

制,导致肘关节恢复时间长,影响到患者的生活。而尺骨鹰嘴截骨入路则能缩短恢复时间,在短期内开展肘关节锻炼,且能避免组织粘连问题,可扩大肘关节活动度,其较强的稳定度,能防止康复锻炼过程中出现骨折移位等事件,较好的骨折复位效果能改善其术后生活<sup>[11]</sup>。本研究中,观察组的 15 例患者中,对于手术安全性的满意度达到 100% (15 例),对于复位有效性的满意度达到 93.33% (14 例),对于肘关节功能的满意度达到 100% (15 例),对于恢复情况的满意度达到 93.33% (14 例),各数据均比对照组 (73.33%、60.00%、66.66%、53.33%) 高,  $P < 0.05$ 。即尺骨鹰嘴截骨入路能从多个维度提高骨折患者的满意度。该入路方式造成的创伤较小,仅有 1 例患者出现并发症,因此能维持较高的手术安全满意度。较强的稳定性能迅速开展康复训练,减轻肘关节活动受限的问题,保持较强的肘骨功能,可提高患者对于肘关节功能以及恢复情况的满意度。相比于肱三头肌舌形瓣入路方式,更建议肱骨远端 C 型骨折患者选择尺骨鹰嘴截骨入路<sup>[12]</sup>。

综上所述:肱骨远端 C 型骨折患者经尺骨鹰嘴截骨治疗的综合疗效优于肱三头肌舌形瓣,术后患者关节功能恢复更好,推荐临床使用。

#### 参考文献

- [1] 张西龙,张宇. 2 种手术方式治疗肱骨远端 C 型骨折患者的临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(7): 1090 - 1092.
- [2] 黄建涛,马骥骥. 经尺骨鹰嘴截骨与肱三头肌舌形瓣治疗肱骨远端 C 型骨折的效果及安全性观察[J]. 临床研究, 2019, 27(6): 131 - 133.
- [3] 奥永强. 经尺骨鹰嘴截骨与肱三头肌舌形瓣治疗肱骨远端 C 型骨折疗效对比分析[J]. 糖尿病天地, 2018, 15

(11):126.

- [4] 张昆,刘家帮,李冬,等. 老年肱骨远端骨折不同手术入路疗效评价[J]. 实用骨科杂志, 2019, 25(11): 1012 - 1015.
- [5] 刘雄业,王荣生,许育东,等. 不同入路手术对肱骨远端 C 型骨折患者早期临床疗效的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(4): 166 - 168.
- [6] 孟非凡,徐刚,邱良,等. 垂直双钢板内固定治疗 AO - C 型肱骨远端骨折的疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 34(5): 525 - 527.
- [7] 石兴雷,韩玉虎,阮传江,等. 经尺骨鹰嘴截骨与肱三头肌舌形瓣治疗肱骨远端 C 型骨折疗效对比分析[J]. 安徽医药, 2018, 22(9): 1783 - 1786.
- [8] 王兆明. 经尺骨鹰嘴截骨与肱三头肌舌形瓣治疗肱骨远端 C 型骨折的临床疗效对比分析[J]. 母婴世界, 2019(16): 62.
- [9] 赵万超. 不同入路钢板内固定术对 AO - C 型肱骨远端骨折患者肘关节功能恢复的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(1): 75 - 77.
- [10] 马晓松. 经肱三头肌两侧入路与尺骨鹰嘴截骨入路内固定术治疗肱骨远端 C3 型骨折患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2021, 33(15): 136 - 138.
- [11] 杨茂领. 平行双钢板经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定术治疗肱骨远端 C 型骨折的效果[J]. 河南医学研究, 2021, 30(11): 2004 - 2006.
- [12] 李寿斌,柏丁兮. 经尺骨鹰嘴"V"型截骨入路应用肱骨内、外髁解剖接骨板治疗肱骨远端 C3 型骨折的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(2): 251 - 254.

作者简介:郑楚伟,大学本科,主治医师,研究方向:骨外科,单位:潮州市中心医院骨外科,邮编:521000,手机:13828332383

收稿日期:2021 - 09 - 22

## 比较电视胸腔镜手术与常规手术治疗多发性肋骨骨折的临床效果

任王胜

(四川绵阳四〇四医院,四川 绵阳 621000)

**摘要** 目的:实验将针对多发性肋骨骨折患者应用常规手术治疗和电视胸腔镜治疗,进一步分析不同手术下患者的病情改善成果,为治疗提供临床案例剖析。方法:研究人员以 2019 年 12 月 - 2020 年 12 月的时间基准,收集我院 100 例多发性肋骨骨折患者作为此次研究对象,根据动态随机分组法,分成观察组 50 例,对照组 50 例。对照组患者采用常规手术措施,观察组则为腔镜治疗,分析治疗方案差异性。结果:从手术质量上看,观察组患者的并发症发生率为 6.0% (3/50),对照组为 18.0% (1/50),组间对比差异较为显著,具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。与此同时,在手术相关情况如手术用时、住院用时、术后疼痛时间的对比分析中,均以观察组优于对照组,差异具有统计学意义。最后,在手术疼痛度分析中,观察组 VAS 评分为 (3.7 ± 1.6) 分,对照组则为 (4.5 ± 1.3) 分,差异具有统计学意义。结论:采用电视胸腔镜手术方案治疗多发性肋骨骨折,创伤小,电视胸腔镜手术与常规开胸手术区别是很大的。比常规手术治疗多发性肋骨骨折用时更短,临床医生通过胸腔镜完成一系列手术,减少对周围组织的损伤,术中出血量更少,缓解患者的疼痛,减少并发症的发生率,有助于

患者早日康复,并可以降低手术的风险性,电视胸腔镜手术更加的安全、有效,电视胸腔镜手术方案值得在临床上治疗多发性肋骨骨折中大力的推广应用。

**关键词** 电视胸腔镜手术;常规手术;多发性肋骨骨折;临床效果

中图分类号:R 683.1 文献标识码:B 文章编号:1673—6567(2022)09—0056—05 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.09.015

多发性肋骨骨折属于常见的胸外伤,指的是胸部两侧的 24 根肋骨中,有 2 根及其以上的肋骨骨折。患者在发生多发性肋骨骨折之后,首先能够感受到明显的疼痛、胸闷、心慌等症状,部分患者会出现咳嗽症状。此外,患者有反常呼吸活动,并可能引起循环系统功能紊乱,呼吸障碍,严重者可危及患者的生命安全导致患者死亡<sup>[1]</sup>。对于老年人而言,老年人的肋骨弹性逐渐减弱,在外力作用下则更会引起骨折,通常在治疗多发性肋骨骨折需要手术固定才能够缓解患者的症状。由于老年患者的特殊性,对手术的耐受力比较差,同时会存在有多种疾病,传统的手术方式给老年患者带来的创伤比较大,容易产生较多的并发症,不利于术后早日康复,因此对于他们的健康关注我们要格外重视。近些年来伴随科学技术的快速发展,相关医疗学科的相互融合,为开展新的手术技术以及手术方法奠定了坚实的基础,加上医生越来越娴熟的操作技术,微创镜手术的出现,逐渐代替传统的开放性手术,为临床广大患者增加了选择手术实施方法的机会,甚至已经成为了临床外科手术中主要治疗手段,也取得了十分确切的临床效果,深受患者的欢迎。电视胸腔镜手术具有许多优点,如:痛苦小、疗效确切、创伤小、手术切口符合美容要求等等,已经在胸外科领域中得到了广泛的应用。研究人员以 2019 年 12 月—2020 年 12 月的时间基准,收集我院 100 例多发性肋骨骨折患者作为此次研究对象,根据动态随机分组法,进一步分析不同手术方案的应用疗效。报告如下。

### 临床资料

1 一般资料:研究人员以 2019 年 12 月—2020 年 12 月的时间基准,收集我院 100 例多发性肋骨骨折患者作为此次研究对象,根据动态随机分组法,分成观察组 50 例,对照组 50 例。共有男性患者 40 例,女性患者 60 例;患者的年龄范围介于 24—75 岁之间,平均年龄为(44.3±7.4)岁;从受伤原因上看,包括车祸、高处坠落、挤压受伤等;通过观察患者的临床症状表现,存在有明显的胸部压痛、呼吸困难、胸廓挤压征阳性、胸部疼痛等等。观察组与对照组多发性肋骨骨折患者的年龄、性别、病症和病程等各个方面的对比差异性没有统计学意义( $P>0.05$ ),具备显著的可比性。本次实验在开展之前,已经提前向患者及其家属讲解实验的主要目的以及疾病的治疗方法,实验是在家属同意的情况下进行的,并向我院

伦理委员会报告,获得批准。患者中排除了患有循环系统疾病、呼吸系统疾病以及有精神疾病的患者。对符合入选标准者,由医生进行书面及口头沟通,具体涉及到疾病管理的重要性、疾病治疗方法、方案的优势以及可能出现的问题。通过对 4 个方面的说明与患者保持良好沟通,并且在患者知情的前提下来签署治疗同意书。

2 方法:在患者入院之后,护理人员应协助患者完成各术前各项检查工作,密切观察患者的呼吸频率,血压等,根据患者的病情状况实施吸氧、心电监护、抗感染等对症治疗,并安抚患者的情绪。对照组患者采用常规手术措施,全身麻醉,在影像学检查后进行手术,对骨折断端暴露后进行复位以及内固定,随后进行胸腔积气处理,随后关胸。观察组则为电视胸腔镜治疗,双腔气管插管,并全身麻醉,患者为侧卧体位。胸腔镜手术虽然创伤小,但有其特殊性,术前准备应当与常规开胸手术一样受到重视。(1) 仪器和手术器械准备:术前应认真检查胸腔镜各组成部件,保证术中安全,除不锈钢手术器械外,胸腔镜器械一般不能耐受高温蒸汽消毒。常用的消毒方法是气体消毒,包括环氧乙烷气体、2%戊二醛或甲醛蒸气,这些消毒方法对胸腔镜器械损伤小。手术除准备胸腔镜器械外,还应准备常规开胸器械,以备术中使用。(2) 患者准备:除按胸部手术常规准备外,还要根据不同手术进行不同术前准备。如肺气肿肺减容手术,患者术前要做肺功能测定,同位素肺灌注和通气扫描显像,心、肝、肾等重要脏器功能的检测,同时还要做心肺功能的康复训练等。(3) 手术人员的准备:胸腔镜医生必须是一名能独立开展常规胸外科手术的医师,有独立处理胸外科手术并发症的能力。同时要掌握胸腔镜手术适应证、禁忌证、胸腔镜和器械的工作原理及使用方法,并经过模拟手术训练后方可作为 VATS 手术医师。通常胸腔镜手术台上需要 4 个人,术者负责整个手术实施,第 1 助手主要配合术者完成手术操作,第 2 助手负责调整胸腔镜,保证术野清晰。麻醉与体位:(1) 麻醉。大多数情况下胸腔镜手术都采用双腔管气管插管,静脉复合麻醉,这样能保障术中患侧肺萎陷,视野充分暴露,便于手术操作。如果患者气管偏细或小儿手术,可采用单腔管健侧插管单肺通气,手术结束时将插管退回到气管内吸痰胀肺。某些患者插管困难,也可行单腔管气管内插管、术中麻醉师用手控制

呼吸,防止患侧肺过度膨胀影响手术。(2)体位:患者侧卧位,患侧上肢抬高是胸腔镜手术最常用的体位。为了使肋间隙增宽,便于胸腔镜手术操作,可以调节手术床,将患者髋部降低,使手术床呈“折刀位”。根据需要侧卧位可以做必要的调整:例如将手术床和患者适当前倾,有利于后纵隔病变显露和处理;适当后倾,有利于前胸病变显露和处理。通过手术前的各项检查结果确认患者骨折的具体情况,并在对应位置进行胸壁开孔操作,并植入电视胸腔镜,观察骨折和胸腔内部情况,确认部位和受损严重性,做一个长度 3cm 的手术切口,清除胸腔积血。在电视胸腔镜的辅助下,对切口附近肋骨断端位置进行固定,观察是否有漏气、渗血问题,进行胸腔积气处理,关胸<sup>[2]</sup>。

3 评价标准:本次实验需要记录 2 组多发性肋骨骨折患者的并发症发生率。此外,记录患者的手术用时、住院用时、术后疼痛时间、下床活动时间,了解手术围术期患者的相关情况。最后,则分析患者的术后疼痛感,采用 VAS 视觉模拟评分法进行实际结果的测定。

4 统计学方法:对多发性肋骨骨折患者的治疗结果进行讨论,采用 SPSS 26.0 软件进行数据结果的分析,计量材料都要采用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,对比采用 *t* 检验;计数资料用 (%) 表示,对比采用  $\chi^2$  检验,差异性具备显著的统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如果最终结果为  $P < 0.05$ ,证明组间差异有统计学意义,反之,则无统计学意义。

5 结果:从手术质量上看,观察组患者的并发症发生率为 6.0% (3/50),对照组为 18.0% (9/50),组间对比差异较为显著,具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。与此同时,在手术相关情况如手术用时、住院用时、术后疼痛时间的对比分析中,均以观察组优于对照组,差异具有统计学意义。见表 1。最后,在手术疼痛度分析中,观察组 VAS 评分为 (3.7 ± 1.6) 分,对照组则为 (4.5 ± 1.3) 分,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组患者手术相关指标对比 ( $\bar{x} \pm s, n = 50$ )

组别	手术时间 (min)	术后疼痛时间 (d)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	78.2 ± 15.3	16.1 ± 2.7	10.9 ± 2.8	17.5 ± 4.7
观察组	56.2 ± 11.9	8.3 ± 2.7	5.6 ± 2.7	10.8 ± 3.3
<i>t</i>	9.563	6.253	4.563	5.169
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

### 讨 论

肋骨骨折的发生率很高,大部分患者经保守治

疗可治愈,但在以下情况下:(1)骨折端移位特别明显或多段骨折;(2)胸廓塌陷畸形明显,前位和侧位连枷胸;(3)胸壁有顽固性疼痛伴呼吸困难,及血气胸的单纯性肋骨骨折;(4)合并有胸内脏器损伤需胸腔镜探查止血时附带行肋骨固定;(5)骨折类型适合行胸腔镜手术固定,且能达到固定效果;(6)固定部位荷重不大,局部无骨髓炎、化脓性感染;(7)患者无严重的骨质疏松和全身并发症;(8)无创机械通气治疗效果差或脱机困难;(9)患者年轻,对美观要求较高,经济条件许可等可进行固定。

由于肋骨系非承重骨,固定的主要目的是恢复胸廓的稳定性,可以显著缓解肋骨骨折带来的疼痛,使患者早期下床活动,缩短住院时间,能同时处理胸腔内合并损伤,减少肺部并发症。传统治疗方法包括有宽胶布固定、胸壁护板固定、胸带加压固定、架牵引固定及呼吸机正压通气等,但均不同程度的存在固定时间长、效果欠佳及可引起相应并发症等问题。开胸肋骨固定手术创伤大,并发症高。随着电视胸腔镜技术的日臻完善,胸腔镜下进行骨折肋骨固定的手术指征可能较传统开胸适当放宽。因为胸腔镜下行肋骨骨折固定术较之传统外治疗方法,具有以下优点:(1)创伤小;(2)手术范围大;(3)定位准确;(4)及时发现副损伤、同时行腔镜下胸腔探查止血、肺修补及膈肌修补等操作;(5)恢复快,患者住院时间短,痛苦少。骨骼是人体结构的重要组成部分,同时也是人体各项机能的主要支撑支架,在人体的骨骼出现一些问题之后,对于人体而言也将会造成很大的影响,会直接影响到行动、造血、活动等多个方面。当前,骨科创伤有四肢骨折、脊柱骨折、关节损伤等类型,现代医学还未出现以前,骨折是一项难以治疗的疑难杂症。肋骨是胸廓的骨性支架两侧 12 根肋骨胸骨共同围成,起到保护肺脏及心脏的功能,肋骨骨折是胸部直接外伤引起的肋骨完整性破坏连续性中断,典型症状是胸部外伤后引起的胸部疼痛明显,伴有咳嗽深呼吸时疼痛加重。在胸外伤患者中,多发性肋骨骨折属于比较常见的疾病类型,多发生于老年群体中。究其原因,在 25 周岁左右,人体的骨骼都已经开始逐渐流失,骨重建失衡是引起骨质疏松的最主要原因,当骨骼吸收的速度大于骨形成的速度的时候,骨骼的强度也随之降低,从而增加骨折的发生概率。由于老年人群体的特殊性,老年患者的各功能已经逐渐衰退,免疫功能不断的下降,同时合并有糖尿病、脑血管疾病、肾功能减退、呼吸系统病变等。50 周岁以上的中老年人会存在有骨质疏松症状,老年患者的骨骼十分脆弱,因此在受到外力的作用下,就容易导致患者发生骨折,一旦发

生骨折所产生的并发症会严重危及到患者的生命安全。随着年龄的增长,骨折的发生率会越来越高,多发性肋骨骨折会导致患者出现持续性的疼痛,疼痛部位有可能是局部的,也有可能是全身的。治疗多发肋骨骨折相对比较困难,尤其是对于老年人,较易出现延迟愈合、骨折不愈合、畸形愈合等等,对患者的呼吸运动以及正常活动造成很大的影响,导致患者出现严重的并发症,例如:肺内积液、肺不张、气胸、感染等等,出现的严重并发症,还会威胁到老年患者的生命安全,导致患者死亡。临床上在治疗多发性肋骨骨折主要采取手术手段,通过手术治疗可以减轻患者的疼痛,改善患者的临床主要症状,提高患者的生活率与生存质量。目前临床上最常用的手术类型有电视胸腔镜手术与常规手术。传统的开放性手术虽然这种手术方式已经比较安全与成熟,但是手术的切口比较大,巨大的手术创伤会给患者带来很大的影响,尤其是对于老年患者,对手术的耐受力比较差,愈合能力较差,会给患者增加很大的痛苦,术后患者恢复时间比较长,还可能会引发较多的并发症,在临床上比较容易发生坠积性肺炎,还可能会引起全身的感染,例如:深静脉血栓,泌尿系统感染等等。对伤口愈合以及患者康复造成一定的影响,不利于患者的肢体功能早日康复,严重影响了手术的成功率以及预后效果,甚至严重的并发症会威胁到患者的生命安全,导致患者死亡。近年来随着科技的迅速发展,我国医疗领域也有了很大的进步,治疗骨科疾病的手段也变得多样,胸腔镜的普及在临床上得到了越来越多医生和患者的青睐,操作简单,临床应用的范围比较广泛,治疗效果也令人满意。胸腔镜微创不用开刀,手术时间更短,手术对患者的创伤比较小,患者的痛苦比较小,降低并发症发生率,缩短住院时间等优点,更有利于促进患者早日康复,在临床上得到了患者的广泛应用。除了安全治疗,我们也要重视患者的术后康复情况。并结合微创治疗等新兴技术,促使患者疾病早日恢复,提升临床治疗疗效<sup>[3]</sup>。采用电视胸腔镜手术方案,首先可以降低对患者的手术创伤,在术后,患者的恢复快,切口相对小,患者的手术接受度高。此外,在电视胸腔镜方案的支持下,手术医师可以明确患者胸腔内部的情况,减少对周围组织造成的创伤<sup>[4]</sup>。在一般治疗上,要针对骨折断端进行手法复位,而胸壁外固定适用于多肋骨骨折,可以减少患者的疼痛度,在外固定后患者的呼吸功能改善,且胸壁不会有明显的畸形问题。在手术方案上还有胸壁内固定形式,可以使用金属缝线、钛板、可吸收肋骨钉来对每一个部位的肋骨进行固定,可将金属板固定于左右

两端胸廓的肋骨前,由此消除反常呼吸情况<sup>[5]</sup>。而电视胸腔镜的使用有助于肋骨固定复位手术的开展。在电视胸腔镜的使用中,指的是利用现代电视摄影技术、高科技设备进行的诊疗方案,不仅可以缩小切口,降低患者疼痛度,相对于传统的手术治疗方式有着较大的区别<sup>[6]</sup>。在手术期间,医师是通过监视屏幕,采用手术器械完成的,相当于将医师眼睛深入到胸腔内,通过胸腔镜的放大技术和高清成像技术,扩大手术视野,医生能够清晰地看到患者骨折的具体部位、结构,并通过胸腔镜技术完成手术操作,同时也不会损伤到周围的组织,提升手术治疗的安全性<sup>[7]</sup>。与此同时,外科医疗技术的发展中,电视胸腔镜手术方案得到了更多学者的认可,可以针对外伤性血气胸,并能够准确地判断胸内损伤、出血部位,以及为胸腔操作节约手术用时。由于胸腔镜切口小,对于患者损伤也比较小、促进患者术后快速恢复,通常患者可以早日下床活动,恢复正常饮食。并且胸腔镜微创术后不会留下明显的疤痕,对患者的外观不会产生影响,从整体治疗方案上看,其具有微创的优势,可以减少不必要的开胸手术,患者的接受度相对更高,也有助于抢救治疗工作的优先开展<sup>[8]</sup>。结合本地调研看,通过对患者实施电视胸腔镜手术方案,观察组患者的并发症发生率低,此外,在手术用时、住院用时、术后疼痛时间的用时上也低于对照组,患者的手术疼痛感相对较低,故而提升了治疗依从性和满意度,符合手术开展的要求,达成了手术预期目标。值得一提的是,微创手术的出现给骨科创伤患者带来了新的治疗方式,微创手术中医疗器械具有稳定性,能够精准的对患者进行治疗,缩短手术的时间,减少并发症的发生率,帮助患者骨折复位的完成,提升治疗疗效,促进患者早日康复出院,进而减轻患者的经济负担<sup>[9]</sup>。除此外,微创手术的治疗方式创伤小,对患者的血管、创伤部位周围组织的影响很小,实现了患者整体治疗效果的提升、患者在手术中和临床指标上都有了明显的改善<sup>[10]</sup>。本文研究结果也符合这一结论。

综上所述,采用电视胸腔镜手术方案治疗多发性肋骨骨折,能够减少对患者的治疗伤害,创伤小,电视胸电视胸腔镜手术与常规开胸手术区别是很大的。比常规手术治疗多发性肋骨骨折用时更短,临床医生通过腹腔镜完成一系列手术,减少对周围组织的损伤,术中出血量更少,缓解患者的疼痛,减少并发症的发生率,有助于患者早日康复,并可以降低手术的风险性,电视胸腔镜手术更加的安全、有效,电视胸腔镜手术方案值得在临床上治疗多发性肋骨骨折中大力的推广应用,是未来胸外科发展的方向

之一。但本研究仍存在一定的局限性,如纳入样本量有限,更确切的研究结果尚有待进一步大样本研究以证实。

### 参考文献

[1] 孙宏志,马翠莲,孙瑜.比较电视胸腔镜手术与常规手术治疗多发性肋骨骨折的临床效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(5):89.

[2] 程昊阳.电视胸腔镜手术治疗多发性肋骨骨折的临床疗效分析[J].中国民康医学,2014(20):45-46.

[3] 张全,魏宇轩,魏立,等.电视胸腔镜与开胸手术对老年多发性肋骨骨折并血胸患者肺功能及疼痛因子、炎症因子的影响[J].创伤外科杂志,2019,21(3):206-210.

[4] 朱文,修自光,惠雨,等.完全电视胸腔镜外科手术治疗胸部创伤并多发肋骨骨折临床分析[J].中华胸部外科电子杂志,2019,6(1):12-16.

[5] 胡伟成,谢意程,刘强.电视胸腔镜联合肋骨接骨板治

疗多发性肋骨骨折合并血胸的临床研究[J].现代诊断与治疗,2019,30(15):2601-2602.

[6] 任守阳,黄健,张晓飞,等.电视胸腔镜手术及常规手术治疗多发性肋骨骨折的对比分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2014,21(1):33-35.

[7] 李忠,林丽景,卓宜盟,等.电视胸腔镜辅助及常规手术治疗多发肋骨骨折的对比分析[J].中外医学研究,2017,15(33):10-12.

[8] 张书文.电视胸腔镜联合肋骨接骨板治疗多发性肋骨骨折合并血胸的临床价值研究[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(58):37,39.

[9] 丁昌林.电视胸腔镜治疗多发性肋骨骨折的临床应用[J].黑龙江医药,2014(6):1447-1448.

[10] 向毅,杨泉,郭小川,等.胸腔镜与常规手术治疗多发性肋骨骨折并肺撕裂伤的临床对照研究[J].实用医院临床杂志,2017,14(4):184-186.

收稿日期:2021-02-10

## 血塞通注射液联合西药治疗重型颅脑外伤的临床观察

赵星星 罗海辉 周伟雄

(广州市黄埔区中医医院,广东 广州 510700)

**摘要** **目的:**分析血塞通注射液联合西药治疗重型颅脑外伤的临床疗效。**方法:**选取2017年1月-2020年8月200例重型颅脑外伤患者,采取加权随机法分为观察组(在常规疗法的基础上加入血塞通注射液,共计100例)与对照组(采取常规疗法,共计100例)。比较2组患者采取不同方案治疗后的治疗结局,同时统计2组患者治疗期间的并发症发生情况,同时比较2组患者治疗前后炎症因子指标的变化;另外,比较2组患者治疗前后MCA的Vm、NIHSS评分、BI评分、大脑皮层、基底节区、丘脑脑血流动力学参数变化情况。**结果:**采用常规西药联合血塞通注射液治疗的观察组在临床疗效方面明显高于采取常规西药治疗的对照组( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗期间的并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组和对照组治疗前炎症因子水平对比,差异不显著( $P > 0.05$ );观察组治疗后炎症因子水平明显优于治疗前和对照组患者治疗后,差异显著( $P < 0.05$ );对照组治疗后炎症因子水平明显优于对照组治疗前,差异显著( $P < 0.05$ )。观察组和对照组治疗前Vm对比,差异不显著( $P > 0.05$ );观察组治疗后Vm水平明显优于治疗前和对照组患者治疗后,差异显著( $P < 0.05$ );对照组治疗后Vm水平明显优于对照组治疗前,差异显著( $P < 0.05$ )。观察组和对照组治疗前NIHSS评分、BI评分对比,差异不显著( $P > 0.05$ );观察组治疗后NIHSS评分、BI评分明显优于治疗前和对照组患者治疗后,差异显著( $P < 0.05$ );对照组治疗后NIHSS评分、BI评分明显优于对照组治疗前,差异显著( $P < 0.05$ )。大脑皮层、基底节区、丘脑血流动力学方面,观察组治疗后CBF、CBV、MTT、TTP水平明显优于治疗前和对照组患者治疗后,差异显著( $P < 0.05$ );对照组治疗后CBF、CBV、MTT、TTP水平明显优于对照组治疗前,差异显著( $P < 0.05$ )。**结论:**血塞通注射液主治疗血阻络证,其在重型颅脑损伤患者中的应用能够起到通脉活络的功效,从而减少并发症发生率,有助于减轻患者神经缺损程度,降低血清炎症因子水平,并改善患者相关的各个指标,可在该病临床治疗中推广应用。

**关键词** 血塞通注射液;重型颅脑损伤;临床疗效

中图分类号:R 651.1 文献标识码:B 文章编号:1673-6567(2022)09-0060-06 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.09.016

颅脑损伤是急诊常见损伤类型,颅脑损伤的发生会导致颅骨、脑组织、神经以及血管发生机械性改变,从而导致颅内压升高、血流动力学改变,若不及时救治可能引起多器官功能衰竭,具有较高的残疾率和死亡率<sup>[1]</sup>。目前临床主要对于重症颅脑损伤患

者尽早采取急诊手术来控制脑损伤的进一步加重,但是在后续治疗中还需要使用药物来降低各种并发症的发生,例如脑疝、脑水肿等,这些继发性损伤的发生对患者的预后造成较大的影响<sup>[2]</sup>。颅脑损伤发生机制比较复杂,脑组织缺血缺氧是各种继发性损