



复杂桡骨头骨折行桡骨头置换临床疗效分析

喻赣鹏 李俊 朱俊

(宁乡市人民医院骨科 湖南宁乡 410600)

摘要:目的:探讨应用人工桡骨头置换治疗桡骨头骨折的效果分析。方法:随机选择18例桡骨头骨折的患者为研究对象,均为我院2016年4月-2017年4月收治,在对患者治疗过程中使用人工桡骨头置换,术后观察患者手术时间、术中出血量,随访时间8个月,观察患者肘关节功能。结果:18例患者中,平均手术时间为(104.2±29.8)分,术中平均出血量为(179.6±51.2)mL。按Broberg-Morrey评分标准,优良患者共17例,优良率为94%,较差1例,较差率6%,平均分数为(87.3±19.8)分。肘关节伸屈活动范围平均82.6°-161.1°,前臂旋前60.3°,旋后74.3°,无感染或脱位等不良情况发生。结论:人工桡骨头置换治疗桡骨头骨折效果显著,可提高患者肘关节功能,减少不良反应的发生,具非常重要推广应用价值。

关键词:桡骨头;骨折;桡骨头置换;

中图分类号:R256.12

文献标识码:A

文章编号:1009-5187(2018)04-233-01

桡骨头骨折是成人肘关节骨折中最常见的一种骨折,是由于手伸直时摔伤导致的,常规采用桡骨头切除治疗,处理不当容易发生神经受损、肘外翻、创伤性关节炎等晚期并发症,因此对治疗要求较高,尤其是粉碎性的骨折[1]。桡骨头还是稳定肘关节的重要结构,近年来,随着研究的深入,人工桡骨头置换逐渐被运用到治疗桡骨头骨折中,可以保留桡骨头,保持肘关节和前臂的稳定性[2-3]。为分析探究人工桡骨头置换治疗桡骨头骨折的效果,本次研究选择18例桡骨头骨折的患者为研究对象,现回顾结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2016年7月-2017年7月收治的桡骨头骨折的患者18例,男11例,女7例,年龄22-60岁,平均(40.68±6.32)岁。其中,右侧13例,左侧5例;车祸伤7例,高处坠落2例,摔伤9例;术前检查后,骨折按Mason分类,III型13例,IV型5例。伤后7天内进行手术。

1.2 方法

在进行桡骨头置换时,应严格掌握手术适应证:无法行内固定的肘关节不稳定的桡骨头骨折;行桡骨头切除后肘关节不稳定或发生疼痛者;硅胶假体或异体桡骨头置换失败者。术前对患者进行详细的检查,结合X线和CT重建做好正确评估,预计桡骨头大小,准备合适的假体,假体选择德国Link单极金属桡骨头假体;由于骨间后神经靠近近心端,术中应注意避免损伤骨间后神经,为了防止术后异位骨化影响肘关节功能,术中需将桡骨头碎块处理干净;对于假体的植入是术中关键的部分,由于桡骨骨折多呈半屈位,有明显的外侧移位倾向,一般选用外侧入路,桡骨假体柄的外展角度要与桡骨近端倾斜角度一致,为适应桡骨近端存在外翻时的髓腔形态,假体还具有外翻角设计,术中一定要注意放置的角度,任何的放置不当都可能引起肘关节屈伸或前臂旋转障碍。

采取全身麻醉或臂丛神经阻滞麻醉,患者选择仰卧位,屈曲患肢肘关节于胸前,维持前臂于旋前位,选择肘关节外侧Kocher入路,经肘肌和尺侧腕伸肌之间暴露外侧关节囊,切开关节囊,辨认环状韧带,切开桡骨近端使其脱位,将骨折桡骨头暴露并取出。使用髓腔腔扩髓后,选择合适的桡骨头假体植入试模,测试假体的匹配程度,观察肘关节屈伸、前臂旋转是否有脱位趋势,保持假体高度,保持假体与肱骨头之间保留2厘米的距离,确定肘关节保持稳定,无外翻松弛、肘腕关节无半脱位后,选用骨水泥填充髓腔,植入人工桡骨头假体,复位后等待骨水泥固化,修补环状韧带和关节囊,缝合皮肤。术后给予抗生素预防感染等常规处理。

1.3 观察指标

观察18例患者手术时间、术中出血量;术后均进行随访,随访时间8个月,采用Broberg-Morrey的肘关节功能评分标准对肘关节的活动范围、稳定性、疼痛程度及肌力进行评定。优秀:95-100分,良好:80-94分,尚可:60-79分,较差:0-59分。

2 结果

在所选的18例患者中,平均手术时间为(104.2±29.8)分,术中平均出血量为(179.6±51.2)mL。按Broberg-Morrey评分标准,优秀患者12例,优秀率67%,良好患者3例,良好率17%,尚可患者2例,尚可率11%,较差1例,较差率6%,平均分数为(87.3±19.8)

分。肘关节伸屈活动范围平均82.6°-161.1°,前臂旋前60.3°,旋后74.3°。患者均未出现切口感染、金属异物反应、假体植入失败或脱位,其中仅1例患者腕关节轻度疼痛,经处理后恢复。

3 讨论

桡骨头是一个大致呈圆形略带凹陷的关节盘,它对肘关节屈伸、前臂旋转的稳定性起到十分重要的作用。对成人的作用为传导应力及维持肘关节外翻稳定性,当桡骨头切除后,由肱尺关节承受应力,会出现肘关节外翻的可能,长此以往,桡骨向近端移位,会导致尺骨弯曲、骨间膜增宽及前臂疼痛等不良情况的发生[4-5]。桡骨头骨折的类型常根据Johnston-Mason分为I型:无移位的桡骨头劈裂骨折或边缘部分骨折;II型:边缘部分骨折且伴有移位;III型:整个桡骨头粉碎性骨折,目前增加了第四种类型:桡骨头骨折并肘关节脱位;这四种类型适用于桡骨头的治疗及判断[6]。

桡骨头为关节内结构,Mason I型、II型骨折通常采用内固定治疗,内固定材料主要包括克氏针、微型螺钉和微型钢板系统,对骨折的复位、固定需要特殊的技术和方法,临床效果欠佳,Mason III、IV型骨折常采用桡骨头切除术,但后期会出现影响肘关节的不良反应发生[7]。随着医疗技术的进步及人们越来越深知桡骨头在肘关节及前臂中的作用,人工桡骨头置换成为桡骨头骨折治疗的新方案,可以恢复肘关节的完整性及桡骨的支撑作用,保证肘关节的稳定性及前臂旋转运动功能,临床效果较好[8]。结合本次研究结果,18例患者中,平均手术时间(104.2±29.8)分,术中平均出血量(179.6±51.2)mL。治疗后结合肘关节功能评分,优良患者共17例,优良率为94%,较差1例,较差率6%,平均分数为(87.3±19.8)分。肘关节伸屈活动范围平均82.6°-161.1°,前臂旋前60.3°,旋后74.3°,无感染或脱位等不良情况发生,仅1例患者腕关节轻度疼痛,但经处理后恢复。所以,对桡骨头骨折患者行人工桡骨头置换治疗,效果较好,手术安全性高,值得推广应用。

参考文献:

- [1]严明明,宋德业,丁木亮,等.人工桡骨头置换在肘关节恐怖三联征中的应用[J].中华骨科杂志,2014,34(6):652-658.
- [2]沈彬,黄宇峰,马敏,等.人工桡骨头置换治疗成人桡骨头粉碎性骨折的研究[J].同济大学学报(医学版),2012,33(6):652-658.
- [3]章慧斌,郑慷,沈延东,等.人工桡骨小头置换治疗桡骨头骨折.中国骨与关节损伤杂志,2005,20(8):549.
- [4]蒋协远,李庭,张力丹,等.人工桡骨头置换治疗肘关节不稳定的桡骨头粉碎性骨折.中华骨科杂志,2005,25:467-468.
- [5]罗树林,尹峰,蔡俊丰,等.桡骨头骨折Mason分型III-IV型人工关节置换术的选择与疗效分析[J].中华关节外科杂志(电子版),2013,7(2):257-259.
- [6]毛谔,罗琪,张军,等.组配式人工桡骨头置换治疗桡骨头粉碎性骨折[J].中医正骨,2012,24(4):44-45.
- [7]王兴征,刘晓峰,严松鹤,等.人工桡骨头置换治疗成年人桡骨头粉碎性骨折[J].中国中医骨伤科杂志,2008,16(4):34-35.
- [8]刘娜,王丙刚,关鹏飞,等.人工桡骨头置换治疗桡骨头粉碎性骨折[J].河北医药,2015,37(4):587-589.