

手法复位与切开复位解剖钢板内固定治疗肱骨外科颈粉碎性骨折的临床观察

周銮昆 涂建龙 胡敦祥 邓平征

(江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

摘要: 目的: 分析手法复位与切开复位解剖钢板内固定治疗肱骨外科颈粉碎性骨折的疗效。方法: 2007 年 1 月~2009 年 9 月, 我科共治肱骨外科颈粉碎性骨折患者 64 例, 其中应用手法复位结合甩肩法功能锻炼加中药外敷、微波辅助治疗 30 例, 应用切开复位肱骨近端解剖钢板内固定治疗 34 例, 术后随访均超过 12 个月, 并评定其疗效。结果: 采用 Constant 评分对 64 例随访病人的肩关节功能给以评定, 总优良率为 89.1%, 应用手法复位的为 93.3%, 应用切开复位肱骨近端解剖钢板内固定的为 85.3%。根据 χ^2 检验, 两组间有显著性差异。结论: 应用手法复位结合甩肩法功能锻炼加中药外敷、微波辅助治疗肱骨外科颈粉碎性骨折的疗效优于切开复位解剖钢板内固定。

关键词: 手法复位; 解剖钢板; 甩肩法; 肱骨外科颈骨折

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.016

肱骨外科颈粉碎性骨折在肩部创伤中是较严重的一种, 局部损伤较重, 发病率较低, 治疗难度较大^[1]。2007 年 1 月~2009 年 9 月, 我院骨创伤一科共采用手法复位结合甩肩法功能锻炼加中药外敷、微波辅助治疗 30 例, 应用切开复位肱骨近端解剖钢板内固定治疗 34 例。现将应用两种治疗方式的疗效总结如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 共选择在我院骨创伤一科接受治疗的肱骨外科颈粉碎性骨折的病人 64 例, 根据患者自愿选择分为两组: 手法复位组 30 例, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 25~65 岁, 平均 45.9 岁。解剖钢板内固定组 34 例, 男 20 例, 女 14 例, 年龄 23~63 岁, 平均 43.3 岁。术前病程最短 3 d, 最长 14 d, 平均 5 d。两组一般情况比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手法复位组(治疗组)

1.2.1 手法复位方法 手法复位前仔细阅读 X 线片, 患者取坐位, 术者立于患者患侧, 根据骨折类型分析其受伤机制, 然后逆其受伤机制施以手法, 例如外展型骨折整复时术者一手穿于腋下, 拇指位于外侧置于骨折近端, 另外四指位于内侧置于骨折远端, 另一手握住肱骨远端逐渐内收, 同时穿于腋下的手的拇指与另四指相向有力加压即可矫正成角, 如复位前还有向前成角随即行“过顶法”复位即可。内收型前面手法相反但纠正向前成角仍行“过顶法”即屈肘 90° 前臂置于头顶。

1.2.2 术后甩肩功能锻炼 复位后嘱患者主动甩臂活动: 患者站立位, 上肢肌肉放松, 身体略向患侧倾斜, 开始患肢在矢状面上做前后钟摆式甩肩运动, 幅度可逐渐加大。2~3 d 后患者弯腰做冠状面左右钟摆式甩肩运动, 4~5 d 后患肢可做画圈运动, 甩

肩同时患侧手部做捏拳动作, 促进静脉和淋巴的回流, 减轻患肢肿胀。夜间患者平卧位, 患肢维持外展 30~40° 水平牵引。甩肩治疗 3 d 后复查肩关节正侧位 X 线片以了解骨折复位情况, 一般情况骨折向内、向外及向前成角都能大部分矫正, 如残余部分畸形可继续通过甩肩在运动中利用甩肩的轴向复位的作用来矫正。治疗期间辅以中药外敷及微波照射患处改善局部血运。

1.3 解剖钢板内固定组(对照组)

1.3.1 手术方法 患者仰卧位, 臂丛麻醉或全身麻醉后, 患肩垫高, 采用三角肌与胸大肌入路, 将胸大肌与头静脉拉向内侧, 三角肌拉向外侧, 必要时切断部分三角肌前方锁骨部肌纤维, 暴露肱骨近端骨折及肩关节囊, 尽量避免剥离骨折周围韧带、筋膜、骨膜等软组织, 以二头肌腱为参考标志确定肱骨大小结节的位置, 行骨折复位, 克氏针暂时固定, C 型臂 X 线机透视下确定复位满意后, 选用长度合适的肱骨近端锁定板或三叶草型钢板固定骨折, 若伴有明显骨质缺损则给予植骨, 术中发现有肩袖损伤时做相应修复。冲洗伤口, 止血, 放置负压引流后关闭伤口。

1.3.2 术后处理 术后外展架固定患肢, 24~48 h 拔除负压引流, 进行肘、腕关节功能锻炼; 4 周后去除外展架, 上肢做钟摆样功能锻炼, 并逐渐行肩关节被动前屈、背伸及内外旋活动; 6 周后进行主动或抗阻力锻炼。

1.4 统计分析 计数资料应用 χ^2 检验, 运用 SPSS10.0 软件进行统计学处理。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 对随访病人的肩关节功能采用 Constant 肩关节评分系统进行评定, 主观和客观成分的比例是 35/65, 其中疼痛 15 分, 日常活动 20

老年肱骨外科颈骨折临床治疗分析 32 例

林石研

(广东省河源市和平县中医院 和平 517200)

摘要:目的:研究老年肱骨外科颈骨折的临床治疗方法,观察其应用效果。方法:选取我院于 2009 年 3 月~2010 年 3 月收治的 32 例老年肱骨外科颈骨折患者,回顾性分析其临床资料。所有患者均接受肱骨近端解剖锁定接骨板术,出院后定期随访,依据 Neer 评分法,研究患者术前术后的关节运动机能,追踪治疗效果。结果:对患者进行半年以上随访,结果 4 例患者关节功能为良好,28 例为优秀,治疗有效率达 100%。同时,无 1 例出现显著并发症,平均骨愈合时间为 10 周,9 例接受植骨患者,其平均骨折愈合时间为 9.7 周,预后效果良好。结论:针对老年肱骨外科颈骨折,应用肱骨近端锁定板进行治疗,能够有效治疗骨折,促进骨愈合,提升关节灵活性,有着积极的临床效果,值得进一步推广。

关键词:肱骨颈骨折;近端锁定钢板;关节灵活性

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.017

为研究老年肱骨外科颈骨折的临床治疗方法,笔者选取我院收治的 32 例老年肱骨外科颈骨折患者,应用肱骨近端解剖锁定接骨板术治疗,在患者出院后定期随访,依据 Neer 评分法,研究术前术后的关节运动机能,追踪治疗效果。现将研究结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2009 年 3 月~2010 年 3 月收分,肩关节活动范围 40 分,力量测试 25 分。

1.2 疗效评定结果 两组病人随访均超过 12 个月。结果 30 例应用手法复位甩肩功能锻炼的患者骨折均全部愈合,X 线片显示解剖复位 17 例,近解剖复位 12 例,有 1 例出现创伤性关节炎。34 例应用解剖钢板患者中有 1 例肱骨头无菌性坏死,4 例出现不同程度的松质骨螺钉松动,但未见钢板松动,患者骨折均全部愈合。应用 Constant 肩关节评分,分数在 90 分以上为优,80~89 分为良,70~79 分为可,70 分以下为差。两组病人疗效结果详见表 1。两组比较($P < 0.05$),有显著性差异。

表 1 应用手法复位与肱骨近端解剖锁定钢板治疗结果比较 例

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
手法复位组	30	17	11	1	1	93.3
解剖钢板内固定组	34	13	16	2	3	85.3
总计	64	30	27	3	4	89.1

3 讨论

肱骨外科颈粉碎性骨折在肩部创伤中是较严重的一种,局部损伤较重,发病率较低,治疗难度较大^[1]。其多呈粉碎性骨折,但愈合率高,极少出现骨折不愈合,故治疗上首先要考虑的是脱位的纠正、骨折对线对位和肩关节功能恢复问题。骨折对位差,易出现肩关节畸形,功能障碍,骨折愈合慢;骨折固定时间长,易出现肩关节畸形,功能障碍和肩周炎。因此,尽可能早期使骨折相对固定和对线对位,肩关节早期进行功能锻炼,是治疗肱骨外科颈骨折的最好方法。肱骨外科颈粉碎性骨折的手术,为达到解剖复位,术中创伤大,内固定难度大,致使

治 32 例老年肱骨外科颈骨折患者,其中男性 18 例,女性 14 例;年龄 62~76 岁,平均年龄 67.3 岁。患者入院时距离骨折发生的时间 3~14 d,平均 6.4 d。致伤原因:29 例摔伤,3 例交通意外伤。收治患者后,依据 Neer 评分对患者的骨折类型进行分类,其中 7 例为 2 部分骨折,19 例为 3 部分骨折,6 例为 4 部分骨折。

1.2 治疗方法 收治患者后,进行肱骨近端解剖锁定术后骨折愈合慢,肩关节活动恢复差,特别是合并脱位有骨质疏松的老年患者^[2]。因粉碎骨折无法达到解剖复位,勉强的钢板固定也易引起螺钉松动、固定不牢固而致移位和肱骨头缺血性坏死只得行 II 期置换^[3-4]。而非手术治疗损伤小,费用较低,患者易接受,又能达到骨折对线对位、骨折愈合快、肩关节恢复好的目的。李学俭等^[5]、谢正荣^[6]用手法复位小夹板外固定加中药外敷综合疗法治疗肱骨外科颈骨折,亦取得良好疗效。本研究手法复位组遵循中医学“动静结合”的治疗观点,将脱位纠正、骨折复位、功能锻炼有机地结合起来,利用甩肩法纠正骨折的剩余成角畸形,辅以中药外敷及微波照射患处改善局部血运。这种治疗对病情的轻重缓急做了妥善处理,较为合理。经临床论证:手法复位组治疗肱骨外科颈粉碎性骨折安全、方法简单、患者易于接受、骨折愈合快、功能恢复好、疗效较切开复位解剖钢板固定组满意,值得临床应用。

参考文献

[1]王亦聰.骨与关节损伤[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1991.328
 [2]Dine DM,Warren RF.Modular shoulder hemiarthroplasty for acute fracture.Surgical consideration[J].Clin Orthop,1994,307:18-26
 [3]Kelly JD Jr,Norris TR.Decision making in glenohumeral arthroplasty [J].J Arthro Plasty,2003,18(1):75-82
 [4]Hawkins RJ,Switlyk P.Acute prosthetic replacement for severe fractures of the proximal humerus[J].Clin Orthop,1993,289:156-160
 [5]李学俭,张立伟,邢星,等.手法复位小夹板固定治疗肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位[J].中华医学写作杂志,2003,10(5):442-443
 [6]谢正荣.综合疗法治疗肱骨外科颈骨折 30 例小结[J].湖南中医药导报,2002,8(5):279-280

(收稿日期: 2012-10-31)