



尺骨鹰嘴粉碎性骨折应用尺骨近端锁定钢板的治疗效果分析

孙 赞 (湖南航天医院创伤关节科 湖南长沙 410205)

摘要: **目的** 探讨尺骨鹰嘴粉碎性骨折采取尺骨近端锁定钢板治疗的效果。**方法** 取2016年1月到2016年12月间本院收治的180例尺骨鹰嘴粉碎性骨折患者进行研究,按患者内固定方式将患者分为钢板组(n=90)和克氏针组(n=90),对所有钢板组患者实施尺骨近端锁定钢板内固定治疗,对所有克氏针组患者实施克氏针张力带内固定治疗,分析两组患者的手术效果、关节功能恢复状况、术后并发症发生状况。**结果** 钢板组患者术后6个月肘关节功能恢复优良率、手术时间、手术费用与克氏针组相比明显较高,住院时间、并发症发生率与克氏针组相比明显较低,差异具备统计学意义(P<0.05)。**结论** 尺骨鹰嘴粉碎性骨折采取尺骨近端锁定钢板治疗效果优良。

关键词: 尺骨鹰嘴粉碎性骨折 尺骨近端锁定钢板 效果

中图分类号: R730.4+4

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)13-205-01

尺骨鹰嘴粉碎性骨折是肘关节较为常见的骨折类型,属于关节内骨折^[1]。手术内固定治疗是临床治疗尺骨鹰嘴骨折的常用方式,但目前临床对于尺骨鹰嘴粉碎性骨折的术式选择存在争议。在以上背景下,本院对2016年1月到2016年12月间收治的90例尺骨鹰嘴粉碎性骨折患者实施了尺骨近端锁定钢板内固定治疗,并与克氏针张力带内固定治疗的效果实施了对比,以期对尺骨鹰嘴粉碎性骨折的治疗提供更加安全有效的治疗方案。以下行回顾性总结:

1 资料与方法

1.1 一般资料

取2016年1月到2016年12月间本院收治的180例尺骨鹰嘴粉碎性骨折患者进行研究。纳入标准:实施手术治疗确诊为尺骨鹰嘴粉碎性骨折患者;经本院伦理委员会同意,患者签署知情同意书并自愿配合手术过程。排除标准:其他严重骨折或骨科疾病患者;手术禁忌患者;严重脏器合并症患者;精神及意识障碍患者。按患者内固定方式将患者分为钢板组(n=90)和克氏针组(n=90)。钢板组患者49:41;患者年龄22-67岁,平均年龄42.6岁(s=8.7);开放性骨折51例,闭合性骨折39例;克氏针组患者50:40;患者年龄22-68岁,平均年龄42.7岁(s=8.9);开放性骨折52例,闭合性骨折38例。对钢板组与克氏针组患者一般基线资料实施独立样本检测对比,P>0.05,可实施对比。

1.2 方法

对所有钢板组患者实施尺骨近端锁定钢板内固定治疗,臂丛麻醉,采取气囊止血带止血,选择患者肘后方行S切口,充分暴露患者骨折断端,对移位骨折进行整复,采取克氏针进行临时固定,根据患者实际的状况选择合适形态尺骨鹰嘴钢板及螺钉固定,清除难以固定小体积软骨块,合并存在关节面软骨骨折患者可采取克氏针关节面穿刺固定,存在严重骨折压缩患者可采取自体髂骨植骨^[2]。术后早期实施功能锻炼。对所有克氏针组患者实施克氏针张力带内固定治疗,臂丛麻醉,对肘后部尺骨鹰嘴为中心行远端纵向切口,显露患者骨折断端,清除淤血,断面对位,使用钳子辅助进行碎端对合,保证对位良好后屈肘90°,使用克氏针经两侧穿刺患者骨折断面至髓腔,于远端尺骨迹建立隧道,使用软钢丝穿刺并缠绕在克氏针尾部固定。对于存在长斜面患者,需先实施斜形重叠移位,再实施固定。术后采取石膏托辅助固定,3周后去掉石膏托并实施功能锻炼^[3]。

1.3 观察指标

①统计分析两组患者的手术状况(术中出血量、手术时间、住院时间、手术费用)。

②统计分析两组患者术后6个月肘关节功能恢复状况及并发症发生状况。肘关节功能采取 Broderg&Morrey 肘关节功能评分评价,优:评分≥95分;良:评分80-94分;中:评分60-79分;差:评分<60分。

1.4 统计学方法

取 SPSS19.0 软件行数据处理分析,手术状况以均数±标准差表示,t 检验。肘关节功能恢复状况及并发症发生状况以率表示,χ² 检验,P<0.05 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术状况分析

钢板组患者手术时间、手术费用与克氏针组相比明显较高,住院时间与克氏针组相比明显较低,差异具备统计学意义(P<0.05,详见下表1)。

表1 两组患者的手术状况分析($\bar{x} \pm s$; 90)

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间(d)	手术费用(元)
克氏针组	264.3±95.4	48.3±13.6	17.2±5.4	1987.3±264.3
钢板组	268.2±84.9	66.4±15.7*	11.6±3.2*	4948.6±648.1*
t	0.290	8.267	8.464	40.138
P	0.772	<0.001	<0.001	<0.001

注:与克氏针组相比*,P<0.05

2.2 两组患者术后6个月肘关节功能恢复状况及并发症发生状况分析

钢板组患者术后出现切口感染1例,克氏针组出现关节僵硬3例,切口感染2例;克氏针针尾退出4例,钢板组患者并发症发生率1.1%与克氏针组10.0%相比明显较低,χ²=6.777, P=0.009。

钢板组患者术后6个月肘关节功能恢复优良率与克氏针组相比明显较高,差异具备统计学意义(P<0.05,详见下表1)。

表1 两组患者治疗效果对比分析[n(%)]

组别	例数	优	良	中	差	优良率
克氏针组	90	40 (44.4)	38 (42.3)	10 (11.1)	2 (2.2)	78 (86.7)
钢板组	90	53 (58.9)	34 (37.8)	2 (2.2)	1 (1.1)	87 (96.7)*
χ ²	—	—	—	—	—	5.891
P	—	—	—	—	—	0.015

注:与克氏针组相比*,P<0.05

3 讨论

鹰嘴是尺骨近端后方位于皮下的突起,鹰嘴与尺骨冠状突可形成半月切迹,半月切迹可与肱骨滑车形成关节,而尺骨鹰嘴粉碎性骨折累及患者半月切迹,随着影响的肘关节功能,影响患者生活质量^[4]。解剖复位联合内固定是当前临床治疗尺骨鹰嘴骨折的常用方式,锁定钢板内固定和克氏针张力带内固定治疗均是目前临床较为常用的内固定方式。但尺骨鹰嘴粉碎性骨折患者病情更为严重,治疗难度较大。根据本次研究结果,两组患者的手术状况、预后状况存在差异。克氏针组患者手术时间更短,手术费用更低,而钢板组患者术后并发症更少,恢复更快、更优。采取克氏针治疗时,实施8字张力带钢丝固定可减少患者手术创伤,但患者骨及克氏钉均存在较大应力及压力,术后极易导致骨折塌陷、移位等,引起克氏针针尾退出,导致多种并发症;且克氏针固定后患者难以实施早期功能锻炼,易引起术后切口感染及关节僵硬^[5]。而实施钢板固定时,钢板与尺骨鹰嘴粘附性好,固定稳固,可有效减少患者术后并发症发生,也可促进患者术后早期时功能锻炼,改善患者关节功能及预后^[6]。

综上,尺骨鹰嘴粉碎性骨折采取尺骨近端锁定钢板预后良好,并发症少,运用价值高。

参考文献

- [1]陈春君.解剖型锁定钢板治疗粉碎性尺骨鹰嘴骨折23例[J].中国伤残医学,2014,22(6):79-80,81.
- [2]崔吉钢,鹿施义,侯永洋,等.鹰嘴锁定钢板治疗尺骨鹰嘴粉碎性骨折的临床分析[J].中国实用医药,2014,9(31):58-59.