

手法复位超肩关节夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折的疗效

徐雪荣

常宁市中医医院 湖南常宁 421500

【摘要】目的 探讨对肱骨外科颈骨折采用手法复位超肩关节夹板外固定治疗的临床疗效。**方法** 选取我院收治的肱骨外科颈骨折患者 92 例作为研究对象,按照治疗方式划分为对照组和观察组,各 46 例;对照组固定方法为开放复位 T 型钢板内固定,观察组为手法复位超肩关节夹板外固定,对比两组临床疗效。**结果** 观察组优良率为 91.3%,明显高于对照组 71.7%,对比差异明显 ($P < 0.05$)。**结论** 手法复位超肩关节夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折效果优良,有推广价值。

【关键词】 手法复位;超肩关节夹板外固定;肱骨外科颈骨折

【中图分类号】 R687.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2015) 09-003-02

Effect of manipulative reduction and external fixation of shoulder joint with external fixation in treatment of fracture of surgical neck of humerus

【Abstract】Objective To explore the clinical effect of treatment of humeral surgical neck fracture with manipulative reduction and external fixation of shoulder joint. **Methods** 92 cases of surgical neck fractures in our hospital were divided into control group and observation group, 46 cases in each group. The control group was treated with open reduction and T plate internal fixation. The observation group was treated with manipulative reduction and external fixation with two groups of clinical curative effect. **Results** The excellent and good rate of observation group was 71.7%, which was significantly higher than that of the control group (< 0.05), the difference was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Manual reduction and external fixation for the treatment of humeral surgical neck fractures with excellent results, Have promotion value.

【Key words】 Manual reduction; external fixation of shoulder joint; fracture of surgical neck of humerus

据调查^[1],在全身骨折中肱骨外科颈骨折所占比例为 4% 至 5%,在肩部骨折中所占比例为 22%。该类型骨折好发于中老年人,且女性更多。肱骨外科颈骨折即肱骨解剖颈下约 3cm 处发生骨折,局部压痛、肿胀、胀痛、肩关节活动障碍、上肢纵轴叩击痛以及上臂上段存在瘀斑为临床主要症状。临床有诸多方法可治疗肱骨外科颈骨折,目前多采用外固定治疗,且手法复位也应用较多。本文为探讨对肱骨外科颈骨折采用手法复位超肩关节夹板外固定治疗的临床疗效,现选取患者 92 例作为研究对象,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2014 年 4 月至 2015 年 4 月收治的肱骨外科颈骨折患者 92 例作为研究对象,对其临床资料进行回顾性分析。所有患者均经 X 线检查后确诊。按照治疗方式划分为对照组和观察组,各 46 例;对照组固定方法为开放复位 T 型钢板内固定,观察组为手法复位超肩关节夹板外固定。对照组男女比例为 10:13,年龄为 12 至 52 岁,平均 (33.5 ± 8.2) 岁;5 例为无移位型骨折,3 例为肩关节脱位,20 例为外展型骨折,18 例为内收型骨折。观察组男女比例为 19:27,年龄为 12 至 54 岁,平均 (34.6 ± 8.9) 岁;4 例为无移位型骨折,3 例为肩关节脱位,22 例为外展型骨折,17 例为内收型骨折。两组患者在一般资料上对比差异不明显 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

对照组行开放复位 T 型钢板内固定治疗,作切口于胸大肌与三角肌间沟,入路后为头静脉提供保护,牵开胸大肌与三角肌,将骨折部位充分显露,为肱骨头血运提供最大限度保护,避免广泛剥离与切开。复位骨折后固定主要应用 3 至 4 孔 T 型钢板,放置钢板时其位置不能对肱二头肌肌腱产生影响。术后外展上臂,防止肩关节处于长时间制动状态,固定时开展肌肉活动练习。观察组行手法复位超肩关节夹板外固定治疗,具体如下:

1.2.1 手法整复 患者仰卧,无需麻醉,使前臂处于中立位。宽布带从患肢腋窝与腋窝绕过,助手将布带拉紧,另一助手将患肢腕部与肘部分别握住,拔伸牵引主要顺着患者纵轴方向。术者于患侧站立,双手将骨折端握住开展手法操作。若患者骨折为外展型操作如下:患肢处于外展位且角度为 45° 至 60° ,拔伸牵引。术者将折端双手环抱,四肢在骨折远端内侧紧扣,拇指将骨折近端外侧按压住,于拔伸下叮嘱助手将上臂内收至与胸部紧贴,对内向外角予以纠正,并应用内外

推端手法对骨折远端向内侧方移动予以纠正。若骨折为内收型操作如下:助手让患肢稍内收或者中立开展拔伸牵引。术者操作与外展型一致,拔伸时叮嘱助手将上臂外展且角度需在 90° 以上,对向外成角予以纠正,并应用内外推端手法对骨折远端外侧方移动予以纠正。若患者合并肩关节脱位先对脱位进行整复,助手牵引时为轻度外展位,于腋窝处将肱骨头摸准并向外上方推,复位肩关节,结合骨折移位状况予以整复。若患者骨折端向前成角,术者可将侧方移动与内外侧成角纠正后用拇指将骨折端按压住,于牵引下叮嘱助手前屈患肢上臂、举过肩头等,将骨折向前成角纠正。若患者不存在移位型骨折则直接复位,用夹板固定。

1.2.2 超肩关节夹板外固定 整复骨折后应用上臂超肩关节夹板 4 块行外固定。3 块长夹板,肘部为下方终点,超肩钻孔布带并加固打结,用胶布粘合夹板顶端。1 块短夹板,呈蘑菇头样,从腋窝下方一直到肱骨内上髁,大头垫将腋窝部顶住。在上臂外侧与前后分别放置夹板,捆紧时应用横带,将横带加系于超肩关节处以加固,将棉垫垫于腋窝下。复位后开展功能锻炼,初期为腕关节、肘部伸屈、握拳以及上肢肌肉收缩活动,而后前屈后伸肩关节,外固定 4 周后拆除。

1.4 效果判定^[2]

骨折解剖对位且肩关节完全恢复判定为优;骨折移位小于 0.5cm 且成角不超过 10° ,肩关节功能恢复为良;骨折移位不超过 1cm 且成角不超过 15° ,相较于健侧患侧肩关节功能相差超过 30° 为可;骨折移位超过 1cm,成角超过 15° ,相较于健侧患侧肩关节功能相差超过 30° 为差。

1.5 统计学方法

应用软件 SPSS20.0 统计学处理上述数据, $n(\%)$ 表示计数资料,组间对比为卡方检验,对比以 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

两组手术效果判定 见表 1。

表 1 两组手术效果判定 [$n(\%)$]

组别	优	良	可	差	优良率
对照组 ($n=46$)	13	20	8	5	71.7
观察组 ($n=46$)	25	17	3	1	91.3
χ^2	7.948				-
P	< 0.05				

(下转第 6 页)

牙胶尖充填根管治疗效果较好,值得应用。Vitapex 糊剂是由氢氧化钙、碘仿、聚硅烷油以及其他少量物质组成,这些组成物质的占比分别为 30.3%、40.4%、22.4% 以及 60.9%^[1]。这些物质中,聚硅烷能够提高 Vitapex 糊剂的渗透能力和流动性,使磨牙根管的弯曲部位、侧副根管等较小位置均能够被 Vitapex 糊剂填充,将死腔消灭,避免再次感染。碘仿能够在组织液中溶解,将碘分离出来,将细菌原浆蛋白的活性基因进行氧化,并结合氨基酸,使蛋白质发生变性,进而达到杀菌的目的^[2]。碘仿对组织结构没有刺激作用,能够良好的修复根尖病变区域,促使根尖闭合^[3]。氢氧化钙能够破坏细菌细胞膜上的酶活性,使酶的化学结构发生变化,进而达到杀菌的目的。氢氧化钙抗厌氧细菌的能力较强,且作用效果良好,能够抑制或杀死根尖病变、感染区域的细菌^[4]。氢氧化钙 pH 值为 12.3,是强碱,能够与根尖炎症部位产生的酸性物质发生化学反应,为根尖周围组织以及牙本质的再生创造良好的环境。氢氧化钙有利于发育期牙根根尖孔的形成。Vitapex 糊剂中的聚硅烷能够提高氢氧化钙和碘仿的相容性,使糊剂能够紧贴根管,达到完全填充的目的。而碘仿与氢氧化钙能够使 Vitapex 糊剂更加稳定,使根管填充更加牢固^[5]。

使用 Vitapex 糊剂能够使骨质损坏的根尖孔外得到填充,最大限度发挥药效。且其组成成分中含有杀菌、抑菌的物质,为根尖病变组织的恢复奠定了基础。且此项操作并不复杂,适用范围较大。本次研

究中,观察组患者对治疗工作的满意度 98.61% 比对照组 90.58% 高,差别较大, $P<0.05$,具有统计学意义。可见,患者对该治疗措施较满意。Vitapex 糊剂结合牙胶尖使用,能够完全填充根管,且不会对周围组织结构产生影响,不会改变牙齿颜色。总之,在疗慢性瘻管型根尖周炎的治疗中应用 Vitapex 糊剂、牙胶尖充填根管能够获得良好的效果,能够提高患者对治疗工作的满意度。

参考文献:

- [1] 潘炜,陈贵敏,杨洲慧.Vitapex 根管充填糊剂治疗老年糖尿病患者窦道型根尖周炎的疗效[J].国际口腔医学杂志,2011,05(03):502-505.
- [2] 王雪春.Vitapex 治疗慢性根尖周炎的临床观察[J].中国医学工程,2011,03(02):133+135.
- [3] 郑晓丹,赵佳佳,徐静等.三种根管糊剂用于一次性根管治疗术后的评价[J].临床口腔医学杂志,2012,11(10):672-674.
- [4] 刘士霞,师照鑫,张凯征.不同根管糊剂行一次性根管充填治疗慢性根尖周炎的临床分析[J].现代中西医结合杂志,2014,36(15):4028-4030.
- [5] 傅振.两种根管糊剂一次性根充治疗慢性尖周炎的临床疗效观察[J].中国医药指南,2013,25(13):490-491.

(上接第3页)

3 讨论

肱骨外科颈位置为解剖颈下约 3cm,结节向肱骨干移行后形成坚质骨与松质骨交界,故而骨折发生率较高。肱骨头解剖特点为后倾,相交于肘关节横轴与横断面,且致伤原因多为间接暴力,因此向前成角移位比较普遍。本组主要应用手法整复治疗,肱骨头有极大活动量,因此复位时一定要对肱骨头活动予以限制,避免其翻转移位。且肩关节有较大活动范围,联动于肩胛骨、胸锁关节以及肩锁,有较强代偿能力,且骨折处有丰富血运,可快速愈合,因此对于粉碎性骨折无需对解剖复位予以强调,因可通过关节与肌肉锻炼恢复功能。夹板固定时需结合力学原理,夹板需要在肩部以上,压垫放置需结合骨折移位方向,于肩部上方重叠交叉夹板,包扎为 8 字形,如此一来不仅夹板可相互独立还可互相联系,避免骨折移位且固定优良。骨折移位后大小结节变窄且沟床浅,滑动缺乏流畅与平滑性,易导致肱二头肌长腱粘连^[3];且长时间固定会导致关节囊粘连与肌肉萎缩,术后易出现肩周炎,因此手法整复时一定要优良对位对线并早期开展功能锻炼。

为确保手术效果,复位后夹板固定应关注以下要点:①关注肢体末梢血循环,防止包扎过紧导致缺血性肌痉挛或者肢体坏死;②对夹板固定带松紧度予以观察,太松无法有效固定,错位骨折,太紧

会诱发压迫性溃疡;③将患肢抬高便于血液循环,缓解水肿,可用三角巾悬吊,睡时肘部用枕头垫高;④骨折未愈合还存在错位可能,因此一定要按时复查。早期开展功能锻炼,促进功能恢复与骨折愈合。由此可将骨折残余移位纠正,恢复患肢功能,对水肿与疼痛症状予以有效缓解,且减少并发症,改善患者生活质量。本组观察组优良率为 91.3%,明显高于对照组 71.7%,对比差异明显($P<0.05$)。与崔建峰研究结果相近^[4]。

综上所述,手法复位超肩关节夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折效果优良,可加快骨折愈合,恢复肩关节功能,有推广价值。

参考文献:

- [1] 杨国云,王华举,秦登明等.手法复位超肩关节夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折的疗效[J].求医问药(学术版),2012,10(8):262.
- [2] 侯树峰.手法整复肱骨外科颈骨折并肩关节前脱位的临床观察[J].中国医药科学,2012,02(11):78-79.
- [3] 林茂基.手法复位联合小夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折临床观察[J].中国中医急症,2014,23(12):2344-2345.
- [4] 崔建峰.手法复位外固定治疗肱骨外科颈骨折[J].中国保健营养(上旬刊),2013,23(8):4663-4664.

(上接第4页)

阴部清洁干燥,观察白带颜色情况^[5]。通过使用阶段性护理慢性盆腔炎患者要比用常规的护理患者对病情的了解情况、配合度、生理卫生情况、对护理的满意度、治疗的总有效率上面更为优秀,临床效果更为显著,值得推广。

参考文献:

- [1] 李丽.护理干预对慢性盆腔炎患者的护理效果影响[J].中国伤残医学,2014,22(06):264-265.
- [2] 马军.整体护理在 163 例慢性盆腔炎患者护理中的效果分析

[J].中外医疗,2013,13(1):134-135.

[3] 崔静.健康教育护理干预对盆腔炎住院患者的护理效果评价[J].河北医学,2014,20(3):521-522.

[4] 朱芳芳,王彩莉.慢性盆腔炎临床护理阶段性差异方法及要点探析[J].内蒙古中医药,2014,1(01):149-150.

[5] 冯雄文,朱彩屏,吴碧青.全程护理干预应用于慢性盆腔炎患者的临床效果分析(附 66 例报道)[J].中国医药指南,2013,07(2):344-345.