



锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折脱位的临床疗效及并发症分析

宋泽建

贵州省罗甸县人民医院 550100

【摘要】目的 对锁骨远端骨折脱位运用锁骨钩钢板治疗临床疗效及并发症分析。**方法** 选取分析2015年3月-2016年3月于本院医治的锁骨远端骨折脱位患者68例,依不同治疗方法设对照组与研究组,每组各34例,前者行传统内固定治疗,后者行锁骨钩钢板治疗,观察两组并发症及肩关节活动度。**结果** 研究组内固定断裂、骨不连、局部感染总发生率5.88%比对照组低26.46%;研究组肩关节活动度比对照组优,比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折脱位可减少并发症,提高患者肩关节活动度。

【关键词】 锁骨钩钢板; 锁骨远端骨折脱位; 并发症; 疗效

【中图分类号】 R687.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 03-068-02

锁骨远端骨折脱位属于临床常见多发病,由间接或直接暴力导致,目前,医疗技术逐渐发展、完善,临床常选用手术治疗,疗效显著^[1]。但传统内固定术稳定性较差,术后易出现松动断裂,从而阻碍关节进行早期活动;运用锁骨钩钢板治疗可较好弥补传统内固定术弊端,操作便捷,被临床广泛运用^[2]。本研究回顾分析选定的68例锁骨远端骨折脱位患者资料,探究锁骨钩钢板治疗对并发症及疗效影响,分析如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取分析2015年3月-2016年3月于本院医治的锁骨远端骨折脱位患者68例,依不同治疗方法设对照组与研究组,每组各34例。前者男女比例18:16,年龄23-68岁,平均(45.13±2.45)岁,按Craig分型:21例II型,13例V型;后者男女比例19:15,年龄25-69岁,平均(45.38±2.59)岁,按Craig分型:16例II型,18例V型;两组临床基线资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组均取仰卧位并实施全麻处理,患肩抬高,头部向健侧偏,沿肩峰作一弧形切口,逐层切开皮下组织及皮肤,充分显露肩锁关节、喙锁韧带、喙突、锁骨远端,将断端夹夹软组织及血块清除,待复位后利用持骨钳行临时固定,对肩锁关节脱位患者去除破碎关节盘,对锁骨外侧骨折患者,可直接行复位。研究组行锁骨钩钢板治疗,选择模板对钢板所需长度与预弯程度测量,依据模板的预弯钢板使用方法使用钢板预弯器;于肩峰下将钢板钩状部插入,在锁骨利用3.5mm

螺丝钉在锁骨上固定钢板;对骨块较大不宜使用螺丝钉固定则选择可吸收线将骨块与钢板捆扎;注意观察肩锁韧带、喙锁韧带是否出现断裂,最大限度修复断裂;待结束固定后适当进行肩关节活动,检查骨折端、肩锁关节稳定性,清洗消毒伤口并缝合。对照组予克氏针行张力带内固定,结束固定后方法与研究组一致。

1.3 观察指标与评定标准

观察两组并发症,包括内固定断裂、骨不连、局部感染;观察两组肩关节活动度,包括内收、外展、后伸及前屈。

1.4 统计学处理

数据均选用统计软件SPSS16.0行统计学处理,正态计量资料利用($\bar{x} \pm s$)来表示,计数资料组间率比较用 χ^2 检验,计数资料用例数[n(%)]来表示,以t检验两组间比较,当 $P < 0.05$ 表差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症对比

研究组内固定断裂、骨不连、局部感染总发生比对照组低,比较差异具有统计学意义($P < 0.05$) (表1)。

表1: 两组并发症对比[n(%)]

组别	例数	内固定断裂	骨不连	局部感染	总发生率
对照组	34	3 (8.82)	4 (11.76)	2 (5.88)	9 (26.46)
研究组	34	1 (2.94)	0 (0.00)	1 (2.94)	2 (5.88) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组肩关节活动度对比

研究组内收、外展、后伸及前屈活动度比对照组优,比较差异具有统计学意义($P < 0.05$) (表2)。

表2: 两组肩关节活动度对比($\bar{x} \pm s, ^\circ$)

组别	例数	内收	外展	后伸	前屈
对照组	34	24.57±10.38	75.06±22.27	15.49±8.44	70.53±22.15
研究组	34	35.09±12.57 ^a	125.15±50.18 ^a	38.12±14.59 ^a	91.56±28.73 ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

锁骨骨折脱位多数患者考虑到手术疼痛且不美观等因素,多选择手法复位,而对不同类型锁骨骨折者,多数情况下手法复位存在不愈合及并发症情况,尽管选择手术复位例如传统固定术,也可引起术后并发症,锁骨钩钢板内固定治疗可有效减少并发症,为此,选择合理有效手术方式对治疗该类型骨折具有重要意义^[3-4]。本研究回顾分析选定的68例锁骨远端骨折脱位患者资料,探究锁骨钩钢板治疗对并发症及疗效影响。本研究结果显示:研究组内固定断裂、骨不连、局部感染总发生率5.88%比对照组低26.46%,表明锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折脱位可显著降低并发症发生率。上述结论与王俊义文献研究结果类似^[5],认为锁骨钩钢板内固定术后并发症较少,分析原因如下:锁骨钩钢板治疗优点如下:(1)依据解剖

模板进行预弯塑形,紧密契合锁骨的“S”状外形;(2)将钢板钩安置在关节的外肩峰下;(3)采用动力加压来较好的设计出钢板的螺钉孔,依手术实际需求选择选择适当骨块的固定方法,与肩锁关节主要生理特性符合,将静、动力学固定相结合,有助于进行早期关节活动^[6];(4)钩钢板治疗内固定稳定性较好,术后不需进行外固定;(5)骨折或韧带愈合后去除内固定时,不会对肩锁韧带与肩锁关节囊再次破坏,从而减少术后并发症^[7]。

同时本研究显示:研究组内收、外展、后伸及前屈活动度(35.09±12.57)°、(125.15±50.18)°、(38.12±14.59)°、(91.56±28.73)°比对照组优,表明锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折脱位可提高肩关节活动度。分析原因如下:锁骨钩钢板治疗主要按照人体自身骨骼生理特点实施塑形,利

(下转第72页)



治疗过程中也比较难掌控,一旦掌握不当就容易产生中毒等事件^[5]。而长托宁的半衰期比较长,药效作用比较慢,不能快速地阿托品化,减小速度相对较慢,但是具有较长的作用性。与阿托品相同的是,在就你行用药控制过程中,其用药剂量也比较难控制。当药物使用过量,患者很容易出现体温升高、心跳加快等临床症状,情况严重时会使患者死亡^[6]。所以,在使用两种药物的过程中,医生需要充分地掌握两者药物的药理机制,了解其起效性、作用时间,对药物的使用剂量进行适当地调整,促使阿托品以及长托宁都能充分地发挥自身的作用,合理控制使用加量,减少药物使用过程中所产生的并发症。

从本次研究结果来看,观察组患者阿托化时间、胆碱酯酶活力恢复50%时间以及患者的住院时间均比对照组患者少,观察组患者的中毒反跳、阿托品中毒发生率明显比对照组患者少。观察组患者首先采用阿托品,待其达到阿托品状态之后,再使用长托宁,采用这样的用药方式,发现患者的中毒反跳、阿托品中毒发生率减少,缩短患者住院时间,值得临床借鉴与推广。

(上接第68页)

用杠杆原理将其与患者自身紧密接触,有效减少肩关节固定的弊端,进行肩功能恢复锻炼过程中肩关节能获得较多有效锻炼,提高肩关节活动度,促进肩关节功能较快恢复^[8]。

综上所述,锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折脱位能够降低术后并发症发生率,提高肩关节活动度,促进肩关节恢复。

参考文献:

- [1] 陈超,杨康勇.锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折和肩锁关节脱位的并发症分析[J].岭南现代临床外科,2013,(4):347-350.
- [2] 顾文,姜景辉.锁骨钩钢板内固定治疗锁骨远端骨折及肩锁关节脱位并发症分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(5):774-776.
- [3] 王旭东,刘国华,孙怡,等.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨远端骨折的并发症分析[J].江苏医药,2014,

参考文献:

- [1] 张建东,龙雄,单立兵,等.探讨阿托品联合长托宁在不同治疗时机对重度急性有机磷农药中毒的治疗效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(25):3163-3164.
- [2] 严长樱,杨芳林.阿托品不同时机联合长托宁治疗重度急性有机磷农药中毒效果观察[J].海南医学,2014,56(16):2437-2439.
- [3] 李梦杰,戴勇,王俊明,等.长托宁与阿托品联合应用治疗急性重度有机磷农药中毒临床研究[J].中华实用诊断与治疗杂志,2015,23(2):175-176.
- [4] 罗小武,谭素玲.长托宁联合早期应用阿托品抢救中-重度急性有机磷农药中毒体会[J].国际医药卫生导报,2015,16(10):1220-1222.
- [5] 赵雄飞,温林海.急性重度有机磷农药中毒48例临床治疗体会[J].临床和实验医学杂志,2015,7(7):109-110.
- [6] 易峰,陆海湖,王煜,等.长托宁联合阿托品治疗急性重度有机磷农药中毒的疗效观察[J].岭南急诊医学杂志,2015,15(2):133-135.

40(18):2132-2134.

- [4] 常军,邹日昌.锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折和肩锁关节脱位临床疗效观察[J].现代医药卫生,2013,29(21):3276-3277.
- [5] 王俊义.胸锁钩钢板内固定治疗锁骨近端骨折合并胸锁关节脱位[J].中医正骨,2016,28(5):40-42.
- [6] 高剑锐,许宏俊,吴昭峰.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨远端骨折的临床观察[J].颈腰痛杂志,2013,34(2):154-155.
- [7] 苏兴平,王刚,李勇,等.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折68例临床观察[J].中国临床研究,2014,27(2):183-184.
- [8] 孙宝余.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨远端骨折后并发症的研究进展[J].医学理论与实践,2014,27(19):2553-2555.

(上接第69页)

期多采取阿卡波糖药物、二甲双胍药物治疗为主。

本次研究结果可知,阿卡波糖治疗组糖尿病发生率及恢复血糖正常率均低于二甲双胍治疗组;除此之外,经治疗后二甲双胍治疗组的餐后2小时血糖值高于阿卡波糖治疗组,而总胆固醇值低于阿卡波糖治疗组。二甲双胍药物^[4]可以有效降低胃肠道摄入葡萄糖速度,从而有效提高胰岛素敏感性,通过提高利用外周葡萄糖以达到减少或避免糖原过多的生成,而且不影响正常血糖水平值。阿卡波糖药物^[5]是属于糖苷酶抑制剂,可以降低碳水化合物被肠道吸收的速度,从而达到明显降低餐后血糖峰值,降低胰岛B细胞因血糖升高而导致的刺激,而且不影响正常血糖水平值。阿卡波糖药物、二甲双胍药物在治疗糖尿病前期的侧重点不一,若依据糖尿病前期治疗目的角度而言,阿卡波糖药物更具有治疗优势^[6]。

综上所述,阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期的临床效果均好,阿卡波糖更有效作用于血糖控制,二甲双胍更有

效作用于血脂控制,临床治疗中应结合患者的实际病情可选择合适药物治疗。

参考文献:

- [1] 李琼,李一梅,谢波等.阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期疗效的Meta分析[J].中国全科医学,2015,15(3):304-311.
- [2] 邓广江.阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期的临床效果对比[J].中外医学研究,2015,13(18):120-122.
- [3] 邱皇勋.用阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期的效果对比[J].当代医药论丛,2016,14(4):96-96.
- [4] 王今今.阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期的疗效分析[J].中国医药指南,2015,15(34):171-171.
- [5] 顾雯.阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期的效果比较[J].临床医学研究与实践,2016,1(12):68-68.
- [6] 王少蓉.对比阿卡波糖与二甲双胍治疗糖尿病前期(PD)的效果[J].中外女性健康研究,2015,15(13):202-202.

(上接第70页)

[2]Schmader K,George LK,Burchett BM,et al.Racial and psychosial risk factors fors for herpes zoster in the elderly[J].J Infect Dis,1998,178(S1):60-70.

[3]Wood MJ,Kay R,Dworkin RH,et al.Oral acyclovir

therapy accelers pain resolution in patients with herpes zoster :a metaanalysis of placebo-controlled trials [J].Clin infect Dis.1996.22(2):341-347.

[4]Fabiana VA,Wood Bm,Crowlwy p,et al.Herpes.Zoster brachial plerus neueitisClin-Neuropa- thol,1997,16(2):61-64.