

锁定钢板治疗肱骨近端骨折的临床体会

杨勇¹ 肖义陂¹ 熊朝霞²

(1 江西中医学院 2002 级研究生 南昌 330006; 2 江西省新余市人民医院 新余 338025)

关键词 肱骨近端骨折 手术疗法 锁定钢板

中图分类号 R 683.41

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0050-02

2002 年 10 月~2004 年 11 月,我科使用 AO/ASIF 锁定钢板治疗肱骨近端骨折患者 18 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 13 例,女 5 例;骨折愈合时间 3~7 个月,平均 3.8 个月;按 Neer 分型,I 型骨折 8 例,II 型骨折 4 例,III、IV 型骨折 6 例。

1.2 手术方法 采用臂丛麻醉,三角肌胸大肌间隙入路,牵开肌肉,必要时分离部分三角肌,不需要剥离骨膜,清除血肿及碎骨片,复位骨折。有骨质疏松明显患者取自体骨填塞支撑,克氏针临时固定,锁定钢板放于肱骨大结节顶点下 0.5cm,结节间沟后 0.5 cm,放置导向装置及 LCP 钻头导向器,钻孔近端上 1 个锁定螺钉,再加 1~2 个松质骨螺钉,远端用 1~2 个锁定螺钉,其余可全用皮质螺钉。如有肩袖损伤,常规修复,活动肩关节无碍,冲洗后关闭切口。

1.3 术后处理 患肢悬吊位固定 3d,不需其他外固定,除 1 例患者因股骨头严重粉碎性骨折,让其推迟至 3 周后肩关节功能锻炼,其他患者 3~7d 后即行肩关节功能锻炼。

1.4 随访结果 18 例患者经上述方法治疗后随访 15 例骨折均愈合;随访时间最长 20 个月,均未见股骨头坏死,按国际上采用的 Neer 评定^[1],肩关节功能恢复均满意。

1.5 典型病例 患者,男,62 岁,因车祸致左侧肱骨头颈部粉碎性骨折,在外院行“T”型钢板内固定,术后 2 个月仍感患肩酸胀疼痛,且关节活动明显受限。X 线检查示:左侧肱骨头碎片 3 块,且有翻转移位。后在我院手术取出钢板,骨折给予解剖复位,采用肱骨近端锁定钢板固定,骨折近端用 1 个

锁定螺钉加 1 枚松质螺钉,远端用 3 枚皮质螺钉,1 周后患者逐渐行肩关节功能锻炼,局部疼痛消失,关节功能明显改善。

2 讨论

2.1 肱骨远端的骨折的分型及治疗方法 现通用的分型是 Neer 在 Codorman 分类基础上^[1],根据肱骨近端 4 个解剖部位,即肱骨头,大结节,小结节。如肱骨干及相互之间移位程度来进行分类,I 型为所有移位小于 1 cm,旋转小于 45 度的骨折;II 型为两部分骨折;III 型即三部分骨折;IV 型为四部分骨折。肱骨近端骨折多发生于老年及骨质疏松患者,近年来随着车祸的增多,青壮年发病也呈上升趋势。它的治疗原则是争取解剖复位,尽可能保留肱骨头的血液循环,维持骨折端的稳定,并早期开始功能锻炼。对肱骨近端移位不明显的骨折,我们通常行闭合性复位,外展支架或贴胸位固定,而对骨折移位明显或伴肩关节脱位的患者,通常予以手术切开复位内固定术。手术方法包括克氏针张力带、可吸收缝线缝合、T 型钢板固定、三叶草钢板固定、假体置换等。

由于肱骨头大部分为松质骨,老年患者又常有骨质疏松改变,而对于严重粉碎性骨折、骨缺损患者,克氏针张力带固定或可吸收缝线缝合显然不适合。而普通 T 型钢板的横部比较宽而厚、塑形性差,与肱骨近端难以密切服贴,固定于肱骨头的松质骨螺钉数量少,固定不够坚强可靠^[2];三叶草钢板虽部分克服 T 型钢板的缺点,但也存在组织剥离损伤大,且骨折近端固定牢靠性差的缺点。而假体置换更是由于价格昂贵且术后关节活动受限而用之甚少。故以上手术都有术后满意率低、术中操作困难、手术损伤大、术后并发症多等,如断钉、

乌、地骨皮、五加皮补肾滋阴,清热安神;丹皮、桑白皮、白鲜皮、川楝皮清热祛风止痒;茯苓皮、扁豆皮、干姜皮、大腹皮、冬瓜皮健脾去湿利水。统观全方无论对实热虚热、实风虚风、实湿虚湿均有疗效。荨麻疹患者发病过程中除体液免疫参与外,细胞免疫也起一定作用的观点已被国内外学者所证实^[2]。临床上常遇到某些严重荨麻疹患者单用抗组胺药物疗效不佳易复发的现象,更多地选择其它免疫治疗药物是可行的。本文用具有免疫调节作用的斯奇康行具有清热祛风、补血活血通络的合谷、曲池、血海、足三里穴位封闭,药物和经络穴位共起协同作用,从而增强机体的抗病能力,抵抗外来致敏源和消灭体内各种致敏炎症介质。提示中西医结合是治疗慢性荨麻疹较好的方法。

参考文献

[1]赵炳南,张志礼,孙在原.简明中医皮肤病学[M].北京:中国展望出版社,1983.176
[2]唐亚娟.荨麻疹外周血 T 淋巴细胞及亚群的检测[J].临床皮肤科杂志,1999,28(4): 284

(收稿日期: 2004 - 11 - 09)

表 1 荨麻疹症状和体征的四级评分标准

	0 分	1 分	2 分	3 分
瘙痒	无	1~2 次/d	3~5 次/d	≥6 次/d
红斑	无	少,轻	中等	多量
风团	无	少,<0.5cm	中等,<1cm	多,>1cm
皮肤划痕症	无	略高,缓	条隆,快	条隆,迅速

4 结果

治疗组和对照组分别痊愈 101、30 例,有效 16、20 例,无效 3、10 例,总有效率 97.5%、83.3%。经统计学处理 $P<0.05$ 。停药 2 周后 2 组总有效率分别为 92.3%、66.5%,停药 3 周后为 90%、62.3%。2 组相比,无论近远期疗效差异均有显著性。

5 讨论

慢性荨麻疹是皮肤科常见病,病因复杂,病情反复,大部分病人经多种方法多种抗组胺药治疗,疗效均不佳。笔者多年应用中医皮肤科专家赵炳南治疗慢性荨麻疹的经验方多皮饮加减配合斯奇康注射液行穴位封闭治疗慢性荨麻疹取得较好临床效果,尤其远近期效果均优于对照组。多皮饮养血活血,清热祛风,去湿止痒。其中当归、生地养血活血;何首

牵拉封闭法配合手法治疗肩关节周围炎 78 例

段莉¹ 李鹏²

(1 内蒙古自治区包头市中心血站 包头 014010; 2 内蒙古自治区包头市昆区医院 包头 014010)

关键词 肩周炎 牵拉封闭法 强的松龙 利多卡因 祖师麻注射液 手法

中图分类号 R 684

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0051-01

肩关节周围炎是肩关节周围软组织和关节囊发生的一种无菌性炎症。中医传统医学称之为“漏肩风”、“五十肩”、“肩凝”等。我们从 2000 年以来,以手法理筋配合牵拉封闭法治疗该病 78 例,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

本组 78 例,男 40 例,女 38 例;年龄最大者 78 岁,最小者 46 岁,平均 56.9 岁;病程最长 3 年,最短 1 个月,平均 4 个月;均有患肩疼痛及功能障碍,其中剧痛者 25 例,活动受限时疼痛者 53 例;外展≤ 45° 18 例,外展≤ 46° 60 例;上举≤ 90° 41 例,上举≤ 91° 130° 37 例;后伸≤ 15° 27 例,后伸≤ 16° 30° 51 例;肩部肌肉轻度萎缩者 54 例,重度萎缩者 2 例。

2 治疗方法

2.1 牵拉封闭治疗 患者自主外展、上举、后伸上肢,找到痛点做记号,用强的松龙 15 mg、2%利多卡因适量、祖师麻注射液适量,选 3 个最痛点做封闭。休息 10min 后,牵拉患肢尽量外展、后伸、上举,找出痛点,用强的松龙 10 mg、2%利多卡因适量、祖师麻注射液适量,封闭最痛点 2~3 个,休息 10min。

2.2 手法治疗 先用揉法、揉法在肩前、肩外、肩后广泛放松肌肉组织,点压曲池、肩贞、肩井、天宗及阿是穴。再用弹拨、分理、顺筋等手法在肌肉的骨附着部、肌肉与肌肉交叉部解除粘连,纠正肌腱轻度移位,以通止痛,以顺止痛。第三步,用牵伸、抖摆、摇旋等手法,术者一手扶肩,一手持腕以肩关节为轴心,以整个上肢为半径绕大圆;一手扶肩,一手托肘,以肩关节为轴心,以上臂为半径绕小圆。活动范围由小到大,逐渐增强,切忌用力过猛,造成新的创伤出血。经上述理筋手法后,关节粘连有一定松解,疼痛有一定减轻,但亦有因活动过重而疼痛稍加重者。第四步,以轻快手法,轻拍轻揉患部,

钉松动、肩峰撞击疼痛、肌萎缩、肱骨头坏死、关节活动差等缺点。主要与内固定强度差、复位欠佳、内固定不牢靠、术后制动时间长等有关。

2.2 锁定钢板固定的优点 锁定钢板是近两年才出现的新型的内固定器材,用于肱骨近端骨折的锁定钢板基本克服了以前内固定的缺点,它主要有以下优点:(1)解剖型设计,有利于手术中骨折的复位,体积小,操作简单,减少手术创伤,降低肩峰撞击的危险,由于操作简单方便缩短了手术时间,减少了出血及术后感染的风险。(2)缝合孔的设计,方便了术中的复位及固定,特别是对 III、IV 型骨折,在术中可以利用缝合孔进行克氏针临时固定及钢板固定后进行粉碎骨块的缝合固定,提高了复位的准确性^[3]。(3)锁定成角稳定性,肱骨近端锁定钢板靠钢板螺孔的内螺纹和螺钉钉尾的外螺纹锁形成整体,实现牢靠固定,螺钉具有较好的锚合力和抗

结束手法。以上手法治疗隔 1d 做 1 次,牵拉封闭隔 3d 做 1 次,治疗间隙嘱患者自主活动,以加强患肩功能锻炼。

3 治疗效果

3.1 疗效评定标准 治愈:肩痛消失,肩关节活动接近健侧,后伸尺骨茎突达 T₁₂ 以上。显效:症状明显减轻,上举≥140° 外展≥ 90° 后伸尺骨茎突达 T₁₂ 处。有效:疼痛减轻,肩关节活动范围较治疗前增大,但未达到显效水平。无效:经治疗症状和体征无任何改变。

3.2 疗效评定结果 本组 78 例,疗程最短 4d,最长 20d,平均 14d;手术治疗最少 5 次,最多 25 次,平均 13 次。按上述标准,治愈 68 例,占 87.1%;显效 9 例,占 11.5%,有效 1 例,占 1.2 %;总有效率为 100%。其中 35 例病例,随诊 1 年以上,均无复发,肌肉萎缩经锻炼均明显改善。

4 讨论

肩关节周围炎是中老年人常见病、多发病,其病理学基础是无菌性炎症、水肿、渗出、粘连及局部代谢产物的积聚,从而导致疼痛、功能障碍等临床症状。手法治疗的作用是松解粘连,活血镇痛,滑利关节。牵拉封闭的作用不但将药物注射到常见的解剖病理改变区,消除炎症,并且通过牵拉发现潜在的病理改变区,所以注射相当有效。并在镇痛后施行手法,使手法容易充分进行,粘连解除彻底,且借助手法作用有助于药物充分扩散至病变区域,发挥抗炎作用,从而获得相当满意的疗效。

另外,嘱患者忍着轻痛自我锻炼是非常重要的,有报道说上肢骨折的患者固定一段时间后,易患肩周炎。另可给患者服活血化瘀、温经除湿的药物以助提高疗效。

(收稿日期: 2004 -08-31)

拉力,对于纵向应力螺钉不会相对于钢板移位,特别是在骨质疏松和粉碎性骨折,避免了因螺钉松动或拔出造成骨折复位的丢失。另外,锁定钢板被称为骨折内固定支架,钢板和骨面不产生压力,最大限度地保留了肱骨头和骨膜的血运,大大提高了骨折愈合率。

不可否认,锁定钢板由于它相对较贵的价格,推广使用上也受到了一定的限制,但有理由相信它的前景是广阔的。

参考文献

[1]荣国威,王承武.骨折[M].北京:人民卫生出版社,2004. 554~575
[2]柴伟,钱齐荣.肱骨近端骨折的治疗现状 [J].中华外科杂志,2003, 41(2): 150~152
[3]Jih Yk,Ryugi Y.Surgical treatment of complex fracture of the proximal humerus [J].Clin Ortop, 1996,327: 225~237

(收稿日期: 2004 - 12 -05)