比存在差异, $P > 0.05$ 。

纳入标准:①骨盆骨折、髌臼骨折分为前壁、T 形、前柱、双柱、后柱、前方加后半横形、横形,骨折位移在 3cm 以上;②患者无影响本文研究结果的疾病;③患者随访时间在 12 月以上。

排除标准为:①患者为陈旧性、病理性骨折,患者骨折移位 3mm 以内;②严重骨质疏松患者;③随访失败患者。

1.2 手术方法 参照组实施传统髂腹股沟入路手术,实施步骤:患者麻醉成功之后,选择仰卧位,结合患者的病情所需,准备血液回收机实施血液回收,做好输血准备。沿着患者髂嵴后方 3cm 行弧形切口到耻骨联合上方 2cm。解剖出精索、圆韧带,使用第 1 根橡胶条保护,显露髂腰肌、股神经,使用第 2 条橡皮胶条保护。髂外血管使用第 3 根橡皮条保护。结合患者不同骨盆髌臼骨折需求,牵拉不同的橡胶条,将不同窗口暴露,复位、钢板固定,透视见骨折复位良好,钢板及螺钉位置较好,且未进入关节腔内,则冲洗切口,并对切口缝合。研究组实施髂腹股沟双窗口入路手术,实施步骤:患者麻醉成功之后,选择仰卧位,手术期间暴露患者三窗内侧、外侧两个窗口,中间未切开皮肤使用长止血钳贯穿,形成隧道,使用 1 根橡皮胶牵拉,并保护下方圆韧带、腹股沟神经、血管,促使其充分暴露。牵拉橡胶条,促使窗口暴

露,复位、钢板固定。透视可见骨折复位较好,钢板及螺钉位置较好,未进入关节腔则进行切口缝合。

1.3 术后处理 两组患者均实施抗炎、血栓预防处理,定期为患者换药,引流品内的血性液体控制在 30mL 以内,之后将引流管拔出。患者术后 1 月、2 月、3 月、6 月、12 月后门诊复查患者骨盆位置,包括:正位、斜位、鼻孔斜位片及临床功能,结合患者的骨折愈合情况,指导患者实施功能锻炼。

1.4 观察指标 对比两组患者手术指标,包括:治疗成本、手术时间与术中出血量,取其均值。

对比两组解剖复位满意度。

对比两组患者治疗前后生活质量,指标包括:躯体功能、总体健康、心理健康。

对比两组髋关节功能评分(Harris 评分),选择本院自制的髋关节功能评分(Harris 评分)量表实施,对比两组患者术后 30 d、术后 3 个月、术后半年髋关节功能评分(Harris 评分)。Harris 详细的评分标准:分值为 100 分,指标包括:功能活动,记分 14 分,疼痛指标,记分 44 分,运动范围指标,记分 5 分,步态指标,记分 33 分,下肢无畸形,记分 4 分。分数越高,则表明患者髋关节功能恢复越好。

对比两组术后并发症情况,指标包括:血栓、伤口脓肿、压疮,发生率:发生例数/总例数 $\times 100.0\%$ 。

1.4 统计学分析 本实验指标均采用 SPSS23.00 统计软件进行分析,计量资料为术后并发症、疗效优良率,指

标使用 x^2 检验;计量资料为手术指标、治疗前后生活质量、髋关节功能评分(Harris 评分),t 检验指标;以 <0.05 为标准,分析组内统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标对比 比较两组的各项手术指标,研究组均优于参照组($P < 0.05$),详情如表 1 所示。

表 1 比较两组的住院恢复情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(分钟)	术中出血量(毫升)	治疗费用(元)
研究组	44	44.1 \pm 4.3	23.2 \pm 11.0	18349.3 \pm 153.3
参照组	44	47.2 \pm 6.2	79.4 \pm 15.1	30275.3 \pm 362.8
t	/	2.7253	19.9546	200.8541
P	/	0.0078	0.0000	0.0000

2.2 两组疗效优良率对比 比较两组的术后并发症发生情况,研究组低于参照组($P < 0.05$),详情如表 2 所示。

表 2 比较两组的术后并发症发生情况[n/(%)]

组别	n	优	良	可	疗效优良率
研究组	44	20	20	4	90.91
参照组	44	15	17	12	72.73
x^2	/	/	/	/	4.8889
P	/	/	/	/	0.0270

2.3 两组生活质量对比 对比两组患者在护理工作开展前后的生活质量,研究组明显高于参照组, $P < 0.05$,见下表 3。

表 3 两组患者的生活质量比较

组别	n	躯体功能		总体健康		心理健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	44	57.6 \pm 3.8	78.2 \pm 4.7	63.2 \pm 4.3	78.5 \pm 4.9	59.1 \pm 6.4	80.1 \pm 5.4
参照组	44	56.3 \pm 4.6	66.7 \pm 5.9	64.2 \pm 5.3	71.2 \pm 6.5	59.0 \pm 6.4	70.3 \pm 7.3
T 值	—	1.02	9.25	0.85	5.24	0.04	6.21
P 值	—	0.05	<0.05	0.05	<0.05	0.05	<0.05

2.4 两组髋关节功能评分(Harris 评分)对比 术前两组髋关节功能评分(Harris 评分)对比未见差异, $P > 0.05$;术后 30d、术后 3 月与术后半年指标对比,治疗组优于参照组, $P < 0.05$,见下表 4。

表 4 两组髋关节功能评分(Harris 评分)对比[n($\bar{x} \pm s$)]

组别/项目	参照组(n=44)	治疗组(n=44)	t	p
术前 Harris 评分	55.81 \pm 5.12	54.41 \pm 5.70	1.2120	0.2288
术后 30d	60.79 \pm 4.51	58.43 \pm 4.61	2.4273	0.0173
术后 3 月	76.22 \pm 5.21	72.10 \pm 4.20	4.0884	0.0001
术后半年	90.10 \pm 3.62	85.87 \pm 4.12	5.1161	0.0000

2.5 两组的并发症发生对比 治疗组并发症发生率(4.54%)显著低于参照组(25.00%)($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组的并发症发生对比 [n(%)]

组别/项目	血栓	伤口脓肿	压疮	发生率(%)
治疗组(n=44)	1(2.27)	0(0.00)	1(2.27)	4.54
参照组(n=44)	2(4.54)	3(6.82)	6(13.63)	25.0
x^2	—	—	—	9.6491
P	—	—	—	0.0019

3 讨 论

骨盆本身是完整的闭合骨环,连接着躯干与下肢,属于机体的重要结构。前部分由耻骨联合连接,后方由髌骨与骶骨组成。髌骨骨折多发生在高能量外伤导致,骨折原因为挤压、高出坠落与撞碾,交通事故引发的骨折发生率较高,肌肉强烈收缩会导致骨折撕脱发生^[5]。骨盆骨折由于会大出血,极易导致休克发生,受伤后,患者可见局部肿胀、疼痛,且可见明显的瘀斑,多合并发生膀胱损伤、血管神经损伤、尿道损伤与直肠损伤,严重的话还会对患者的生命安全产生威胁^[6]。

髌臼骨折本身属于关节内骨折,治疗原则与关节内骨折一致,主要是通过关节面解剖复位、固定,手术入路选择需要显露髌臼骨折,以此确保复位质量、固定效果,保障手术疗效^[7]。合适的手术入路方法,能够确保手术视野清晰,方便手术操作,可确保复位质量、固定效果,且可缩短手术时间,减少术中出血量,将手术创伤减少,避免手术并发症发生,应用优势显著。不少学者认为,骨盆髌臼骨折本身解剖比较特殊,复位比较困难是骨科内的一大难题。髌腹股沟双窗口入路方案的实施能够避免第二窗口,只是用一条橡皮条牵拉,就可保护下方精索、腹股沟神经、血管,可避免神经损伤,降低髌血管血栓形成,减少手术并发症的发生^[8]。本文研究表明:研究组手术时间短于参照组, $P<0.05$;术中出血量低于参照组, $P<0.05$;治疗成本低于参照组, $P<0.05$;疗效优良率对比,研究组更优, $P<0.05$;干预前两组生活质量、髌关节功能评分对比无差异, $P>0.05$;干预后研究组优于参照组, $P<0.05$;并发症发生率研究组低于参照组, $P<0.05$ 。分析原因:髌腹股沟双窗口入路方案实施,可改善患者手术指标,以此提升患者的生活质量,手术切口较小,术后患者髌关节功能评分(Harris 评分)改善显著,能够将患者的并发症发生率减少。这类手术入

路,能够最大程度地减少对患者机体的损伤,可促进患者恢复。

综上所述,髌腹股沟双窗入路在手术时间和术中出血量方面均优于髌腹股沟入路,且创伤小、安全。髌腹股沟双窗入路虽然暴露小,但部分视野的丧失不会降低解剖复位的满意率和临床效果的优良率。因此,髌腹股沟双窗入路是治疗骨盆髌臼骨折的可选手术入路。

参考文献

- [1] 梁伟东.《骨盆髌臼骨折腹直肌外侧入路——临床与解剖》出版:分析影响急诊介入治疗骨盆骨折预后的因素[J].介入放射学杂志,2021,30(10):1080-1083.
- [2] 邵伟忠.改良 Stoppa 入路在骨盆与髌臼骨折治疗中的临床应用分析[J].中外医疗,2021,40(24):41-44.
- [3] 邢顺民,徐寅强,方良勤,等.改良 Stoppa 入路在不稳定骨盆与髌臼骨折内固定术中的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2021,36(8):816-818.
- [4] 李焯春,陈明.骨盆髌臼骨折,试腹直肌外侧入路治疗[J].东方养生,2021(6):50-51.
- [5] 张季梅.经腹直肌外侧入路治疗多发伤伴骨盆髌臼骨折患者的护理体会[J].当代护士(下旬刊),2021,28(5):80-82.
- [6] 陈栋,朱峰,龚杰,等.改良 Stoppa 术治疗骨盆髌臼骨折围术期指标及术后血清应激指标观察[J].实用临床医药杂志,2021,25(8):92-95,100.
- [7] 邵东伟.改良 Stoppa 切口入路与髌腹股沟入路在骨盆髌臼骨折手术中的应用比较[J].河南医学研究,2020,29(36):6792-6794.
- [8] 刘世伟.髌腹股沟双窗口入路治疗骨盆髌臼骨折疗效观察[D].南昌:南昌大学,2018,10(22):180-182.