

# 钢板内固定治疗肱骨外科颈骨折 48 例体会

张军 刘冠中 陈军  
(陕西电子四零九医院 宝鸡 721000)

**摘要:**目的:分析钢板内固定系统治疗肱骨外科颈骨折的优缺点,总结手术治疗该病应注意的问题,为该病的治疗提供经验总结。方法:对我科 2008~2011 年收治的肱骨外科颈骨折患者进行钢板内固定治疗,应用锁定钢板 29 例,解剖钢板 19 例,平均随访 7 个月。结果:按照 Neer 标准评分:优 29 例,良 12 例,一般 7 例。结论:钢板系统治疗肱骨外科颈应以恢复患者肩关节功能为目标,综合考虑制定治疗方案。

**关键词:**肱骨外科颈骨折;手术治疗;钢板内固定

中图分类号:R 681.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.057

肱骨外科颈是肱骨解剖上的薄弱环节,松质骨由此处向密质骨过渡且稍细,易发生骨折,各个年龄段均可发生,但以老年患者居多。近年来,按 Neer 分型需切开复位内固定的病例,骨折分类一般都属“骨折块移位 >1 cm”或“骨折块成角 >45°”<sup>[1]</sup>。在众多手术方法中,钢板螺钉固定被公认为是最稳定的固定方案之一。我科 2008~2011 年采用不同手术方法治疗肱骨外科颈骨折病例 48 例,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 48 例,其中男 29 例,女 19 例,最大年龄 78 岁,最小年龄 28 岁,平均年龄 46.7 岁,均为闭合骨折。其中车祸伤 12 例,摔伤 27 例,坠落伤 7 例,外力击打伤 2 例,其中合并肩关节骨折 3 例。Neer 分型:二部分骨折 15 例,三部分骨折 28 例,四部分骨折 5 例。

1.2 治疗方法 48 例患者全部采用钢板内固定系统。钢板选择原则:Neer 分型属于二部分骨折年龄大于 70 岁、三部分骨折且年龄大于 55 岁女性患者日就诊。右侧头及面颊灼痛难忍 3 年,西医诊为三叉神经痛,予普鲁卡因封闭,开始封闭 1 次,尚能缓解半月,以后缓解时间逐渐缩短,直至每次封闭只能缓解 2~3 h,脉沉数。中医辨证为肝经郁火上灼,宜清泄肝经郁火。处方:白僵蚕 10 g、蝉蜕 5 g、姜黄 7 g、川大黄 3 g、龙胆草 6 g、山梔 9 g、桑叶 9 g、丹皮 10 g、茺蔚子 9 g。共服 6 剂而痛止,随访 3 年未发。按:三叉神经痛,以半侧面部反复发作、阵发性剧痛为特征的一种病症。它既是常见病之一,又为难治疾病。从病机而言,历来多以风、火、痰、瘀、虚论治,就其病位而言,多责阳明、厥阴二经。本病笔者从肝经郁火论治,投升降散合胆草、梔子、桑叶、丹皮、茺蔚子,透达郁热,泻肝活血,俾令热透血活,气机调畅而疼痛除。

## 2 讨论

升降散系为治疗瘟疫而创立的,杨氏指出:治

者、三部分骨折年龄大于 60 岁男性患者、四部分骨折患者均采用锁定钢板,其余采用解剖钢板。其中应用锁定钢板 29 例,解剖钢板 19 例。手术方法:做肩前外侧入路,经胸大肌和三角肌间隙进入显露骨折断端。助手牵引直视下复位,对位满意后,使用克氏针临时固定,取钢板置于大结节处,解剖钢板滑动孔用螺钉固定骨折远端,使用松质骨螺钉固定肱骨头,松动滑动孔螺钉,牵引塑形后依次固定其他螺钉。锁定钢板使用 5~6 枚锁定螺钉固定。将骨折碎块及撕裂的肩袖组织使用双股 7 号丝线缝合于钢板缝合小孔处。其中 4 例因骨折严重压缩,复位后骨缺损明显,使用人工骨 2~6 g 进行植骨。透视满意后,冲洗创面,缝合。使用负压吸引 48 h 后拔除。术后三角巾悬吊 2 周开始渐行肩关节功能锻炼,6 周后开始向各个方向全面行功能锻炼,并配合中药舒筋活络洗剂(桑枝 15 g、桂枝 15 g、红花 10 g、花椒 10 g、艾叶 15 g、伸筋草 15 g、透骨草 15 g、川乌 10 g、草乌 10 g、刘寄奴 10 g、牛膝 15 g、木瓜 12 g)外敷。治疗温病若用辛温解表,是为抱薪投火,轻者必重,重者必死,惟用辛凉苦寒,如升降、双解之剂,以开导其里热,里热除而表证自解。本方清解郁热,升清降浊,燮理气机,临床用治急性热病,屡奏奇功。笔者在临床实践中运用本方治疗失眠、头痛、三叉神经痛等病证,均收到满意疗效。升降散以僵蚕为主药,方中僵蚕胜风除湿,清热解郁,散逆浊结滞之痰邪,杨氏以为本药“能辟一切怫郁之邪气”,故为君;蝉蜕祛风胜湿,涤热解毒而为臣药;姜黄祛邪伐恶,行气散郁,是为佐药;大黄苦寒通下,推陈逐腐,祛瘀泻热,用以为使;并取黄酒为引,蜂蜜为导,全方合力,共奏清热解毒、行气散郁、升清降浊之功。笔者运用此方,虽所治病证不同,但病机相切,故疗效显著,体现了中医治疗疾病,不是一病拘一方,而是根据病情辨证施治,同时我们看到古人组方严谨,配伍合理,含义深奥。

(收稿日期:2012-04-25)

磁共振成像在复杂性肛瘘诊断中的应用价值

肖慧荣 谢昌营 邵继满 陈志坚  
(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

**摘要:**目的:探讨磁共振成像(MRI)在复杂性肛瘘中的应用价值。方法:收集 20 例复杂性肛瘘,在术前进行 MRI 扫描,以手术结果为标准,将 MRI 检查结果及术前一般检查结果分别与手术结果进行比较。结果:与手术探查结果相比,术前 MRI 在肛瘘内口、肛瘘主管和肛瘘支管及脓腔诊断准确率分别为 70%、100%和 90%,术前一般检查的准确率分别为 60%、60%和 55%;在内口的显示上,两者比较差异无统计学意义;在肛瘘主管和肛瘘支管及脓腔的显示上,两者比较差异有统计学意义。结论:应用 MRI 检查,能较准确地显示肛瘘内口的位置、主管及支管的走向,为提高手术的成功率及避免过多的肛门括约肌的损伤具有重要指导意义。

**关键词:**复杂性肛瘘;核磁共振成像;应用价值

中图分类号:R 657.16 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.058

肛瘘是因肛门周围间隙感染、损伤、异物等病理因素形成的与肛门皮肤相通的一种异常通道。肛瘘是一种常见的肛肠外科疾病,一般需要通过外科手术方能治愈。多数肛瘘为单纯型,通过手术容易治愈,而 5%~15%的肛瘘为复杂型,其术后复发率可

高达 20%~40%,术中遗漏瘘管、隐匿性脓肿等是其高复发率的原因<sup>[1]</sup>。MRI 具有良好的软组织分辨力,能够准确显示瘘管内口的位置、主管及支管的走行及与直肠周围组织结构的关系,对手术方法的选择和降低复发率具有重要意义。本研究通过对 20 例

螺钉维持着肱骨头和钢板的相对位置,必须牢固固定。本组 1 例患者 76 岁,X 线显示大结节及肱骨头下的密质骨区呈明显的多孔,如螺钉反复进入,极易造成术后钉道松动。所以要求手术中钻孔需一次成型,减少螺钉松动的几率。使用松质骨螺钉固定时,骨钻应钻破一侧骨皮质,利用松质骨螺钉自攻进入,可保持松质骨螺钉牢固。有关螺钉的固定深度,Liew<sup>[3]</sup>等研究认为最佳位置应在肱骨头中心,螺钉可深入大肱骨头软骨下骨,提高螺钉的抗拔力。而螺钉的角度应与钢板的切线垂直,这样可以有效避免“钉-板”系统的剪力增加<sup>[4]</sup>。对于三部分骨折,应注意内侧骨的完整性,应使用螺钉固定肱骨头骨折块的中下部,否则缺乏机械支持的内侧粉碎骨折往往复位不佳。关于肱骨头的内旋角,若移位明显,应切开发节囊,直视下使用点式复位钳复位,解剖标志可参考肱骨大、小结节嵴和结节间沟。但近年来有学者报道肱骨近端骨折可不必强求解剖对位,主张不切开发节囊行闭合复位,以减少对肱骨头血供的破坏。对于严重骨质疏松的患者,极易形成粉碎性骨折,普通螺钉钢板很难达到有效的固定<sup>[5]</sup>,应考虑肱骨近端锁定钢板或行肩关节置换。

1.3 疗效判定 根据功能评定标准评定疗效<sup>[2]</sup>,百分为满分,其中疼痛项目占 35 分,功能项目 30 分,活动限制 25 分,解剖复位 10 分。所有患者随访半年以上,于术后半年拍 X 线片。疗效评分≥90 分为优,80~89 分为良,70~79 分为一般,<70 分为差。

2 结果

48 例患者均获得随访,平均随访 7 个月(6~12 个月)。其中 1 例 70 岁老年女性患者因术后出现肱骨头旋转,二次手术调整后正常愈合。其余无感染、内固定松动、肱骨头坏死及骨折不愈合病例。功能按照 Neer 标准评分:优 29 例,良 12 例,一般 7 例。

3 讨论

临床工作中,使用肱骨近端解剖钢板最为常用,钢板一端符合普通钢板结构,可使骨折远端坚强固定,另一端具有三维结构,符合肱骨近端解剖弧度。手术中以骨折远端为“基地”,另一端为“支架”,使近端骨折充分固定在“支架”之上,从而减少了暴露范围和复位难度。虽然肱骨近端解剖钢板固定手术过程简单,复位效果满意,但临床上仍时有骨折失败病例的报道。而使用锁定钢板内固定的优点也不言而喻,手术中组织剥离较少,减少局部血运破坏,锁定钢板不需要完全贴敷骨面,对于骨折局部血运及骨外膜的创伤小,特别对于老年骨质疏松患者,锁定螺钉在肱骨头处呈三维分布,有较好的锚合力和抗拉力;其内固定支架系统又能够避免螺钉对于骨质的切割。对于三部分骨折及四部分骨折,治疗应当恢复肱骨的轴线,帮助患者获得良好的功能。解剖钢板近端有 3 枚松质骨螺钉,这 3 枚

参考文献

[1]王亦璁.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2001.482-496

[2]Neer CS.Displaced proximal humeral fracture classification and evaluation[J].J Bone Joint Surg(Am),1970,52:1 077

[3]Liew AS,Johnson JA,Patterson SD,et al.Effect of screw placement on fixation in the humeral herd [J].J Shoulder Elbow Surg,2009,9: 423-426

[4]徐又佳,周晓中,周海滨,等.胫骨平台解剖型钢板的结构特点与临床运用[J].中华创伤杂志,2006,22(3):48-50

[5]胡奕山,林本丹,钟志刚.锁定接骨板治疗肱骨近端骨折[J].中国矫形外科杂志,2004,12(16):1 214-1 216