

(1): 82-84.

[7] 刘雯宇, 陈太生, 王巍, 等. 前庭外周损伤患者自发眼震的特

点及临床价值探讨 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017,

31 (9): 678-681.

## • 临床研究 •

## 改良经皮钳夹复位微创治疗胫骨远端骨折的效果分析

福建省三明市将乐县总医院骨科 (将乐 353300) 黄林新 张忠辉 杨亨利 杨绪荣

**【摘要】目的** 探讨改良经皮钳夹复位微创治疗胫骨远端骨折术式及疗效。**方法** 选择我院胫骨远端骨折或胫腓骨远端骨折患者 50 例, 将患者按治疗方式分为观察组和对照组, 观察组采用改良的无 X 线暴露手指触诊辅助经皮钳夹复位微创插板固定手术治疗, 对照组采用有限切开复位胫骨内侧微创插板治疗。**结果** 两组手术时间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 两组愈合时间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组无手术并发症患者, 对照组 3 例切口不良愈合。**结论** 改良后的手术方式手术骨折愈合时间较短, 并发症少, 医生无需放射 X 线直接暴露, 是一种可行的微创术式。

**【关键词】** 无 X 线暴露; 指助; 经皮钳夹; 胫骨骨折; 微创

**【中图分类号】** R68 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)02-0115-02

胫骨远端骨折是常见的骨折类型, 在全身的各类骨折中约占 10%, 间接暴力损伤中占多数, 目前多采用胫骨内侧微创插入锁定接骨板手术治疗, 临床上也取得了良好的效果<sup>[1]</sup>。常用复位方法有限切开后进行复位, 螺钉稳定复位, 克氏针临时稳定复位。手术治疗对于骨折端的血运有一定的破坏, 导致延长骨折愈合时间, 内踝处切开插板, 皮肤切口处常发生术后切口愈合不良、大隐静脉及隐神经损伤并发症<sup>[2]</sup>。本研究对手术方式进行改良, 探讨无 X 线暴露经皮钳夹指助复位内踝后内侧弧形切开微创插板术式及疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:** 选择 2014 年 1 月至 2019 年 1 月我院胫骨远端骨折或胫腓骨远端骨折患者 50 例。将患者按治疗方式分为观察组和对照组, 观察组 28 例, 其中男 16 例, 女 12 例, 年龄 12~80 岁, 采用无 X 线暴露手指经皮钳夹复位微创经皮内侧插板微创手术方式。对照组 22 例, 其中男 14 例, 女 8 例, 年龄 16~81 岁, 采用改良前的有限切开复位经皮内侧插板微创手术方式。所有患者入院后都经 X 线影像检查确定为胫骨远端骨折或胫腓骨远端骨折, 包括斜型、螺旋形、含蝶形骨块。

## 1.2 方法:

**1.2.1 术前:** 所有患者术前半小时内静脉输入抗生素, 麻醉方式不限制 (腰麻, 腰硬联合麻醉, 全麻), 平卧。透视确定骨折断端的范围、骨折块的界限移位情况, 并在皮肤上做标记, 常规消毒铺巾。

**1.2.2 术中:** 1) 切开、插板及建立通道: 将内踝上切口改为内踝后的弧形切口。自内踝尖沿后踝向近端切开弧形的约 5 cm 的切口。向近端外侧翻起皮瓣, 向近端外侧钝性推开隐神经和大隐静脉。用圆钝的、光滑较长的胫骨内侧锁定板在内踝皮瓣与胫骨骨膜之间的疏松间隙缓慢地向近端分离, 创造出放置钢板的皮下通道。完成皮肤通道后, 用食指通过该皮下通道沿胫骨后侧骨缘向近端探到胫骨骨折近端并感知骨折远近端移位情况。2) 复位及调整: 根据骨折块的移位情况、术前 C 型臂透视的结果、骨折块界限范围的皮肤标记, 判断并选择出经皮钳夹的最佳位置 (如蝶形长骨块可选 2 个经皮钳夹的位点)。由助手在胫骨骨折远近端牵引维持正确的力线, 用大号普通巾钳在上述选定位点直接刺入皮肤 (巾钳穿入时要注意紧贴骨面避开胫骨后的重要血管神经, 不能过度压迫皮肤), 以手指控制胫骨内侧面复位<sup>[3]</sup>。复位过程中通过方向和力度的调整及指导助手适度的牵引、内外旋及调整巾钳夹持方位、力度将骨折复位。在此过程中通过手指感知骨折端的后壁判断出复位成功后, 用巾钳的锁齿稳定复位。这样术者可以在非 X 线暴露下透视确认复位情况。根据透视结果, 通过 1~2 次调整复位都能达到较理想复位。3) 插板及固定: 在助手维持牵引和巾钳固定下经皮下通道插入锁定接骨板。在过骨折端时, 适度放松夹钳以便其通过骨折端, 确认接骨板通过骨折端后继续钳夹。再次以手指探知骨折端复位良好后加力钳夹锁定复位, 非 X

线暴露下透视确认复位结果。先远端螺钉固定 1 枚，近端皮肤小口上钉 1 枚锁定（在上螺钉的过程中，始终保持巾钳夹持稳定复位状态），再次非 X 线暴露下透视正侧位确定位置良好，再完成剩余螺钉固定。

**1.3 统计学分析：**采用 SPSS 21.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用 *t* 检验， $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

改良后术式缩短了患者的骨折愈合时间，减少了切口不良愈合发生的情况。观察组手术时间（ $60.32 \pm 6.68$ ）min，愈合时间（ $16.93 \pm 2.93$ ）个月，无切口不良愈合患者；对照组手术时间（ $58.5 \pm 7.5$ ）min，愈合时间（ $23.8 \pm 3.2$ ）个月，3 例切口不良愈合患者。两组手术时间比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；两组骨折愈合时间比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

## 3 讨论

改良后的术式由于改变内踝上直接切开皮肤，将切口自内踝尖开始后移，沿后踝向近端形成弧形的皮瓣，可向上外翻起，将大隐静脉和隐神经向外钝性推开，故本组无大隐静脉、隐神经损伤患者。由于切口的后移，内踝处接骨板完全位于皮瓣下，使接骨板对切口干扰减小，患者内后踝切口不适症

状明显减轻，本组无切口愈合不良和切口感染的并发症患者。

由于内后踝的皮瓣隧道是在原接骨板插入皮瓣隧道的基础上做适当的向后内触探即可完成，对骨折端的软组织和血运破坏没有增加，但对术中判断三角形胫骨后内骨缘的骨折断端的复位状况却有较大帮助。故术者无需暴露在 X 线下即可完成复位和稳定复位，观察组患者均未切开复位。普通巾钳可完成复位并维持复位，无需特殊手术器材，容易开展该术式。用普通巾钳直接穿刺皮肤方法，对局部软组织和血运的破坏少，观察组骨折愈合明显加快。

总之，改良后术式的手术时间未延长，术后骨折愈合的时间明显缩短，术后切口未发生并发症。改良经皮夹复位微创治疗术是一种可行、易操作，手术医生不受 X 线伤害的微创术式。

## 参考文献

- [1] 刘晓峰, 李文强. 经皮微创与开放手术治疗胫骨远端骨折的疗效分析 [J]. 实用骨科杂志, 2014, 20 (7): 603-605.
- [2] 杨明路, 王战朝, 高书图, 等. 经皮钳夹固定治疗胫腓骨不稳定型骨折的多中心临床观察与疗效评价 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27 (1): 25-28.
- [3] 陈王, 李铭雄, 叶若凡. 经皮钳夹复位在胫骨骨折微创治疗中的应用 [J]. 中医临床研究, 2016, 34 (5): 105-108.

## • 临床研究 •

# 阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术治疗 II 型 CSP 的疗效分析

福建省龙岩人民医院妇科（龙岩 364000） 林 静

**【摘要】目的** 探究阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术治疗 II 型剖宫产术后子宫切口疤痕妊娠（CSP）的疗效。**方法** 收集 68 例 II 型 CSP 患者的临床资料，根据治疗方法将其分为两组：观察组 42 例，对照组 26 例。观察组使用阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术，对照组使用子宫动脉放射介入+清宫术。比较两组临床疗效、卵巢储备功能、人绒毛膜促性腺激素（ $\beta$ -hCG）水平、治疗费用、住院时间及并发症发生情况。**结果** 术后观察组月经恢复时间、 $\beta$ -hCG 水平恢复正常时间、阴道不规则出血消失时间均明显短于对照组，差异有统计学意义（均  $P < 0.05$ ）。术后 3 个月后，观察组卵巢储备功能指标较术前无明显变化（ $P > 0.05$ ）；但明显更优于对照组，差异有统计学意义（均  $P < 0.05$ ）。术后观察组  $\beta$ -hCG 水平均低于同一时间对照组，观察组治疗费用、住院时间均显著低于对照组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ）；两组患者术后并发症发生率无明显差异（ $P > 0.05$ ）。**结论** 阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术治疗 II 型 CSP 疗效确切，患者术后恢复快，不影响卵巢功能，但临床采用时还需考虑患者具体情况。

**【关键词】** 阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术；剖宫产术后子宫切口疤痕妊娠

**【中图分类号】** R711.7 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)02-0116-04

剖宫产术后子宫切口疤痕妊娠（cesarean scar pregnancy, CSP）是指妊娠组织着床同时种植于既