

闭合复位术治疗下肢长骨关节复杂骨折的研究

罗开祥

长沙医学院附属澧县人民医院 (湖南省常德市) 415500

【摘要】目的: 研究下肢长骨关节复杂骨折患者采用闭合复位术治疗的临床效果。方法: 随机筛选我院骨科接收的下肢长骨关节复杂骨折患者 60 例, 使用随机数字表法, 将 60 例下肢长骨关节复杂骨折患者分成观察组 30 例和对照组 30 例, 并进行治疗研究。对照组患者采取传统切开复位手术治疗, 观察组采取闭合复位术治疗, 将两组最终取得的治疗效果进行对比。结果: 观察组患者在闭合复位术治疗下, 相比对照组患者, 手术时间更短, 术中出血量更少, 术后疼痛程度更轻, 骨折愈合时间更短, 术后患者并发症发生率更低, 并且最终患者的肢体功能恢复效果更好。结论: 闭合复位术治疗下肢长骨关节复杂骨折, 可获得较好的治疗效果, 减轻患者疼痛程度, 减少并发症发生, 促进骨折愈合恢复效率, 改善患者生活质量。

【关键词】 下肢长骨关节复杂骨折; 闭合复位术; 效果研究

下肢长骨关节复杂骨折是一种严重的骨折类型, 常见于下肢长骨与关节的复杂损伤。这种骨折类型具有复杂性和多样性, 常伴随着骨折的不稳定性和软组织损伤。下肢长骨关节复杂骨折的发生率逐年增加, 给患者的生活质量和功能恢复带来了巨大挑战^[1-2]。目前临床针对此类骨折疾病主要通过手术治疗, 但不同手术方式所获得的效果及创伤性存在明显差异, 因此会获得不同的预后效果^[3]。为探寻最佳方案, 我院对下肢长骨关节复杂骨折患者采取闭合复位与传统切开复位手术治疗的效果做了对比, 具体分析对比详情已在文中叙述:

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究病例筛选 2022 年 9 月至 2023 年 9 月期间来我院接受手术治疗的 60 例下肢长骨关节复杂骨折患者, 将入选的患者使用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各有 30 例患者。对照组包括 16 例男性和 14 例女性, 平均年龄为 (42.50 ± 2.30) 岁; 观察组包括 17 例男性和 13 例女性, 平均年龄为 (43.00 ± 2.40) 岁。组间资料经过对比显示 (P > 0.05), 表明两组患者的基线临床资料相似。

1.2 方法

对照组患者治疗接受传统切开复位手术, 根据骨折部位采取适当体位, 并实施硬膜外麻醉。在骨折部位进行手术切口, 确保充分暴露骨折端, 并清创周围软组织。然后进行骨折端复位处理, 完成复位后, 使用 LISS 钢板进行固定。

随后消毒冲洗创面, 并实施止血处理, 最后留置引流管以及缝合切口。

观察组患者采用闭合复位术治疗, 根据骨折情况调整适合的体位, 并进行硬膜外麻醉。在骨折部位进行切口, 在 C 型臂 X 线机的辅助下进行牵引复位操作。复位满意后, 置入 LISS 钢板, 并清洗创面, 最后完成引流管留置以及止血处理, 缝合创面后完成手术。两组术后进行抗感染预防治疗。

1.3 观察标准

手术指标: 患者的 (手术、术后骨折愈合)、术中出血量、术后发生的并发症情况。术后疼痛: 评价采用视觉模拟 (VAS) 量表, 最高分 10 分, 分数越高表示疼痛越重。

肢体功能: 采用 FMA 量表进行评价, 最高分 100 分, 得分越高表示指标越好。

1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS25.0 软件进行数据处理。对于符合正态分布计量数据, 采用平均值加减标准差 ($\bar{x} \pm s$) 进行描述和 t 检验。计数指标采取 n (%) / χ^2 描述与检验, 两组数据间的差异, 若具有统计学意义, 则表示其 P 值小于 0.05。

2 结果

2.1 两组临床指标对比

与对照组最终结果相比, 观察组患者的手术和术后骨折愈合所用时间缩短, 术中出血量减少, 并发症发生率降低, 疼痛程度减轻, (P < 0.05), 见下表 1。

表 1 组间指标对比情况 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	n	手术时间 /min	术中出血量 /ml	疼痛程度 / 分	骨折愈合时间 /d	并发症发生率 /%
观察组	30	52.9 ± 1.6	64.2 ± 3.4	4.2 ± 0.4	11.6 ± 0.5	1 (3.3)
对照组	30	56.2 ± 1.8	85.3 ± 3.6	5.3 ± 0.5	17.5 ± 1.0	6 (20.0)
t/ χ^2 值		7.5051	23.3390	9.4093	28.9039	4.0431
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0443

2.2 两组患者肢体功能改善情况

记录结果显示, 治疗前观察组患者的肢体功能评分结果为 (59.5 ± 4.6) 分; 对照组患者以上指标结果为 (59.8 ± 4.9) 分, 结果对比差异无统计学意义 (t=0.2444, P=0.8077); 治疗后观察组患者以上指标评分达到 (89.8 ± 6.5) 分, 明

显高于对照组评分结果的 (83.4 ± 6.2) 分, 两组数据差异有统计学意义 (t=3.9023, P=0.0003)。

3 讨论

下肢长骨关节复杂骨折的发生与多种因素相关。其中包括外力作用, 如高能量创伤、交通事故、跌倒等; 骨质疏松、

骨肿瘤等疾病也可能增加骨折的风险。此外,运动损伤、职业性损伤等也可能导致下肢长骨关节复杂骨折的发生^[4]。骨折可能引起软组织损伤,如血管、神经、肌肉等的损伤,进而导致血管闭塞、感觉丧失、肌肉萎缩等并发症。严重影响患者的康复和生活质量^[5]。下肢长骨关节复杂骨折以往常采用的治疗方法为传统切开复位术,但其存在一些缺陷。首先,传统切开复位术需要进行大面积的切开手术,这会导致术后创面较大,术后恢复时间较长。其次,切开手术会造成软组织的进一步损伤,增加了手术风险和术后并发症的发生率。此外,传统切开复位术对于复杂骨折的解剖复位要求较高,操作难度较大,需要经验丰富的医生进行操作^[6-7]。为此,我院对其患者采取了闭合复位术治疗,且最终获得了较好的治疗效果。相比于切开复位术,闭合复位术不需要进行大面积的切口和组织撕裂,减少了手术对周围组织的损伤和创伤。这样可以减少手术后的疼痛和出血,缩短恢复期,并降低感染和并发症的风险。另外,闭合复位术的操作相对简单,手术时间较短。这不仅可以减少手术对患者的负担,还可以降低手术风险和并发症的发生率。而且在进行闭合复位术时,医生会尽量保留患者的骨骼结构,减少骨折部位的骨块移位和破坏。这样可以提高骨折愈合的成功率,并减少骨折后的畸形和功能障碍。从而能够缩短骨折愈合时间,提高患者下肢功能恢复效率及生活质量^[8-9]。

由上可知,闭合复位术在治疗下肢长骨关节复杂骨折中具有较高的成功率,能够有效恢复骨折部位的稳定性,减少骨折愈合时间和并发症的发生,尽早恢复患者下肢功

能,改善患者生活质量。

参考文献

- [1] 苑广斌. 下肢长骨关节复杂骨折使用有限切开术和闭合复位术治疗的临床疗效观察 [J]. 特别健康, 2020, 15(24):105.
- [2] 罗建红. 闭合复位术与有限切开术治疗长骨关节复杂骨折的效果观察 [J]. 中国伤残医学, 2021, 29(6):40-41.
- [3] 廖春明, 江毓玲. 闭合复位术与有限切开术治疗下肢长骨关节复杂骨折的效果观察 [J]. 医药前沿, 2019, 9(20):114.
- [4] 唐国钦. 闭合复位术与有限切开术治疗下肢长骨关节复杂骨折的临床效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(1):26-27.
- [5] 王晓祥. 闭合复位术与有限切开术治疗下肢长骨关节复杂骨折的临床效果分析 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(22):270-271.
- [6] 毛翔宇. 有限切开术治疗下肢长骨关节复杂骨折临床观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(7):193-194.
- [7] 迪力夏提·多力坤, 刘俊峰, 郑龙坡. 下肢骨折手术常用的间接闭合复位技术及顺势复位的进展 [J]. 生物骨科材料与临床研究, 2019, 16(1):72-75.
- [8] 寸升元. 闭合复位钢板内固定术治疗下肢复杂骨折的临床疗效观察 [J]. 智慧健康, 2019, 5(1):167-169.
- [9] 王成, 尚军. 闭合复位交锁髓内钉治疗下肢骨折的效果分析 [J]. 康颐, 2020, 17(18):216.