

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,术后效果良好。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。
2.2 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]王亦璠.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.手法整复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)

手法加热敏灸治疗腰椎假性滑脱临床症状及影像学改变研究

涂瑞芳¹ 于丹² 万小玲¹ 肖伟平¹ 吴春华¹

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 南昌 330004)

摘要:目的:观察手法加热敏灸对腰椎假性滑脱治疗前后的临床症状及影像学的改变。方法:选取 50 例假性滑脱患者为研究对象,对其施予相应的手法及热敏灸治疗,7 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。结果:经 2 个疗程治疗后,痊愈 28 例,占 56%;显效 15 例,占 30%;好转 7 例,占 14%;无效 0 例,占 0%。结论:运用手法配合热敏灸治疗腰椎假性滑脱,疗效满意,值得深入研究并推广应用。

关键词:腰椎假性滑脱;退行性腰椎失稳症;手法;热敏灸;影像学改变

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.018

腰椎假性滑脱又称退行性腰椎失稳症、腰椎不稳症,系由于长期的椎间盘、关节突关节以及周围韧带的退变松弛而导致的椎间关节出现的不稳定,表现为上位椎体向前、向后或侧方滑移。假性滑脱

是腰椎退行性变的一个重要 X 线征象,大多为 I 度滑脱。本研究通过对患者行手法及腰外固定直接减少病变节段运动,配合施行热敏灸舒经通络、温经散寒,观察治疗前后患者的症状及影像学变化,发

定板术。方法:首先麻醉患者颈丛与高位臂丛,随后作切口,并向内侧牵拉胸大肌与头静脉,向外侧牵拉三角肌,随后沿着骨面进行剥离,暴露出肱骨头、肱骨结节以及附着的长头肌腱,进行复位。针对 9 例合并显著骨质缺损的患者,进行植骨^[1]。完成上述操作后,选取合适的锁定钢板,将其放在外侧大结节之下,与之相距 5 mm,应用螺钉等进行固定,随后清洗创口,并连接引流设备,进行缝合。完成手术后,6 h 内保持患者的去枕平卧体位,并密切关注其心率、呼吸、脉搏、神志等的变化,积极防控并发症。术后第 2 天,指导患者尝试运动肘关节与腕关节,术后半月,练习钟摆运动,术后 1 个月,开始着重锻炼肩关节。患者平均住院时间为 12.8 d,在出院时我院进行健康指导,鼓励患者合理进行关节活动练习。对患者进行半年以上随访,在疗前与疗后对其肩关节功能进行考察,依据 Neer 评分,分值范围:0~100,低于 70 分为差,70~79 为一般,80~89 为良好,90 以上为优秀^[2]。

1.3 统计学方法 运用 SPSS13.0 软件,对数据进行统计分析。 $P<0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

所有患者进行半年以上随访,最长为 16 个月,最短为 7 个月,平均为 11.8 个月。随访发现,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。治疗后 Neer 评分较治疗前显著提高, $P<0.05$ 。详见表 1。

表 1 患者疗前疗后 Neer 评分及优良率对比分析 ($\bar{X}\pm S$) 例					
时段	Neer 评分值(分)	较差	一般	良好	优秀
治疗前	52.7± 18.9	14	18	0	0
治疗后	89.3± 6.4	0	0	4	28

3 讨论

骨科临床中,肱骨外科颈骨折较为常见,多发于老年群体。目前,针对该病多采用外科固定方法进行治疗,收到了不错的效果。然而,临床实践发现,在骨折治疗术后,患者肩关节灵活性下降,引发关节僵硬与活动不良,对患者的日常生活造成威胁。笔者进行本次分析,观察该类骨折的治疗方法,分析其应用效果,为临床工作提供借鉴,进一步提升治疗效果,并降低出现并发症的风险。

针对肱骨外科颈骨折,在进行手术治疗时应注意:(1) 术中需要注意保护肱骨部位的正常血液循环,并保护肩袖以及关节囊部位。为了保持良好血液循环,需要注意在骨折与接骨板之间维持合理的压力,避免因为压力过大导致组织坏死等不良后果^[3]。(2) 在完成固定后,需要用合适力度,被动运动患者肩关节,确保固定良好且无异物感后,才可进行后续处理。在治疗后,需要指导患者进行康复练习,外科术式对骨折进行了初步治疗,后续的康复训练则是逐渐改善关节活动性、提升运动机能的关键。本文分析的 32 例患者,术后住院期间,治疗人员积极指导,进行了有效锻炼,预后效果良好。本研究结果显示:针对老年肱骨外科颈骨折,应用肱骨近端锁定板进行治疗,并积极进行康复练习,能够有效治疗骨折,促进骨愈合,提升关节灵活度,有着积极的临床效果,适于得到进一步的推广。

参考文献

[1]冯斌,张震,胡宗凯,等.解剖钢板治疗老年肱骨外科颈粉碎性骨折[J].临床军医杂志,2010,38(3):344-346
[2]黄秀珍,陈国弟,陈庚辛,等.硬纸夹板固定治疗肱骨外科颈骨折 60 例疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2009,17(2):67-68
[3]陈志豪,徐刚,李莹瑶,等.肱骨近端锁定钢板(LPHP)治疗肱骨外科颈骨折分析[J].浙江创伤外科,2010,17(5):495-496

(收稿日期: 2012-11-14)