

两种内固定术治疗肩锁关节脱位的临床效果比较

王斌

(江西省樟树市中医院骨伤科 樟树 331200)

关键词:肩锁关节脱位;克氏针张力带钢丝内固定术;锁骨钩钢板内固定术

中图分类号:R683.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.026

肩锁关节由于周围无丰厚软组织保护,多因车祸、摔伤等直接暴力作用而极易造成肩锁关节损伤,肩锁关节脱位也因此成为骨科临床上常见的上肢创伤之一,在成人上肢损伤中约占 7%。临床上对于肩锁关节脱位可分为完全脱位和部分脱位,一般脱位可行手法复位,弹力绷带固定,对于严重的肩锁关节脱位,常需要进行手术治疗。我科自 2009 年 4 月~2013 年 11 月分别应用克氏针张力带钢丝内固定和锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位,并进行比较分析。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组患者共 41 例,男 17 例,女 24 例,年龄 25~51 岁,平均 40 岁,车祸 23 例,摔伤 18 例。其中采用克氏针张力带钢丝内固定术治疗肩锁关节脱位 15 例(A 组),应用锁骨钩钢板内固定术治疗肩锁关节脱位 26 例(B 组)。两组患者年龄、性别、病情等一般资料比较,无统计学差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均采用锁骨前上方切口手术切开内固定。固定材料:克氏针钢丝为国产 1.5、2.0 mm 克氏针,0.8 mm 钢丝,肩锁钩钢板为 3、5 mm 孔钩钢板,左右分型。肩锁关节脱位的患者取肩锁关节前上方弧形切口,起自肩峰,沿肩峰至锁骨中段后弯向喙突,显露肩峰、锁骨外段和喙突,清理肩锁关节内破碎的组织,并用复位固定钳固定复位。

1.2.1 A 组 采用克氏针张力带钢丝内固定术治疗肩锁关节脱位。复位后自肩峰外缘交叉穿入 2 枚克氏针进入锁骨 4~5 cm,距肩锁关节 2 cm 垂直于锁骨的冠状面钻一孔,穿入 1 根钢丝,将钢丝“8”字交叉跨过肩锁关节环绕 2 枚克氏针并收紧,打结于后外方,克氏针折弯后剪断留约 1 cm 埋于皮下,并咬除肩锁关节软骨面,肩锁关节周围植骨行肩锁关节融合。术后悬吊患肢 3~4 周,然后开始患肩的功能锻炼,

1.2.2 B 组 应用锁骨钩钢板内固定术治疗肩锁关节脱位。显露、复位肩锁关节后,选好合适的肩锁钩板,将其钩端于肩锁关节间隙插入,将钩端钩入肩峰

下,利用杠杆作用将脱位的锁骨远端压下复位,近端用螺钉固定,视情况修补肩锁韧带、喙锁韧带和肩锁关节囊。术后 5 d 开始患肩的钟摆样功能锻炼,3 周后可以进行日常活动,半年后复查 X 线,愈合后取出内固定。

2 疗效观察

2.1 疗效评价标准 病人术后脱位愈合的判断以 X 线片检查结果为准,并对肩关节活动度优良进行评估。

2.2 治疗结果 两组全部获得 1 年以上随访,平均随访 14 个月,内固定取出时间平均为 4 个月。所有患者均经 X 线片检查,A 组有 8 例为克氏针退出、钉道感染、皮肤溃破,其余患者脱位均获得愈合。肩关节功能:A 组有 6 例肩关节上举功能部分受限,B 组有 1 例肩关节功能障碍,其余患者肩关节功能均恢复。B 组肩关节功能恢复时间(4.2 ± 0.6)个月,A 组肩关节功能恢复时间(7.5 ± 0.9)个月,B 组较 A 组肩关节功能恢复时间明显缩短, $P<0.05$ 。

3 讨论

肩锁关节脱位是成人肩部常见的损伤之一,固定困难,临床对于重度的肩锁关节脱位多采用手术治疗。治疗肩锁关节脱位常规方法有手法复位、交叉克氏针张力带内固定、肩锁钩钢板内固定^[1]。克氏针张力带钢丝固定法治疗肩锁关节脱位具有切口小、操作简单、手术安全可靠、取内固定容易等优点,已得到临床的肯定并广泛应用。但这种固定方法本身也存在不足,主要表现为容易出现固定针松动、滑脱,内固定断裂和术后针孔感染,锻炼的时间较晚而导致肩关节活动受限等。

锁骨钩钢板内固定术是近年来得到广泛运用的一种方法。其通过固定在锁骨上的钢板及穿越肩峰骨质的钩限制肩锁关节在水平、垂直、旋转三个方面的移动,维持关节稳定的同时又能保留关节功能,有助于早期的功能恢复^[2]。其外形完全与锁骨的“S”状外形相适应,钢板外端的 90° 钩状结构,插于肩峰后下方,对肩袖的影响小,钢板内端下压固定于锁骨上,利用杠杆原理和自身的强度对抗胸锁乳突肌的

牵引力量,复位时以肩峰为支点,使脱位的关节达到良好复位并可避免内固定物的松动脱出。锁骨钩钢板内固定术治疗肩锁关节脱位具有固定确实、不损伤关节面、可以早期功能锻炼等优点。

本研究结果显示,A组有8例为克氏针退出、钉道感染、皮肤溃破,B组有1例肩关节功能障碍,其余患者肩关节功能均恢复,B组较A组肩关节功能

恢复时间明显缩短, $P<0.05$ 。说明手术治疗肩锁关节脱位,锁骨钩钢板内固定术疗效明显优于普通克氏针钢丝张力带内固定术,值得临床应用。

参考文献

- [1]陈长龙,郑容生.锁骨内固定松动滑脱 24 例分析[J].中国骨伤,1998,11(1):67
[2]陈云苏,陈嵘嵘,姚振均,等.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折[J].中华创伤杂志,2003,19(5):300-302

(收稿日期:2015-03-20)

(上接第 45 页)义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表1 两组基本资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男(例)	女(例)	平均年龄(岁)
研究组	68	38	30	39.72± 3.88
对照组	60	35	25	35.22± 3.12

1.2 方法 所有患者入院后给予常规补水补液治疗,调节机体的水电解质紊乱和脱水情况,患者一旦出现胃痉挛,给予硫酸庆大霉素片等抗生素药物治疗。在此基础上,研究组给予培菲康(国药准字 S10970104)2 g/次,3 次/d;对照组给予乳酸左氧氟沙星片(国药准字 H20058704)0.1 g/次,3 次/d。观察所有患者的临床疗效。

1.3 统计学分析 运用 SPSS20.0 软件对本文所得实验数据进行统计分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用 t 检验;以率(%)表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 评价标准 痊愈:治疗 3 d 内,患者呕吐、腹泻等临床症状完全消失,持续用药 7 d 后,机体完全恢复正常;好转:治疗 7 d 后,患者呕吐、腹泻等临床症状得到有效控制,机体开始慢慢恢复;无效:治疗 7 d 后,患者呕吐、腹泻等临床症状未见好转,出现严重并发症。治疗总有效率 = 痊愈率 + 好转率。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效
研究组	68	56(82.4)	10(14.7)	2(2.9)	66(97.1)
对照组	60	44(73.3)	8(13.3)	8(13.3)	52(86.7)

2.2 两组治疗效果比较 研究组的呕吐消失时间(2.84 ± 0.55) d,腹泻消失时间(2.37 ± 0.84) d,持续用药时间(5.88 ± 1.04) d;对照组的呕吐消失时间(3.57 ± 0.59) d,腹泻消失时间(3.67 ± 0.69) d,持续用药时间(7.38 ± 1.22) d;研究组患者的呕吐消失、腹泻消失、持续用药时间均显著短于对照组,差异有

统计学意义, $P<0.05$ 。

2.3 两组患者并发症情况比较 研究组 68 例患者中出现 1 例肛管炎并发症,发生率 1.5%;对照组 60 例患者中出现 5 例并发症,其中肛管炎 3 例,肛管炎 1 例,便血 1 例,发生率 8.3%;研究组并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

急性肠胃炎作为一种常见的急性胃肠道疾病,具有发病迅速、起病急以及恢复快等特点,在临床上的主要症状为腹部不适、食欲不振、恶心呕吐、腹痛腹泻腹胀以及噯腐泛酸等^[1]。本研究选取我院 2013~2014 年收治的急性肠胃炎患者 128 例,根据使用药物的不同分为两组,研究组给予培菲康药物治疗,对照组给予乳酸左氧氟沙星片药物治疗。通过对比试验发现,研究组的总有效率(97.1%)和并发症发生率(1.5%)显著低于对照组的总有效率(86.7%)和并发症发生率(8.3%);并且研究组的呕吐消失、腹泻消失、持续用药时间均明显短于对照组。由此可见,培菲康用于治疗急性肠胃炎的临床疗效显著,患者的治愈率高、治疗时间短、并发症的发生率低,是治疗该病的有效药物。此外,夏季是急性肠胃炎的多发季节,由于夏季温度高、食物易腐坏、酸败,更容易滋生细菌而增加急性肠胃炎的发病率,严重影响着人们的健康^[2]。所以,在日常的生活中,要注意饮食的健康和卫生,避免食用腐坏的食物,造成细菌侵袭诱发急性肠胃炎。另外,小儿和老年人也是急性肠胃炎的易发人群,要特别注意小儿和老年人的日常饮食卫生,降低急性肠胃炎的发病率。综上所述,采用培菲康治疗急性肠胃炎效果显著,能够提高患者的痊愈率,缩短治疗时间,降低并发症的发生,临床应用价值高。

参考文献

- [1]韩云富.藿香正气丸治疗急性肠胃炎的临床疗效[J].中国药物经济学,2014,9(3):171-172
[2]常学文.莲芝消炎胶囊治疗急性肠胃炎的疗效评价[J].光明中医,2014,29(10):2106-2108
[3]薛冰.急性肠胃炎患者的临床治疗方法研究[J].大家健康,2014,8(24):137-138

(收稿日期:2015-02-09)