

弯塑形,不仅延长了手术时间,增加出血量及组织暴露机会。而且引起钢板强度下降,金属表面破坏,增加电解几率,还可引起钉孔变形,与螺钉尾挤压后,形成冷焊接,从而导致取内固定困难^[8]。本组患者中,有一例形成冷焊接,取内固定时滑丝,导致锁骨再骨折。而解剖钢板是根据锁骨解剖形态由重建钢板改进而来^[9]。与重建钢板相比有如下优点:(1)无需塑形,减少手术时间、组织暴露时间及出血量。(2)较重建钢板窄,更加适应手术要求,减少骨膜间的遮挡^[10],利于骨折愈合。(3)解剖型钢板较重建钢板钉距小,留有更多螺钉置入机会,固定骨折更为牢固。(4)符合锁骨形态,减低手术难度,更易恢复锁骨解剖形态,减少肩锁关节创伤性关节炎发生几率^[11]。(5)符合锁骨美观要求。综上所述,在手术治疗锁骨中段骨折内固定物的选择中,解剖钢板为最佳选择,重建钢板应尽可能避免选择。

参考文献

[1]唐纳德 A.维斯(美).骨科标准手术技术丛书[M].第 2 版.沈阳:辽宁科学技术出版社,2011.3-4

[2]Qin D,Zhang Q,Zhang YZ,et al.Safe drilling angles and depths for plate-screw fixation of the clavicle: avoidance of inadvertent iatrogenic subclavian neurovascular bundle injury [J].J Trauma, 2010,69(1):162-168
[3]于长隆.骨科康复学[M].北京:人民卫生出版社,2010.656-662
[4]巫伟东,詹伟彦,何开正,等.锁定钢板治疗肱骨近端复杂骨折[J].中国矫形外科杂志,2003,11(22):1 526-1 528
[5]Lenza M,Buchbinder R,Johnston RV,et al.Surgical versus conservative interventions for treating fractures of the middle third of the clavicle[J].Cochrane Database Syst Rev,2013,6:113-114
[6]田伟.实用骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.961-967
[7]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第 4 版.北京:人民军医出版社,2012.400-401
[8]布霍尔兹(美),赫尔曼(美),布朗(英).洛克伍德 - 格林成人骨折[M].第 6 版.北京:人民军医出版社,2009.1 024-1 025
[9]Persico F,Lorenz E,Seligson D.Complications of operative treatment of clavicle fractures in a Level I Trauma Center[J].Eur J Orthop Surg Traumatol,2014,24(6):839-844
[10]Huang JI,Toogood P,Chen MR,et al.Clavicular anatomy and the applicability of precontoured plates[J].J Bone Joint Surg Am,2007,89 (10):2 260-2 265
[11]Werner SD,Reed J,Hanson T,et al.Anatomic relationships after instrumentation of the midshaft clavicle with 3.5-mm reconstruction plating: an anatomic study[J].J Orthop Trauma,2011,25(11):657-660
(收稿日期:2014-06-18)

微创接骨板内固定治疗 45 例四肢骨折临床观察

董海兵

(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 311106)

摘要:目的:研究分析采用微创接骨板内固定治疗四肢骨折的临床治疗效果。方法:选择 2012 年 10 月~2013 年 10 月我院收治的四肢骨折患者 90 例,随机分为观察组和对照组各 45 例。观察组患者采用微创接骨板内固定治疗,对照组患者进行传统内固定术治疗。对比分析两组患者的手术指标以及治疗优良率。结果:观察组患者的平均出血量、手术时间以及住院时间均优于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组患者治疗后的优良率达 93.33%,明显高于对照组的 71.11%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:对于四肢骨折患者采用微创接骨板内固定治疗的效果显著,患者生活质量得到有效提高,值得推广使用。

关键词:四肢骨折;微创接骨板内固定;临床治疗效果

中图分类号:R687.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.014

四肢骨折是外科常见疾病,通常因高空坠落或受到严重撞击而导致。近年来随着微创接骨板技术的日渐成熟,已逐渐运用到临床手术中^[1]。微创接骨板内固定方法的钉孔能够用螺钉锁定,使得钢板和骨面紧贴但无压迫,可较大程度减少对骨血运的破坏^[2]。本研究选择我院收治的 90 例四肢骨折患者,观察对比采取微创接骨板和传统内固定术的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院收治的四肢骨折患者 90 例,并随机分为观察组和对照组各 45 例。观察组男 38 例,女 7 例;年龄 17~69(40.3± 8.5)岁;其中股骨远端骨折 20 例,胫骨近端骨折 16 例,肱骨骨折 5 例,桡骨骨折 4 例;受伤原因:交通事故致伤 22 例,高空跌落伤 8 例,重物砸伤 6 例,跌伤 4 例,其他致伤 5 例。对照组男 39 例,女 6 例;年龄 16~67(41.8± 8.1)岁;其中股骨远端骨折 19 例,胫骨近端

骨折 15 例,肱骨骨折 6 例,桡骨骨折 5 例;受伤原因:交通事故致伤 20 例,高空跌落伤 10 例,重物砸伤 7 例,跌伤 3 例,其他致伤 5 例。两组患者性别、年龄、致伤原因以及骨折类型方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采取传统内固定治疗:以骨折为中心,采用臂部前外侧纵形切口,长度为 10~11 cm。在切开骨折处皮肤和皮下组织深至筋膜之后,沿肱二头肌、肱三头肌的间隙分开,并且向两侧牵拉。清除患者骨折断端的软组织及瘀血,采用持骨器解剖复位骨折的两端,同时剥离骨膜,采用三爪固定器将钢板固定在骨折部外侧,使用电钻钻孔,测量孔深,之后采用螺丝钉固定。止血同时清理伤口,逐层缝合,包扎后屈肘悬于胸前。观察组患者给予全麻,先切开骨折处进行复位,再采用内固定手术对胫骨骨折处进行切开复位,分离骨膜和骨膜外深筋膜,逆行插入经皮下组织隧道内胫骨远端解剖型钢板(相

同切口),使用螺钉固定住骨折远端和近端的两小切口,最后采用螺丝钉在相应的螺丝孔上固定好。

1.3 疗效判定 优:患者骨折愈合时间为 12 周,肘、肩关节屈伸活动自如,无疼痛感;良:骨折愈合时间为 16 周,患者肘、肩关节丧失活动度 <10%,但偶尔有疼痛感;可:患者骨折的愈合时间比较延迟,患者肘、肩关节丧失活动度在 10%~30%之间,活动时疼痛感较强烈;差:患者骨折愈合不完全或不愈合,患者肘、肩关节丧失活动度 >30%,并且持续有疼痛感^[3-4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后各项指标对比 观察组患者的平均出血量、手术时间以及住院时间均明显少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组患者手术指标临床对比 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	平均出血量(mL)	手术时间(min)	住院时间(d)
对照组	45	204.5± 7.4	93.5± 4.8	15.7± 3.8
观察组	45	63.4± 6.2	60.1± 3.2	10.6± 2.5

2.2 两组患者治疗效果对比 观察组患者的治疗优良率为 93.33% (42/45), 明显高于对照组的 71.11% (32/45), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者手术疗效对比 例						
组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
对照组	45	23	9	10	3	71.11
观察组	45	36	6	3	0	93.33

3 讨论

微创技术进行间接复位是一种新的理念,能够使骨折局部的血运尽量得到保留^[5]。微创接骨板内

固定法对四肢骨折患者进行治疗的并发症较少,治疗效果显著,现已逐渐被运用于临床,其主要有优点以下几个方面:(1)具有解剖型设计,接骨板近端与骨骼干骺端相贴合,通常情况下不需要预弯。(2)接骨板近端设计具有角稳定性,对局部骨皮质要求不高。(3)接骨板部螺孔兼有锁定和加压螺孔能够锁定和加压,使用方面灵活。(4)钉板锁定机制,达到内固定的效果。接骨板与骨骼有限的接触有效降低了其对于骨膜血运的破坏,并且有效避免了外支架造成的钉道感染。微创接骨板内固定法能够有效保护患者骨折处的骨膜、软组织,可有效提高患者骨折处的愈合,减少住院时间。本研究中,观察组术中平均出血量、手术时间及住院时间均明显低于对照组,差异显著($P < 0.05$)。传统内固定方法对四肢骨折患者进行钢板固定治疗时,钢板与骨面易紧贴在一起,可损伤患者的骨膜和血运,延缓骨折处的愈合时间^[6]。本研究中,观察组患者手术治疗优良率达 93.33%,明显高于对照组的 71.11%。综上所述,四肢骨折患者采用微创接骨板内固定治疗的效果良好,能够有效提高患者的生活质量,患者满意度较高,值得临床推广运用。

参考文献

[1]马勇.微创接骨板技术治疗四肢骨折 43 例报道[J].中国医药指南,2013,11(36):466-467
[2]窦钟军,许东伟.微创接骨板技术治疗四肢骨折的临床分析[J].中国实用医药,2013,8(12):52-53
[3]周江军,赵敏,杨俊,等.微创骨膜下隧道锁定接骨板内固定技术治疗骨盆前环骨折[J].中国骨与关节杂志,2013,2(11):637-640
[4]冯仕华,陈转,郑开达,等.微创接骨板技术治疗 50 例四肢骨折患者的临床疗效分析[J].辽宁医学院学报,2013,34(3):46-47
[5]王家顺.微创接骨板技术治疗四肢骨折临床分析[J].健康之路,2013,12(11):231-232
[6]施向春,杨玉红,梁家龙,等.经皮微创接骨板内固定术(MIPO)治疗四肢骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(6):594-595
(收稿日期:2014-03-29)

早期强直性脊柱炎髋关节病变应用滑膜切除术的疗效观察

谭克赞

(湖南省财贸医院 长沙 410000)

摘要:目的:研究滑膜切除术治疗早期强直性脊柱炎髋关节病变患者的临床效果。方法:选取我院收治的 86 例早期强直性脊柱炎髋关节病变患者,随机分为对照组和治疗组各 43 例。对照组采取常规外科手术治疗,治疗组采取滑膜切除术治疗,对两组患者的临床疗效进行对比分析。结果:治疗组患者临床疗效优于对照组($P < 0.05$);治疗组患者髋关节功能复常时间和术后住院恢复治疗时间明显短于对照组($P < 0.05$);治疗组患者治疗前后 ESR 和 CRP 水平改善幅度明显大于对照组($P < 0.05$);治疗组患者围手术期不良反应率明显低于对照组;治疗组患者术后髋关节病变复发例数明显少于对照组($P < 0.05$)。结论:应用滑膜切除术对早期强直性脊柱炎髋关节病变患者实施治疗,临床效果明显,值得推广。

关键词:滑膜切除术;早期强直性脊柱炎;髋关节病变

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.015

强直性脊柱炎是一种血清指标阴性脊柱关节类疾病,会对骶髂关节、脊柱、髋关节造成伤害,常导致严重的关节畸形,相关临床研究显示,50%左右会累及到髋关节^[1]。现阶段临床上对于累及至髋关节后

出现的进行性退变、畸变患者的治疗尚无标准方法,且疗效不理想。本研究对滑膜切除术在早期强直性脊柱炎髋关节病变治疗中的临床效果进行分析探讨,对我院收治的早期强直性脊柱炎髋关节病患