



双钢板法治疗肱骨髁间骨折的疗效观察

杨战京 (湘潭市中心医院骨科 湖南湘潭 411100)

摘要: **目的** 讨论双钢板法治疗肱骨髁间骨折的临床效果。**方法** 选取2015年2月至2016年1月,64例肱骨髁间骨折的患者为研究对象,分为观察组和对照组,分别实施双钢板法治疗以及Y型钢板治疗。**结果** 观察组患者术后关节恢复情况明显优于对照组,并且观察组的手术时间、术中出血量、骨折愈合时间等情况均明显优于对照组($p<0.05$)。**结论** 实施双钢板法治疗效果较为理想,加速患者的恢复,保障其生活质量,同时术后不良反应发生率较低,具有非常重要的临床意义。

关键词: 双钢板法 肱骨髁间骨折 临床效果

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)02-057-02

肱骨髁间骨折是临床中较为严重的关节骨折,多数为粉碎性骨折,治疗难度较大,该病的发病原因多为交通事故、跌倒、运动等方面,在直接或间接暴力的作用下导致的,严重影响患者的生活质量。针对该疾病,临床中主要的治疗方式为保守治疗、切开复位内固定治疗、钢板固定等,但是由于该疾病多数为粉碎性骨折,所以保守治疗很容易出现异位的现象,其愈合情况较差,所以大多数均采用内固定或者钢板固定进行治疗^[1],本文研究的方向为双钢板法治疗肱骨髁间骨折的临床效果,特选取2015年2月至2016年1月,64例肱骨髁间骨折的患者进行研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年2月至2016年1月,64例肱骨髁间骨折的患者为研究对象,随机将以上患者分为观察组和对照组,其中观察组患者为32例,男性患者为18例,女性患者为14例,年龄18至71岁,平均年龄为(45.2±3.1)岁,其中受伤为左侧患者为20例,右侧患者为12例。车祸致伤的为9例,高处坠伤的为11例,重物砸伤的为7例,其他的为5例。根据AO/ASIF分型得出C1型的为19例,C2型的为10例,C3型的为3例。对照组患者为32例,男性患者为17例,女性患者为15例,年龄20至68岁,平均年龄为(43.2±2.9)岁,其中受伤为左侧患者为18例,右侧患者为14例。车祸致伤的为8例,高处坠伤的为12例,重物砸伤的为8例,其他的为4例。根据AO/ASIF分型得出C1型的为20例,C2型的为9例,C3型的为3例。对比两组患者的临床资料,差异无统计学意义($p>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者在手术前均通过X线、CT等方式确定手术方式,其麻醉均采用臂丛神经阻滞,均实施肱三头肌舌型肌瓣入路和尺骨鹰嘴截骨入路。

1.2.1 对照组,本组患者采用Y型钢板进行治疗,切开患者的骨折端,对量髁进行复位,随后采用克氏针进行固定,将Y型钢板固定在两髁处,同时实施复位,接着固定骨折的远端,针对于粉碎较为严重且出现骨质疏松的患者,应先实施骨质填补术后再实施Y型钢板固定,在手术的过程中,应根据患者的具体情况使用螺钉以及钢板,术后予以石膏托外固定^[2]。

1.2.2 观察组,本组患者实施双钢板法进行治疗,实施臂丛麻醉,取患者的健侧卧位,在肘关节正中进行切口,随后切口皮肤直至皮下,暴露尺神经,并充分游离,将肱三头肌切开,暴露患者骨折部位,确定骨折清理后,首先恢复滑车以及肱骨小头关节面,予以克氏针固定,随后内外髁使用内外髁解剖钢板固定,接着仔细观察固定清理,清洗切口,手术过程中根据患者的情况进行螺钉固定,术后予以石膏托外固定^[3]。

1.3 观察指标

观察两组患者术后关节恢复优良率、手术指标。

1.4 判定标准

根据cassebaum肘关节评分系统进行评定^[4],分为优、良、可、差四个等级,优:患者屈肘幅度大于130°,伸肘幅度不超过15°;

良:屈肘大于120°,伸肘小于30°;可:屈肘大于90°,伸肘小于40°;差:屈肘大于90°,伸肘小于40°。

1.5 统计学方法

采用SPSS21.0软件进行统计,计数资料采用率(%)表示,采用t检验;计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 χ^2 检验。当 $P<0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察两组患者术后恢复情况,观察组患者术后关节恢复情况明显优于对照组,其数据差异具有统计学意义($p<0.05$)见表1。

2.2 对比两组患者手术指标,观察组的手术时间、术中出血量、骨折愈合时间等情况均明显优于对照组,对比两组数据,差异具有统计学意义($p<0.05$)见表2。

表1: 观察两组患者术后恢复情况

组别	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	32	10	15	5	2	78.12
观察组	32	14	16	1	1	92.75
T值						4.618
P值						<0.05

表2: 对比两组患者的手术指标

组别	例数	手术时间	术中出血量	愈合时间
对照组	32	151.8±14.3	328.4±67.1	16.7±2.1
观察组	32	124.7±11.7	243.5±40.3	13.2±2.7
P值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着人类生活水平的不断提高,肱骨髁间骨折的发病率也呈上升趋势,该病会严重的影响患者的生活质量,严重的还会引发一系列并发症,因此有效的治疗方法是保障患者健康的关键所在,针对于该骨折,临床中常见的治疗方式为手术和非手术治疗,非手术治疗只适用与无出现移位的患者,但是大部分患者均为粉碎性骨折,如果采用保守治疗,其固定不牢固,很容易出现移位的现象,出现畸形愈合,所以效果不是十分理想,而手术治疗均为内固定治疗,方式较多,有单钢板固定、双钢板固定、Y型钢板固定等,其中Y型钢板固定是将钢板放置肱骨的背面,使肱骨和骨干呈水平的情况,但是该固定的牢固性较差,术后很容易出现钢板松动的情况,而双钢板固定,是将两块钢板完整的固定在骨折部位,从各个角度观察都处于90°,这个角度可以起到最佳的固定效果,防止出现钢板松动的情况,其治疗效果要远高于Y型固定,加速患者的恢复,但是需要注意的是,双钢板必须要固定在骨骼的两侧,要平行与各个平面,不要出现垂直的情况,同时,在入路方面一定要根据患者的情况进行选择,同时最佳的手术时间应在骨折发生24h内,术后要根据患者情况予以其锻炼,帮助患者进行恢复^[5]。

通过本文研究可得出,观察组患者术后关节恢复情况明显优于对照组,并且观察组的手术时间、术中出血量、骨折愈合时间等情况均明显优于对照组($p<0.05$)。说明,双钢板固定治疗的效果较为显著,

(下转第60页)



利于患者的康复锻炼,帮助患者支撑骨折处,降低了骨折复位后移动的情况。治疗复杂胫骨平台骨折要注意:医生用双侧钢板内固定术前要对患者进行X线透视,知道骨折线的走向,掌握患者的骨折情况再选择用内侧还是外侧切口,因为复杂胫骨平台骨折有交叉韧带损伤、半月板损伤、膝关节组织粘连、膝关节周围的组织结构破坏等临床症状,所以医生在手术时要对上述症状先进行治疗,再继续用内固定术,这样可确保疗效。

本文研究表明:治疗组的膝关节僵硬、肌肉萎缩、深静脉血栓、感染、创伤性关节这些并发症的发生率均低于常规组的,治疗组患者的总有效率91.67%明显优于常规组73.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。证明了用双侧钢板内固定术治疗复杂的胫骨平台骨折效果优于单侧钢板内固定术,双侧钢板内固定术治疗有着开阔的视野,能清晰的观察膝关节的情况,有效的缩短手术时间和患处愈合时间、降低的并发症

(上接第55页)

常皮肤软组织,通过向扩张囊内注射液体增加扩张器容量,在皮肤组织深面对表面皮肤软组织产生膨胀压力,使皮肤面积被扩展并促进皮肤等组织细胞增生,而获得“额外”皮肤面积,利用新增加的皮肤软组织转移进行组织修复以利器官再造的一种方法^[4-5]。本研究中,观察组患者临床治疗总有效率为97.22%,显著高于对照组的80.56% ($P < 0.05$),而且观察组患者的创面愈合时间和创面皮肤血运恢复时间均显著低于对照组 ($P < 0.05$),这是因为皮肤软组织扩张术具有复合皮移植等常规植皮手术所不具备的优点,常规植皮术在改善瘢痕方面效果显著,但是皮瓣色泽较难控制,皮肤边缘的痕迹也较难祛除,皮肤弹性不是很理性,创面皮肤血运恢复效果较差。而皮肤软组织扩张术借助软组织的扩张作用产生皮肤软组织,能够很大程度上解决了色差、弹性等问题,美观性高,而且患者的皮损创面愈合及创面皮肤血运恢复效果均优于常规植皮术。

(上接第56页)

管狭窄。

由上可知,患者病程、结石长径、结石嵌顿以及肾积水程度是钦激光碎石术治疗输尿管结石后发生输尿管狭窄的危险因素,值得临床工作人员的重点关注。

参考文献

[1] Heldt JP, Smith JC, Anderson KM, et al. Ureteral calculi detection using low dose computerized tomography protocols is compromised in overweight and underweight patients[J]. J Urol, 2012, 188(1):1124-1129.

[2] 杨亮. 试析钦激光碎石术治疗输尿管结石后发生输尿管狭窄

(上接第57页)

患者术后恢复情况较好。

综上所述,针对于肱骨髁间骨折的患者来说,实施双钢板法治疗效果较为理想,加速患者的恢复,保障其生活质量,同时术后不良反应发生率较低,具有非常重要的临床意义,值得推广与应用。

参考文献

[1] 刘海平,王彦红. 经尺骨鹰嘴截骨入路治疗肱骨髁间粉碎性骨折[J]. 实用骨科杂志, 2011, 17(6):544-545.

[2] 蔡浩,倪小华. 双钢板治疗肱骨髁间骨折内固定方式的载荷一应

(上接第58页)

[2] 侯鹏. PPH术与传统手术治疗混合痔临床对比观察[J]. 中国实用医药, 2015, 10(11):110-111.

[3] 王海英. PPH联合外痔切除术治疗重度混合痔的临床疗效分析[J]. 中国初级卫生保健, 2013, 6(27):144-145.

[4] 韩小勇,张淑伶,谢振年,等. PPH结合外痔切除术治疗环状混

合痔的临床疗效观察[J]. 河北医学, 2013, 19(12):1812-1814.

参考文献

[1] 黄将来. 单侧与双侧钢板内固定术治疗复杂胫骨平台骨折的疗效分析[J]. 河南医学研究, 2015, 12(9):100.

[2] 许少刚. 双侧钢板置入内固定治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2015, 10(21):75-76.

[3] 丁卫峰. 单、双侧钢板内固定术治疗复杂胫骨平台骨折临床疗效分析[J]. 中国现代医生, 2014, 52(4):142-144.

[4] 彭良宁. 锁定钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2015, 10(4):101-102.

[5] 张晶,卢家凯,卿思明. 地佐辛复合芬太尼用于老年心脏病患者非心脏手术后镇痛效果的观察[J]. 心脑血管病杂志, 2013, 32(4):486-489.

总之,皮肤软组织扩张术较复合皮移植更适宜在烧伤整形患者中应用,术后血流通畅,应用前景理想。

参考文献

[1] 黄志见,胡官鸿,朱振洪,等. 复合皮移植与皮肤软组织扩张术在烧伤整形治疗中的应用效果分析[J]. 中国医疗美容, 2016, 6(6):32-34.

[2] 王娟. 复合皮移植与皮肤软组织扩张术在烧伤整形中的应用对比[J]. 中国医疗美容, 2015(4):18-19.

[3] 王海华,苏开新,姚建,等. 皮肤软组织扩张术在烧伤整形术中的应用分析[J]. 医学美容美容旬刊, 2015(4):85-85.

[4] 王建军. 皮肤软组织扩张术在烧伤整形外科的应用[J]. 中国医疗美容, 2016, 6(5):33-35.

[5] 马周端,殷炜,李跃东,等. 皮肤软组织扩张术应用于烧伤整形的临床疗效[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(31):4756-4757.

的危险因素[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 13(25):2108-2109.

[3] Aboumarzouk OM, Somani BK, Monga M. Flexible ureteroscopy and holmium:YAG laser lithotripsy for stone disease in patients with bleeding diathesis: a systematic review of the literature[J]. Int Braz J Urol, 2012, 38(3):1298-1306.

[4] 张宝钢,王春喜. 输尿管结石钦激光碎石术后结石残留的危险因素分析[J]. 中国老年学杂志, 2013, 28(19):3092-3096.

[5] Sun YT, Lee KS, Hung SH, et al. Sialendoscopy With Holmium:YAG Laser Treatment for Multiple Large Sialolithiasis of the Wharton Duct: A Case Report and Literature Review[J]. J Oral Maxillo Surg, 2014, 72(12):2491-2496.

变与位移[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(26):4931-4935

[3] 田大胜,荆珏华,钱军,等. 尺骨鹰嘴截骨平行双钢板内固定治疗成人C型肱骨髁间骨折[J]. 临床外科杂志, 2013, 21(3):200-202.

[4] 平建锋,钱宇,孙文东,等. 肱三头肌内外侧入路平行双锁定钢板治疗老年肱骨髁间骨折的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(7):1375-1376.

[5] 卓乃强,万永鲜,鲁晓波,等. 锁定钢板和普通钢板置入老年复杂肱骨髁间骨折的生物力学比较[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(4):618-621

合痔的临床疗效观察[J]. 河北医学, 2013, 19(12):1812-1814.

[5] 李云燕,郑鑫. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效与安全性比较[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 1(33):113-115.

[6] 万子昂. PPH手术与传统痔切除术临床疗效对比[J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(5):966-968.