

锁定加压接骨板治疗桡骨远端关节内骨折

孙斌

(辽宁省鞍山市中医院 鞍山 114004)

关键词:桡骨远端;关节内骨折;LCP 内固定

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.022

桡骨远端骨折是一种常见病,传统治疗方法是手法整复石膏或小夹板固定。近年来随着医疗水平及康复的发展,对桡骨远端骨折的认识不断提高,主张采取更积极的治疗。我院自 2005 年 6 月~2008 年 2 月采用腕掌侧入路 LCP 固定治疗桡骨远端关节内骨折 28 例,取得满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例,男 16 例,女 12 例;年龄 20~75 岁;左侧 15 例,右侧 13 例。

1.2 骨折分类 按 AO 分类方法:B1 型(部分关节内骨折,桡骨矢状面骨块)5 例,B2 型(部分关节内骨折,掌背侧骨块)10 例,C1 型(完全关节内骨折,干骺端骨折,简单)8 例,C2 型(完全关节内骨折,干骺端骨折,粉碎)4 例,C3 型(完全关节内骨折,桡骨远端粉碎性骨折)1 例。

1.3 手术指征 桡骨远端关节内骨折,骨折分离移位大于 2mm 者。

2.2 两组并发症比较 实验组溃疡出血及穿孔的发生率明显低于对照组($P<0.05$),但感染与梗阻的发生率较对照组增加($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 例(%)

组别	n	出血	感染	梗阻	穿孔
实验组	50	2(4.0)	4(8.0)	7(14.0)	1(2.0)
对照组	46	6(13.0)	2(4.3)	1(2.2)	4(8.7)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组溃疡复发率比较 与对照组相比,实验组 6 个月的溃疡复发率明显降低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组溃疡复发率比较 例(%)

组别	n	复发
实验组	46	4(8.7)
对照组	36	9(25.0)
P 值		<0.05

3 讨论

胃溃疡临床上表现为上腹部疼痛,饱胀感。目前,我国治疗胃溃疡多首先采用制酸剂、胃黏膜保护剂及胃动力药进行治疗,到患者出现穿孔、大出血、严重梗阻或癌变等严重并发症时才进行手术治疗,增加了病情的复杂性及手术风险,使手术并发症增加,手术效果降低。从 2003 年开始,我们放宽了胃溃疡的手术适应证,对于 >1cm 和经正规内科治疗后复发的胃溃疡患者早期手术治疗,使患者的治愈率有了明显的提高,穿孔、出血和癌变等并

1.4 手术方法 在桡骨远端的掌侧做“S”行皮肤切口,始于桡骨干,止于远侧腕横纹远端,保护正中神经,潜行切开腕横韧带。在掌长肌腱深面、指浅屈肌腱和正中神经之间深入解剖,向桡侧牵开正中神经,切断旋前方肌的桡侧,显露桡骨的远端,直视下整复桡骨关节面,恢复桡骨的长度、掌倾角、尺偏角。选择长度适当的斜 T 型 LCP,置于桡骨掌侧,在定位器引导下用 2~3 枚锁定钉固定桡骨远端,骨折近端用普通钉或锁定钉固定。

1.5 结果 随诊 8~18 个月,平均 15 个月。X 线显示骨折全部愈合,桡骨远端掌倾角为 10~15°,尺偏角 16~24°,平均 20.8°,桡骨短缩 5mm 2 例,2mm 1 例,其余病例短缩小于 2mm,关节面均小于 1mm。根据 Aro [1] 关节 Colles 骨折复位后的功能评价:优 13 例,良 12 例,差 3 例,优良率 89.3%。

2 讨论

正常时桡骨远端的关节面掌倾角为 10~15°,症的发生率也大幅下降。但在临床中我们也发现,贲门狭窄梗阻的发生率增加,可能与手术方式及具体的手术操作有关。

胃溃疡治疗的手术方式有单纯溃疡切除、溃疡旷置和胃大部切除术,其中胃大部切除是胃溃疡手术首选方法[2]。毕氏 I 式胃大部切除术具有手术操作简单、时间短、术后接近生理状态、对胃肠功能影响小、术后并发症少等优点,已成为胃溃疡的优选术式。但对于巨大溃疡或幽门口严重狭窄穿孔患者应选用毕氏 II 式胃大部切除术。因此对于胃溃疡患者,我们认为手术指征可以放得较宽,只要经过 1~2 个疗程的正规内科治疗疗效差或治愈后复发,溃疡直径 >1cm 的患者都可以手术治疗。此外,患者手术后感染及梗阻的发生率有所增加,可能与手术的无菌操作方式有一定关系,有必要加强相关研究,减少此类并发症的发生。正确的手术方式选择、充分的术前准备和细致规范的手术操作有助于提高手术效果,减少并发症的发生。

参考文献

[1]白东莉,吕新才,任学云,等.860 胃溃疡胃镜检查分析[J].宁夏医学院学报,2007,33(4): 23-24
[2]顾如山.胃溃疡穿孔手术方式探讨(附 101 例报道)[J].中国医药导报,2008,5(3): 155

尺偏角为 20~25°，桡骨茎突长于尺骨茎突约 12mm，这些结构都是与腕关节功能密切相关的，在桡骨复位时应尽可能恢复上述结构的解剖位置。对于一般的关节外骨折，整复后采用石膏固定，是可以达到满意的治疗效果的，但对于涉及关节面的骨折和不稳定的粉碎性骨折，普通外固定难以维持良好的复位，从而导致桡骨远端短缩、掌倾角及尺偏角减小、关节面不整等，继发疼痛、关节功能障碍。统计表明，涉及关节面的骨折创伤性关节炎的发生接近 40%^[2]。关节面移位超过 2mm，局部应力将增加 27%~51%，同时应力中心一部分将转移到尺骨，产生腕关节的位置和运动变化，并导致腕关节的创伤性关节炎^[3]。因此，治疗上要尽可能恢复桡骨远端的正常形态，特别是关节面的完整性与桡骨的高度，使其恢复腕关节的功能。本组对于累及桡骨远端关节面、骨折关节面移位大于 2mm 者均按不稳定性骨折处理。

桡骨远端骨折切开复位的手术入路随损伤机制的不同可以选择掌侧、背侧、掌背侧入路，笔者认为应以掌侧为优，必要时附以背侧小切口协助复位。因为桡骨掌侧平整，经掌侧入路切开复位时很容易将接骨板放置在桡骨的掌侧面，又能够用旋前方肌覆盖接骨板，对腕部肌腱干扰少。但对于来自于掌侧的暴力造成桡骨远端向背侧移位，掌侧入路术中复位困难者要附以背侧切口，尽可能达到解剖复位。本组功能差的 3 例为背侧移位者，骨折粉碎压缩，采用的是单纯掌侧入路，复位不良，术后仍有桡骨短缩 2mm 以上。本组无 1 例出现腱鞘炎和肌腱断裂现象。

内固定方法的不断发展为桡骨远端关节内骨折的疗效创造了很好的条件，锁定加压接骨板是在动力加压接骨板和有限接触动力加压接骨板的基础上，结合 AO 点接触接骨板和微创内固定系统特点设计研制的，该系统的螺钉分为普通和锁定两种，锁定螺钉的尾部有精密的螺纹，与螺钉空的螺纹相配合，锁定螺钉的植入方向是严格定向的，这就要求钻孔时要借助定位模板进行，锁定螺钉完全拧入并与钢板的螺钉锁定后，钉板系统成为一个整体，这时整个系统类似于一个置于皮下的外固定支架，接骨板无需和骨皮质接触，彼此之间存在的空间空隙既有效地保护了连在骨片上的软组织，减少了骨折片血运供应的干扰，为骨折愈合创造良好条件，又避免了传统接骨板在预弯不良的情况下拧紧螺钉所造成的骨折端移位。本组病例随访表明，直至骨折愈合，固定均未丧失，证实 LCP 锁定机制能够为骨折提供稳定性，还能够提高对骨折端位置的维持作用及螺钉对骨块的抓持力，这一优点在骨质疏松骨折的病人应用上体现得更加充分。

本组患者的实践证明，掌侧入路切开复位 LCP 内固定治疗桡骨远端不稳定骨折具有手术简便、复位准确、固定牢靠、疗效满意的优点。

参考文献

[1]Aro HT, Koivunen T.Minor axial shortening of the radius affects outcome of colles fracture treatment [J].J Hand Surg(Am),1999,16: 392-398
[2]姜保国,张殿英,傅忠国,等.桡骨远端粉碎骨折及关节内骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2002,22(2): 80-83
[3]Baratz ME, Des Jardins JD, Anderson DD,et al. Displaced intra-articular fractures of the distal radius: the effect of fracture displacemend on contact stresses in a cadaver model [J].J Hand Surg(Am),1996,21:183-188

(收稿日期: 2010-01-10)

中医外治法治疗过敏性鼻炎 38 例体会

张东林

(江西省南丰县中医院 南丰 344500)

关键词:过敏性鼻炎;中医外治法;体会

中图分类号:R 765.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.023

过敏性鼻炎是发生在鼻腔黏膜的变态反应性疾病,以喷嚏、流涕、鼻痒、鼻塞等为主要症状,病证顽固,反复发作,根治手段欠佳,抗组织胺类、类固醇类等药物的运用只能起到缓解症状的作用。自 2003 年以来笔者运用中医外治法治疗过敏性鼻炎 38 例,取得较满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 病例均为本院门诊、住院病人。62 例病例中,男性 35 例,女性 27 例。治疗组 38 例,年

龄最大 46 岁,最小 5 岁;病程 1~11 年。对照组 24 例,年龄最大 45 岁,最小 6 岁;病程 1~12 年。症状为突发流涕、鼻塞、鼻痒、喷嚏,发病迅速,常反复发作,或轻或重,患者鼻腔黏膜多潮红或水肿或黏液多。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 中药细辛、苍耳子、辛夷花、白芷、薄荷、冰片各 1 份,焙干研末,装瓶备用。用消毒棉球蘸取药末轻轻塞于鼻腔深处,两(下转第 36 页)