



锁骨骨折手术和非手术的疗效对比分析

刘 叁 (长沙县星沙医院 湖南长沙 410100)

摘要: **目的** 了解锁骨骨折患者采用手术治疗与非手术治疗各自临床效果,以明确最佳治疗方案。**方法** 选取47例锁骨骨折患者作对照组,采用非手术疗法治疗;另选取47例锁骨骨折患者作研究组,采用手术疗法治疗,将两组患者各自采用不同疗法治疗的疗效与并发症发生率进行比较。**结果** 研究组、对照组患者术后优良率分别为93.61%、78.72% ($P<0.05$);并发症发生率分别为21.27%、6.38% ($P<0.05$)。**结论** 手术与非手术疗法在锁骨骨折治疗中各具优势,临床医师需结合病患实际情况选择最适宜的治疗方案,但手术疗法可作为复杂的、有明显移位的锁骨骨折的首选治疗方案。

关键词: 锁骨骨折 手术治疗 非手术治疗 疗效对比

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 03-127-02

锁骨呈S型架在人体胸骨柄及肩峰间,属于连接上肢和躯干间的唯一骨性支架。锁骨位于皮下、表浅,受外力作用后骨折发生率非常高,在全身骨折中占比可达5%-10%,儿童与青壮年更易发生锁骨骨折。锁骨骨折包括三类,即近段骨折、中段骨折与远段骨折。当前针对锁骨骨折的治疗方法有手术疗法与非手术疗法两种,但究竟选用哪种疗法对病患的康复更有益仍然属于临床争议的问题。基于此,本文分别选取47例锁骨骨折病患采用手术疗法与非手术疗法进行疗效比较,现将治疗过程的临床资料总结如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

从2013年5月至2017年6月本院骨科收治的锁骨骨折患者中选取94例分作研究组与对照组(各47例),其中男50例,女44例,年龄8-43岁,平均(30.2±0.5)岁,均符合《外科学》^[1]第7版中针对锁骨骨折的诊断标准,其中锁骨近段骨折34例、中段骨折32例、远段骨折28例。两组病患性别、年龄、骨折部位等一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法

对照组:采用非手术疗法治疗。即借助8字绷带外固定的方式给予治疗,保持病患上肢充分伸展,双肩分别朝后伸展,促其胸部挺直,于腋下放置棉纸巾或纱布,用绷带把病患两肩部呈“8”字型固定,结合骨折恢复情况,6-8周后去除外固定,尽早作功能恢复锻炼。

研究组:采用手术疗法治疗。均行臂丛或颈丛麻醉,做好铺巾常规消毒,将骨折断端充分暴露在外,做好周围血管、神经损伤情况的检查,若存在粉碎性骨折应先作骨折碎片整复。结合骨折端附近血运、骨折类型与部位等,选择锁定钢板或重建钢板固定、克氏针内固定。(1)钢板内固定法:手术中,顺锁骨走行方向,朝锁骨两端依次切开皮肤、皮下,依靠电刀止血,将骨折端充分暴露在外,完成对锁骨骨折部位的复位;通常情况下,锁骨远端近肩锁关节主要以松质骨螺钉固定,其它部位以皮质骨螺钉固定。而锁骨远端骨折则以锁骨钩钛板固定,术中保持肩锁关节充分暴露,再对锁骨钩钛板作预弯,后于病患肩峰下部插入钩部,要求体部和锁骨平贴,对锁骨近端作固定,结束后作钢板固定。(2)克氏针固定法:先将病患肩胛部垫高,置病患的头偏于健康侧,顺病患锁骨取一横切口,把病患骨膜作有限剥离。对较大的锁骨骨折片以钢丝(或10#线)完成捆扎实现固定,以克氏针(根据髓腔大小选择直径大小适宜的克氏针),穿入病患肩峰部与病患皮肤外后方。借助复位钳针完成骨折复位和固定,以克氏针顺行穿入病患骨折端髓腔内,穿入深度控制为4-6cm,使锁骨保持稳定,再把克氏针针尾折弯埋于病患皮下。

1.3 观察指标与疗效评定标准

对两组患者各自术后骨折愈合疗效、并发症等进行比较,其中优:骨折复位满意,骨折逐渐愈合,无局部畸形,关节功能可正常活动;良:骨折愈合正常,有略微偏移现象,骨折对位线良好,关节功能恢复较好;中:骨折对位线有所恢复,内固定有所松动,关节功能活动仍受

限;差:骨折复位不良,愈合畸形、内固定松动明显,关节活动障碍,需再次手术治疗。优良率=(优+良)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

计算所得值以SPSS16.0统计学软件作处理,优良率与并发症发生率均以[(例)%]表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 代表有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者各自术后临床疗效对比

从下表1中数据值统计结果得出,研究组患者术后优良率为93.61%,对照组患者术后优良率为78.72%,组间比较有统计学差异($\chi^2=4.37$, $P<0.05$)。

表1: 两组患者各自术后临床疗效对比 [(例)%] n=47

组别	优	良	中	差
研究组	42 (89.36)	2 (4.25)	2 (4.25)	1 (2.12)
对照组	35 (74.46)	2 (4.25)	6 (12.76)	4 (8.51)
χ^2	3.51	0	2.18	1.90
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者各自术后并发症对比

从下表2中给出的数据可看出,研究组患者术后并发症发生率为21.27%,对照组患者术后并发症发生率为6.38%,组间比较有统计学差异($\chi^2=4.37$, $P<0.05$)。

表2: 两组患者各自术后并发症发生率对比 [(例)%] n=47

组别	畸形愈合	伤口感染	骨折不愈合	肩关节疼痛
研究组	2 (4.25)	3 (6.38)	2 (4.25)	3 (6.38)
对照组	2 (4.25)	0 (0.00)	1 (2.12)	0 (0.00)
χ^2	0	3.09	0.34	3.09
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

锁骨别名“锁子骨”,位于胸腔前上部,属于呈“S”状弯曲的骨头,左右各一块,内端和胸骨相连,外端和肩胛骨相连,在维持上肢正常活动范围^[2],促肩关节稳定,提高劳动效能中发挥了重要作用,但极易受外力影响而引起骨折^[3]。当前临床在锁骨骨折的治疗上方法相当多,但究竟选用手术疗法或非手术疗法,医学工作者各有自己的看法与观点。

如本文中所提的传统非手术疗法,主要是在手法复位后行8字绷带外固定,该疗法操作简便,创伤小,无手术并发症,更易被要求不高或无法耐受手术的病患所接受,但稳定性差,容易形成大量骨痂,畸形愈合发生率高。并且,因外固定恢复时间长,病患日常生活里均需保持强迫体位,也就限制了早期功能锻炼的开展,容易使患侧肌力降低,或关节发生粘连。

随着无菌技术、内固定技术等现代医疗技术的发展,患者经济条件改善,医学模式、医学观点出现变化,手术治疗正逐步取代传统非手术治疗^[4]。而手术疗法对患者的创伤大,增加了病患痛苦,且并发

(下转第129页)



可以根据股骨上端的解剖特点进行个性化设计,增强钢板和骨骼外形的匹配程度,不需要在手术中进行精确塑形,能够固定小转子骨块,保持股骨结构完整性预防髓内翻发生;②钢板进入股骨转子后,钢板和锁定之间具有一定的角度,如此一来就可以保护股骨的颈干角,防止退钉发生,提高内固定的稳定性;钢板下方的骨皮质可以在骨骼未发生愈合时负重,从而起到一定的抵挡作用,能够预防骨折不受到重压而向外成角形成畸形;③钢板内固定治疗不用在股骨近端进行扩髓,可以很好地避免股骨干骨折的并发症,手术过程中不用精准预弯,因此减轻了操作的复杂性,提高了手术的效率^[5];④手术前可以先调整好前倾角和颈干角,从而提高手术时打导针的成功率,有效减少手术时间;钢板内固定不通过摩擦力来保持稳定,降低了骨界面的应力作用,可以预防骨髓供血不足。减少钢板下骨量丢失的可能。本次研究结果显示,研究组中,优22例,良6例,中2例,差0例,优良率为93.3%。对照组中,优16例,良8例,中6例,差0例,优良率为80.0%。两组的优良率具有显著统计学差异, $P < 0.05$;术后半年对患者进行并发症发生率对比,研究组显著低于对照组,差异具有统计

学意义, $p < 0.05$ 。

综上所述,股骨转子间骨折患者应用股骨近端锁定钢板治疗临床疗效显著,可使股骨转子间得到满意复位,降低并发症率,适于临床推广应用。

参考文献

- [1] Mess D, Barmada R. Clinical and motion studies of the Bateman bipolar prosthesis in osteonecrosis of the hip[J]. Clin Orthop, 2016;251:44.
- [2] 元永学. 人工髋关节置换与两种内固定治疗高龄股骨转子间骨折的临床研究[D]. 长春: 吉林大学, 2015.
- [3] 王世强, 邓强, 徐林, 等. 人工关节置换治疗高龄股骨病理性骨折体会[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017, 22(4):325-326.
- [4] 王亦璁. 骨与关节损伤[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:863-864.
- [5] 罗永忠, 李佩佳, 赵汉平, 等. 人工关节置换治疗高龄股骨粗隆间骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 13(20):1542-1544.

(上接第125页)

而缩短手术时间,减少术中失血,降低了并发症发生率^[5]。本次研究显示,观察患者治疗后IPSS、Qmax显著改善,显著优于对照组患者;研究组和对照组的手术时间和术中出血量差异具有显著统计学意义, $P < 0.05$;观察组夜尿改善率为88.0%;对照组患者夜尿改善率为72.0%,组间差异具有显著统计学意义;观察组患者的并发症率为4.0%,对照组患者的并发症率为10.0%,组间差异具有显著统计学意义。

综上所述,本研究认为经尿道双波长激光术操作简便、安全,对BPH的恢复效果优于经尿道等离子前列腺切除术,因此,可以将经尿道双波长激光术推广作为BPH患者治疗的临床术式。

参考文献

- [1] 姚许平. 前列腺增生症的手术治疗(附1256例报告)[A]. 2009

年浙江省男科、泌尿外科学术年会论文汇编[C]. 2009年:48-50.

- [2] 韩雨, 曹延炜, 于芹超, 等. 不同 α 受体阻滞剂联合M受体阻滞剂治疗伴有下尿路症状的前列腺增生的疗效比较. 现代泌尿外科杂志 2017;19(5):311-314

- [3] 王孟英. 经尿道前列腺汽化电切术在治疗BPH疗效分析及方法[J]. 中外医疗. 2017, 120(5):350-374

- [4] 苏燕习. 经尿道前列腺汽化电切术结合经尿道前列腺电切术治疗180例前列腺增生症的研究[J]. 中国社区医师. 2017, 11(02):103-104.

- [5] 王鹏, 郭小鹏, 崔崎. 前列腺增生经尿道双波长激光术与开放性手术术后对性功能影响的比较[J]. 中国实用医药, 2017, 10(24):60-61.

(上接第126页)

统一标准避免不必要的非战斗减员。作为疗养院要充分利用疗养时间加强卫生宣教,培养其正确的健康理念,提供个性化干预、健康促进方案,共同努力进行相关疾病的预防与诊治,使得官兵以饱满的精神状态,健康的体魄重返一线。以提高潜艇部队战斗力。

参考文献

- [1] 姬悠然, 魏立等. 海军战略转型条件下特勤人员卫勤保障特点与要求[J]. 海军医学杂志, 2012, 5(33):195-197
- [2] 胡霞云, 齐翠, 董丽洁, 等. 516例海勤人员年度体检资料分析[J]. 中国疗养医学, 2012年, 21(4)360-361.
- [3] 章鲁新, 姚雪芬, 丁虹, 等. 艇员常见眼疾的调查与分析[J].

海军医学杂志, 2006, 27(1):42-43.

- [4] 于洪湘. 468名潜艇人员脂肪肝检查结果分析[J]. 实用医药杂志, 2014.31(6):534.

- [5] 于雷, 牛俊奇. 非酒精性脂肪肝研究新进展[J]. 中国老年学杂志, 2007, 11(27):2148-2151.

- [6] 宗玉国, 陈赛铮, 吴岩印. 驻舰环境对舰载直升机飞行员身心健康影响因素分析[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2006, 13(1):49-50.

- [7] 陈尧忠, 蔡建明. 军事航海医学概论[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2010:37-41.

- [8] 林治湖, 杨延宗, 杨东辉. 自主神经系统与心律失常[J]. 中华心律失常学杂志, 2002, 6(2):120-122.

(上接第127页)

症发生率多。手术疗法的核心为复位与固定。当前临床可用的内固定方法相当多,如克氏针内固定典型的切口小,无需对骨膜与软组织作大面积剥离,且不影响血供,对骨折愈合更有利,在骨不连的预防中效果较好。而重建钢板内固定术在锁骨骨折治疗中也属于相对成熟的治疗技术,可结合锁骨外形特征作多视角与多方向的塑形,实现三维固定。因此手术疗法在锁骨骨折的治疗中效果显著。

而在本文中通过对锁骨骨折患者分别采用手术疗法和非手术疗法,结果发现,采用手术疗法治疗的患者优良率高达93.61%,但术后并发症发生率为21.27%;而采用非手术疗法治疗的患者优良率仅78.72%,而术后并发症发生率相对较低,相互间比较有统计学差异($P < 0.05$)。

由此可见,手术疗法与非手术疗法在锁骨骨折的治疗中各有优势,

究竟选择哪种疗法最适宜,应结合病患实际情况作出合理抉择。不过,在研究中,我们建议因非手术疗法恢复时间长,治疗期间有很多不确定因素都会对最终疗效造成影响,因而对复杂的、存在明显移位的锁骨骨折最好选择手术疗法治疗,促患者尽快康复。

参考文献

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2010:742-743.
- [2] 惠龙. 不同手术方式治疗锁骨骨折24例疗效探讨[J]. 中国保健营养, 2016, 26(7):385.
- [3] 周观金, 彭昊, 陈森. 865例锁骨中段骨折手术治疗分析[J]. 临床外科杂志, 2016, 24(9):714-716.
- [4] 牛昕. 钢板前置与上置内固定治疗青年锁骨骨折的效果对比研究[J]. 医药前沿, 2018, 8(5):229-230.