

具备较高的敏感性,此类抗菌药物可作为临床治疗的常用抗菌药物^[6]。大部分致病菌对青霉素及苯唑西林的耐药性均较高,此类药物不宜作为治疗开放性骨折伤口感染的首选药物。总之,对于开放性骨折患者,在细菌培养前,应广谱、联合、大剂量地用药;待完成细菌培养、药敏试验后,应根据药敏情况选用最佳的抗菌药物,并注意在治疗过程中要多次进行药敏试验^[7]。

临床上对于开放性骨折伤口感染的处理,仅强调合理使用抗菌药物是不够的,更要强调清创术中操作的无菌观念,要充分清洗消毒;合并骨折时要合理使用固定物,尽量选用外固定器固定骨折;对于污染严重、受伤时间超过 8 h、难以彻底清创的病例创口应延迟闭合;如外伤术后,创伤面发生感染,应及时采集伤口创面分泌物,进行细菌培养与药敏试验^[8],临床医生根据药敏试验情况,有针对性地选用抗菌药物;同时,应进行感染病灶的清除,清除坏死组织与炎性肉芽组织异物,对创伤面彻底引流或采用闭式冲洗疗法,才能达到良好效果。

参考文献

[1] 张建新,李玉民,武东升,等.创伤感染患者伤口细菌耐药

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.14.034

检测分析[J]. 检验医学与临床,2017,14(1):103-105.

[2] 杨俊,马华兰,谭淑英,等. ICU 内重症创伤感染者病原菌及耐药菌的分布[J]. 海南医学,2017,28(20):3337-3339.

[3] 孙景熙,王福斌,陈剑明. 骨科创伤感染患者伤口病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国现代医生,2018,56(17):5-7.

[4] 夏寅辉,邓小芳,敬金玉. 某医院开放性伤口清创前感染细菌分布及耐药情况分析[J]. 临床检验,2017,12(4):686-687.

[5] 邓霄玲. 手术外科伤口感染创面细菌分布及耐药分析[J]. 实验与检验医学,2018,36(6):956-957.

[6] 刘凤群,刘小萍. 伤口分泌物细菌培养及耐药性分析[J]. 实验与检验医学,2017,35(6):928-929.

[7] 万峰格,邹吉锋,曹海云. 上肢骨折患者术后伤口感染细菌种类与药敏分析[J]. 中华医院感染学杂志,2017,27(9):2068-2071.

[8] 厉兵,李高建,张德华. 急诊创伤患者切口感染高危因素与预防对策[J]. 中医药管理,2017,25(9):145-146.

(收稿日期:2019-12-30 修回日期:2020-03-02)

关节融合术治疗中老年重度第 1 跖趾关节炎及畸形临床疗效观察

郎 林¹,贾忠宝¹,鲁 英²

1. 北京市丰台区南苑医院骨科,北京 100076;2. 北京首都医科大学附属友谊医院骨科,北京 100050

摘要:目的 探讨关节融合术治疗中老年患者重度第 1 跖趾关节炎及畸形的临床疗效。方法 选取该院 2012 年 1 月至 2017 年 12 月采取第 1 跖趾关节融合术治疗中老年重度跖趾关节炎及畸形患者 34 例,对手术前后症状及 X 线片进行对比,通过美国足踝外科学会(AOFAS)足功能评分系统进行疗效评定。所有患者均得到随访。结果 根据 AOFAS 足功能评分,优 30 例、良 3 例、中 1 例,优良率 97.06%。所有患者跖趾关节融合术后其关节达到骨性融合,无感染及皮肤坏死。结论 第 1 跖趾关节融合术治疗中老年跖趾关节炎具有良好疗效,是解决患者痛苦的有效手段。

关键词:跖趾关节炎; 畸形; 关节融合术

中图分类号:R684.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)14-2055-03

第 1 跖趾关节是前足部最复杂、最主要的受力结构。足部第 1 跖趾关节炎及畸形在临床上属常见病,其主要表现是破坏第 1 跖趾关节的正常结构,引起第 1 跖趾关节发生骨性关节炎,严重的患者往往出现关节面破坏、骨赘形成、关节间隙狭窄、关节畸形,引起严重的疼痛和影响行走功能。常见于以下疾病患者:退行性病变、创伤性关节炎、类风湿性关节炎、严重拇外翻畸形、拇外翻畸形矫正术后畸形。对于第 1 跖趾重度关节炎及畸形的患者,手术治疗是解决患者痛苦

的唯一有效办法^[1]。本研究旨在探讨跖趾关节融合术治疗中老年重度跖趾关节炎及畸形患者的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2012 年 1 月至 2017 年 12 月于北京市丰台区南苑医院骨科就诊的采用第 1 跖趾关节融合术治疗的中老年重度跖趾关节炎及畸形患者 34 例(48 足)纳入研究,其中双足病变者 14 例(28 足)、单足病变者 20 例(20 足),男 14 例(18 足)、女 20 例

(30足), 年龄 45~75 岁、平均 65 岁。

1.2 方法 在腰硬联合麻醉下手术。以第 1 跖趾关节为中心做背侧纵向切口, 长约 4 cm, 切开皮肤及筋膜, 暴露、牵开拇长伸肌腱, 显露关节囊。向内外两侧游离关节周围组织, 切断收肌腱、展肌腱, 切开关节囊和骨膜, 铲除跖趾关节面软骨并钻孔, 修整关节面, 保持跖趾关节背伸约 20°, 外展 10°, 跖趾背侧放置 T 型或 I 型锁定钢板, 拧入长度合适的螺钉固定。术后均随访, 时间 12~60 个月, 平均 36 个月。所有患者术前和术后最后一次随访时通过美国足踝外科学会(AOFAS)足功能评分系统进行疗效评定。对手术前后症状及 X 线片进行对比。

1.3 术后处理 术后第 2 天更换伤口敷料, 同时可进行足踝关节功能锻炼。术后 1 周可下地活动, 但前足不能负重。术后 6 周复查, 行患足 X 线检查, 如达到骨融合, 前足可逐渐负重, 如若没有达到骨融合, 应延迟前足负重。

1.4 统计学处理 应用 SPSS20.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后随访 所有病例均恢复良好, 未出现伤口感染、不愈合等并发症。所有患者术后最后一次随访时, 疼痛均有明显改善; 其中 30 例完全没有疼痛(优), 3 例偶尔有轻度疼痛感觉, 能忍受(良); 31 例主诉日常生活完全没有限制, 2 例诉仅在运动、快跑时偶有不适感, 1 例患者走路时仍有疼痛, 日常生活轻度受限。所有患者术前和术后最后一次随访时的 AOFAS 评分见表 1。根据 AOFAS 评分, 疗效: 优 30 例、良 3 例、中 1 例, 优良率 97.06%(33/34)。

表 1 手术前后 AOFAS 评分比较($\bar{x} \pm s, n=34$)

评价指标	术前	术后	<i>t</i>	<i>P</i>
疼痛(45分)	16.7±10.7	33.3±4.9	-9.23	<0.05
功能(40分)	23.41±7.56	35.85±3.76	-7.39	<0.05
足趾力线(15分)	4.21±4.82	13.93±2.19	-9.71	<0.05
总分(100分)	51.11±15.45	88.51±2.56	-12.60	<0.05
跖趾关节活动度				
跖屈(°)	30.75±5.36	36.18±4.26	-4.52	<0.05
背伸(°)	30.82±5.52	36.58±4.31	-3.34	<0.05

2.2 典型病例 患者女性, 64 岁, 主要因“右拇趾疼痛、畸形 5 年”入院。专科查体: 右拇趾关节内侧肿胀, 压痛明显, 畸形。X 线检查: 右拇趾关节骨质增生, 关节狭窄。入院后第 3 天在硬膜外麻醉下行右足跖趾关节融合术, 术后切口愈合良好出院, 术后 3 个月愈合良好。术前右足正、斜位 X 线片示右拇趾关节

骨质增生、关节狭窄, 见图 1; 术后 6 周右足正斜位 X 线片示右拇趾关节固定良好, 见图 2。



图 1 术前右足正、斜位 X 线片



图 2 术后 6 周右足正、斜位 X 线片

3 讨 论

临床上第 1 跖趾重度关节炎及畸形手术治疗方法主要有第 1 跖趾关节融合术、第 1 跖趾关节成形手术、第 1 跖趾关节置换术等^[2]。第 1 跖趾关节融合术适用于治疗各种原因引起的第 1 跖趾关节的骨性关节炎患者。跖趾关节融合术的手术适应证主要有拇外翻、拇内翻、拇僵直症、第 1 跖趾关节创伤、类风湿性关节炎等。其目的主要是通过手术来恢复重建足部“三角架”结构, 使足内侧柱的稳定性得以恢复。其他的手术方式还有 Keller 手术、跖趾关节置换术等。Keller 手术操作相对简单, 尤其适用于中老年患者, 因其不能重建足内侧第 1 跖列的负重功能, 通常应用于对足部功能要求不高的患者。而对于活动量较大的年轻患者来说, 关节置换术更常用^[3], 既往研究报道术后优良率为 70%~80%^[4]。与关节置换术相比, 关节融合术具有手术操作简单、疗效确切、费用低的优点^[5]。关节置换术后 AOFAS 评分介于 75~90 分^[2], 而本组病例 AOFAS 评分平均为 88.51 分, 与关节置换的疗效相近。第 1 跖趾关节融合术能有

效地解除跖趾关节的疼痛,提供了足内侧序列的稳定,从而使行走推进有力,进而满足患者术后对于体力活动的要求^[6]。术后融合率可达 77%~100%, AOFAS 评分 75 分以上^[7],满意率为 81.4%~96.0%,出现趾间关节疼痛和跖骨痛等并发症者仅占 10%^[8],而影响其疗效的主要因素包括融合位置、性别、年龄、活动量、穿鞋习惯等。

尽管较关节镜下跖趾关节成形术的微创治疗,开放术式具有手术切口大、剥离组织多、术中损伤大、术后恢复慢的缺点,但是对于老年患者,第 1 跖趾关节融合术式相对简单、疗效确切、费用较低,可有效解决患者的痛苦,在基层医院临床中值得推广应用。

参考文献

[1] 陈希龙,李益亮,孙绍裘,等.足拇外翻手术治疗的研究进展[J].湖南中医杂志,2014,30(1):135-137.
 [2] 吴亘彬,俞光荣.第一跖趾关节置换术研究进展[J].山东医药,2013,53(48):91-94.
 [3] PULAVARTI R S, MCVIE J L, TULLOCH C J. First metatarsophalangeal joint replacement using the bio-ac-

tion great toe implant: intermediate results[J]. Foot Ankle Int, 2005, 26(12):1033-1037.

[4] GIVISSIS P, SYMEONIDIS P, CHRISTODOULOU A, et al. Interposition arthroplasty of the first metatarsophalangeal joint with a fascia lata allograft[J]. J Am Podiatr Med Assoc, 2008, 98(2):160-163.
 [5] KOLKER D, WEINFELD S. Technique tip: a modification to the Keller arthroplasty using interposition allograft[J]. Foot Ankle Int, 2007, 28(2): 266-268.
 [6] RAIKIN S M, AHMAD J, POUR A E, et al. Comparison of arthrodesis and metallic hemiarthroplasty of the hallux metatarsophalangeal joint [J]. J Bone Joint Surg Am, 2007, 89(9):1979-1985.
 [7] 张建中. 足踝外科手术操作与技巧[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:101-105.
 [8] GRIMES J S, COUGHLIN M J. First metatarsophalangeal joint arthrodesis as a treatment for failed hallux valgus surgery[J]. Foot Ankle Int, 2006, 27(11):887-893.

(收稿日期:2019-12-28 修回日期:2020-03-11)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.14.035

经尿道等离子腔内剝除术治疗对前列腺增生的临床效果分析

黄保成

湖北省襄阳市谷城县人民医院泌尿外科,湖北襄阳 441700

摘要:目的 探讨经尿道等离子腔内剝除术治疗对前列腺增生的临床效果及对手术时间、出血量的影响。**方法** 将 2017 年 1 月至 2019 年 8 月在该院接受治疗的 65 例前列腺增生患者纳入研究,随机分为两组。对照组 32 例,采用经尿道前列腺电切术治疗;研究组 33 例,采用经尿道等离子腔内剝除术治疗。**结果** 研究组患者在术后同样时间内的勃起功能优于对照组($P < 0.05$);研究组患者术后并发症发生率低于对照组($P < 0.05$);研究组患者的手术时间、导尿管留置时间、住院时间以及手术出血量低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 经尿道等离子腔内剝除术治疗前列腺增生效果满意,可以缩短患者的手术时间,降低手术过程中的出血量,减轻患者痛苦的同时加快了患者的恢复。

关键词:经尿道等离子腔内剝除术; 经尿道前列腺电切术; 前列腺增生

中图分类号:R697.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)14-2057-03

前列腺增生是临床上一种常见的良性疾病,该病会引起患者排尿障碍,患者以中老年男性为主,随着人口老龄化,该病的发生率也逐年上升^[1]。前列腺增生主要的临床表现是患者的膀胱出口出现梗阻的现象,常常伴有的症状为尿频、尿急、排尿困难以及尿潴留等,严重降低了患者的生活质量,严重的患者可能会因输尿管积水过多而引起肾疼痛以及出现出血性休克等现象。临床治疗该疾病的方法大多是手术治疗,经尿道前列腺电切术是应用较多的方法,但该方法产生的并发症较多,治疗效果并不是很理想;随着医学的发展,经尿道等离子腔内剝除术逐渐被应用^[2]。本文旨在探讨经尿道等离子腔内剝除术治疗

对前列腺增生的临床效果及对手术时间、出血量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2017 年 1 月至 2019 年 8 月在本院接受治疗的 65 例前列腺增生患者纳入研究并随机分为两组;研究组 33 例、对照组 32 例。研究组年龄 55~85 岁,平均(66.8±5.1)岁;病程 0.9~12.9 年,平均(6.1±2.6)年;前列腺体积 31~100 mL,平均体积(50.4±18.5)mL。对照组年龄 53~84 岁,平均(67.5±4.9)岁;病程 1.2~13.2 年,平均(6.6±2.7)年;前列腺体积 32~96 mL,平均(51.2±19.2)mL。两组患者的年龄、病程以及前列腺体积等一般资料比