析，计数资料采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 示差异性有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率高于对照组，差异有统计学意义（$\chi^2=3.83$，$P<0.05$）。见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	n	痊愈（例）	显效（例）	好转（例）	无效（例）	总有效率（%）
治疗组	58	22	24	10	2	96.55
对照组	59	15	20	16	8	86.44

3 讨论

神经根型颈椎病是由颈椎间盘退行性改变及其继发致颈椎脊神经根被压迫和刺激所致的神经根性疼痛、感觉和运动功能障碍，是临床常见多发病，中医无“颈椎病”一词，本病属于中医“颈肩痛、痹证、痿证”等范畴。发病原因一是正气虚衰，肝肾亏损，筋脉失养，骨失温煦，“不荣则痛”；二是外邪侵袭，风寒湿邪乘虚而入，颈部筋骨气血失和，经脉痹阻，“不通则痛”；三是跌扑损伤，颈部肌肉筋骨损伤，气血运行不畅，瘀血阻络，亦“不通则痛”。以中医辨证施治为依据，应予以活血化瘀、扶正祛邪以疏通经络。

超微针刀属于针刀的一种，针体长 4 cm，直径 0.35 mm，针前端为扁平状利刃，宽 0.5 mm，每切割点最多切割 3 刀，进针深度为 2.5 cm 左右，松解粘连组织，刀法以轻切为主。超微针刀包含“针”和“刀”，故有刺入、切割、分离三大作用，其疗效不仅具有普通针刺对穴位的刺激作用，更能从解剖位置上松解椎间孔外口处的粘连组织，降低局部张力，解除肌肉紧张，从而改善神经根受压迫、卡压刺激，同时也能加快局部血液循环和新陈代谢，改善微循环，促进局部渗出消除，促进神经根及其周围组织水肿、炎症消散，减轻炎性物质刺激反应[4]。因此能达到消除或缓解疼痛、麻木无力等临床症状，起到治疗神经根型颈椎病的效果。超微针刀集针与刀为一体，在改善神经根型颈椎病的症状体征及日常生活工作起效快，疗效好，疗程短，操作简便，创伤小，病人痛苦轻，是临床治疗神经根型颈椎病一种较好的方法。

参考文献

[1]伊智雄.实用中医脊柱病学[M].北京:人民卫生出版社,2002.332
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.186
[3]马美芬,张强.中医适宜技术治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].中国全科医学,2012,15(18):2093-2094
[4]谭海滨,娄必丹.超微针刀为主治疗颈型颈椎病 30 例[J].湖南中医杂志,2002,28(5):73-75

（收稿日期：2015-04-20）

锁定加压钢板小切口入路治疗老年肱骨近端骨折观察

康述锋
（江西省吉安市遂川县人民医院外二科 遂川 343900）

摘要：目的：观察锁定加压钢板小切口入路治疗老年肱骨近端骨折患者的治疗效果。方法：收集老年肱骨近端骨折患者 104 例，随机分为观察组和对照组各 52 例，对照组患者通过三角肌胸大肌的间隙入路的方式进行治疗，观察组患者通过锁定加压钢板小切口入路的方式进行治疗，将两组患者的临床效果进行观察和对比。结果：观察组患者的治疗优良率明显高于对照组，观察组患者的骨折愈合时间显著短于对照组，观察组患者的并发症发生率显著低于对照组，P 均 <0.05。结论：在老年肱骨近端骨折患者的治疗过程中使用锁定加压钢板小切口入路的治疗方法，能够有效提高治疗效果，促进患者恢复和痊愈，降低对骨折处软组织的损伤，值得推广应用。

关键字：老年肱骨近端骨折；锁定加压钢板小切口入路；临床观察
中图分类号：R683.41 **文献标识码**：B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.012

肱骨近端是由外科颈、肱骨头和解剖颈组成，由于解剖结构薄弱，再加上老年患者随着年龄的增大，都会患上不同程度的骨质疏松症，因此肱骨近端骨折的发生率也出现逐年上升的趋势[1]。而且由于老年患者的基础疾病较多，从而给治疗造成了较大的困难。而在治疗手法上，也有非手术的保守疗法和手术治疗等多种方式，但在治疗效果上一直都存在着争议[2]。本研究对老年肱骨近端骨折患者采用了锁定加压钢板小切口入路的治疗方式，取得了较为满意的效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月 ~2014 年 3 月我院收治的老年肱骨近端骨折患者 104 例，其中男 58 例，女 46 例；年龄 53~78 岁，平均年龄为（62.8± 10.7）岁；病程 0.5~9 h，平均病程为（3.1± 1.8）h。经过临床诊断和 X 线照射检查，均确诊为肱骨近端骨折。根据 Neer 分型，61 例患者为Ⅲ型，43 例患者为Ⅳ型。排除精神障碍及心、肝、肾、肺等重要器官出现病变患者。所有患者及其家属均签署了知情同意书。将所有患者随机分为观察组和对照组各 52 例，

两组患者的年龄、病情、骨折分型等一般资料比较无显著差异（$P>0.05$），具有可比性。

1.2 方法 对照组：患者通过三角肌胸大肌的间隙入路的方式进行治疗，纵向切开患者肩峰中点前方的皮肤，长度为 4~5 cm，接着纵行钝性分开三角肌，充分暴露肱骨头和大结节，并随着肱骨干向骨折的远端推进以建立软组织通道，在腋神经处推开软组织，使骨面和腋神经相距约 1 cm。对骨折处进行直接复位或间接复位，并使用克氏针进行固定。将钢板锁定在结节间沟的后方约 0.5 cm 处，保证近端低于肱骨大结节最高点 0.5 cm 左右。将肱骨远端切开，长度大约为 2 cm，如果透视的效果较好，则使用 7~9 枚锁定钉固定钢板，其中肱骨远端 3 枚，近端 4~6 枚。观察组：患者通过锁定加压钢板小切口入路的方式进行治疗，在患者肩关节外侧肩峰下大约 2 cm 处行横行切口，长度大约为 3 cm，分离三角肌，并充分暴露大结节，其余步骤与对照组相同。两组患者在手术后均进行抗感染治疗，并由护理人员对患者的生命体征进行严密监测。在去除了外固定之后，由护理人员指导患者进行肩关节、肘关节的被动或主动功能锻炼。

1.3 评价指标 将两组患者的临床治疗效果、骨折愈合时间和并发症发生率进行统计和对比。治疗效果通过 Neer 进行评价，评分的标准为：总分 100 分，疼痛 35 分，功能使用情况 30 分，患侧的活动范围 25 分，解剖位置 10 分。90 分及以上为优，80~89 分为良，70~79 分为一般，70 分以下为差[3]。

1.4 统计学分析 本研究数据以 SPSS18.0 软件进行分析，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料以%表示，采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 经过 1 年随访发现，观察组患者的治疗优良率明显高于对照组。见表 1。

表 1 对照组和观察组临床疗效比较[例（%）]

组别	n	优	良	一般	差	优良
对照组	52	21（40.4）	18（34.6）	7（13.5）	6（11.5）	39（75.0）
观察组	52	35（67.3）	12（23.1）	5（9.6）	0（0.0）	47（90.4）

2.2 骨折愈合时间和并发症比较 观察组患者的骨折愈合时间显著短于对照组，观察组患者的并发症发生率显著低于对照组，P 均＜0.05。见表 2。

表 2 对照组和观察组患者骨折愈合时间和并发症发生率比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	并发症[例（%）]				骨折愈合时间（个月）
		切口感染	腋神经损伤	旋肱血管损伤	总发生	
对照组	52	3（5.8）	2（3.8）	2（3.8）	7（13.5）	5.1± 2.2
观察组	52	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	3.5± 1.9

3 讨论

研究发现，老年人的肱骨近端疏松非常严重，因此容易发生骨折。而在维持肩关节的稳定中，肩关节囊及其周围的韧带起到了重要的作用。关节囊和肩袖是交织在一起的，处于肱骨头和肩峰之间，并止于大结节和小结节[4]。如果该处骨折，骨折端就会出现旋转移位或分离移位，而局部的关节囊及其周围的韧带就会受到较重损伤，血肿部位和周围的软组织容易发生粘连，同时骨折端的重叠、错位又会对结节间沟的平滑产生较大影响，导致肱二头肌的肌腱出现损伤和粘连[5]。如果患者未得到及时而有效的治疗，那么容易出现肩关节僵硬等后遗症。

本研究结果证实，观察组患者的治疗优良率明显高于对照组，观察组患者的骨折愈合时间显著短于对照组，观察组患者的并发症发生率显著低于对照组，P 均＜0.05，差异均具有统计学意义。这是因为锁定加压钢板小切口入路治疗能够根据患者的肱骨近端的解剖形状进行设计，不需要对钢板进行精确塑型，钢板和螺钉能够形成外固定，而且钢板不会对骨面造成压力，从而降低了对骨膜的损伤，也保证了骨折区的血供。此外，钢板均有针孔，有利于骨折的复位和固定，而且钢板和螺钉具有成角的稳定性，因此即使是骨质疏松患者，也可以获得坚强的内固定[6]。更重要的是，锁定加压钢板小切口入路治疗的操作更加简单，对患者造成的创口小，同时降低了对软组织的损伤，因此并发症的发生率更低，骨折处的愈合时间更短。综上所述，在老年肱骨近端骨折患者的治疗过程中使用锁定加压钢板小切口入路的治疗方法，能够有效提高治疗的效果，促进患者的恢复和痊愈，降低对骨折处软组织的损伤，而且固定坚固、复位满意，值得推广应用。

参考文献

[1]王增,田平贵.老年肱骨近端骨折应用锁定加压钢板小切口入路的疗效分析[J].山西医药杂志,2011,40(18):932-933

[2]罗建军.锁定加压钢板小切口入路治疗老年肱骨近端骨折临床体会[J].现代养生,2014,31(12):126-127

[3]陈刚.锁定加压钢板小切口入路治疗老年肱骨近端骨折临床分析[J].医药前沿,2014,4(22):175-176

[4]李军.老年肱骨近端骨折采用锁定加压钢板小切口入路治疗效果观察[J].当代医学,2013,19(32):114-115

[5]黄文勇.老年肱骨近端骨折采用锁定加压钢板小切口入路治疗效果观察[J].中国伤残医学,2015,23(3):5-6

[6]邱光欢.老年肱骨近端骨折锁定加压钢板小切口入路治疗效果探讨[J].中国卫生产业,2014,11(25):141-142

（收稿日期：2015-04-21）