



肩胛骨骨折的分类及微创手术入路的疗效分析

鲁世闻 (常德常德武医院, 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 探讨肩胛骨骨折的分类及微创手术入路的疗效。**方法** 于2013年1月到2016年1月间, 在我院选择60例肩胛骨骨折患者作为研究对象, 将患者随机分为传统组(n=30)和微创组(n=30), 给予传统组患者进行传统手术入路治疗, 给予微创组患者进行微创手术入路治疗, 统计对比两组患者的治疗效果。**结果** 微创组患者手术时间、术中出血量、切口长度、疼痛评分与传统组相比明显较低; 微创组患者术后3个月肩关节功能优良率与传统组相比明显较高; 微创组患者术后并发症发生率与传统组相比明显较低, $P < 0.05$ 。**结论** 肩胛骨骨折患者类型较多, 采取微创手术入路治疗能有效改善患者手术指标, 提升治疗效果。

关键词: 肩胛骨骨折 分类 微创手术入路 疗效

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-077-02

肩胛骨骨折是临床较为少见的一种骨折类型, 约为全身骨折类型的1%。手术治疗是临床治疗肩胛骨骨折的常用方法, 内固定是主要治疗方式, 但以往多采取传统手术入路内固定治疗, 但患者手术治疗创伤较大, 不利于患者术后恢复。此次研究中探讨肩胛骨骨折患者采取微创手术入路的疗效, 以下进行具体报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2013年1月到2016年1月间, 在我院选择60例肩胛骨骨折患者作为研究对象, 所有患者均采取X线检查或CT检查确诊; 均排除其他骨折类型; 排除存在严重内科疾病患者; 所有患者均能自主表达意愿; 均自愿配合研究。将患者随机分为传统组(n=30)和微创组(n=30), 传统组患者中男性19例, 女性11例; 患者年龄21-78岁, 平均年龄(40.2±7.3)岁; 致伤原因: 高处坠落伤9例, 车祸伤18例, 直接暴力伤2例, 其他1例; 微创组患者中男性18例, 女性12例; 患者年龄20-78岁, 平均年龄(40.1±7.4)岁; 致伤原因: 高处坠落伤8例, 车祸伤19例, 直接暴力伤2例, 其他1例。与传统组对比, 微创组患者性别、年龄、致伤原因等一般基线资料无差异($P > 0.05$), 可在研究中进行对比分析。

1.2 方法

给予传统组患者进行传统手术入路治疗, 根据患者实际骨折状况选取传统肩前入路、肩后入路、后上入路等, 并根据患者实际骨折类型采取不同方式固定。

给予微创组患者进行微创手术入路治疗, 给予患者常规气管插管静脉复合麻醉, 于患者肩胛骨骨折断端边缘, 沿患者肩胛骨骨性解剖边缘行切口, 将相关软组织牵开, 尽可能减少患者肌肉剥离, 采取Schanz针辅助对患者骨折端进行复位, 使用点式复位钳进行内固定后再使用钢板进行固定, 对患者骨折解剖对线重建。术中根据患者实际骨折类型采取重建钢板固定、锁定钢板固定、钢丝、螺钉等进行固定。术后给予患者腕吊带对上肢进行悬吊, 并对患者进行早期功能锻炼。

1.3 观察指标

统计对比两组患者手术指标状况: 手术时间、术中出血量、切口长度、疼痛评分状况。疼痛评分于患者术后3d评价, 采取VAS进行评价。总分0-10分, 分数越高患者疼痛越严重。

对两组患者进行三个月随访, 统计对比两组患者肩关节功能状况, 采取Hardegger评分进行评价, 总分100分, 分为优(90-100分)、良(70-89分)、中(50-69分)、差(<50分)四类^[1]。

统计对比两组患者术后并发症发生状况。

1.4 统计学方法

上述患者的所有数据结果均采入到SPSS19.0软件进行分

析处理, 手术相关指标采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 以t进行检验。肩关节功能、并发症发生率采用率(%)表示, 以 χ^2 进行检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

微创组患者手术时间、术中出血量、切口长度、疼痛评分与传统组相比明显较低, $P < 0.05$ 。详见下表。

表1: 两组患者手术相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	切口长度(cm)	VAS(分)
传统组	30	100.3±9.9	412.6±25.7	17.7±0.8	4.2±0.8
微创组	30	73.2±10.3*	138.6±31.4*	10.4±0.9*	2.1±1.2*
t	--	10.390	36.986	33.205	7.975
P	--	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与传统组相比*: $P < 0.05$

微创组患者术后3个月肩关节功能优18例, 良9例, 中2例, 差1例; 传统组患者中优8例, 良12例, 中7例, 差3例, 微创组患者术后3个月肩关节功能优良率90.0%与传统组76.7%相比明显较高, $\chi^2=4.812$, $P < 0.05$ 。

微创组患者术后并发症发生率与传统组相比明显较低, $P < 0.05$ 。详见下表。

表2: 两组患者术后并发症发生状况对比[n(%)]

组别	例数	神经损伤	切口感染	固定物断裂	肌肉坏死	总发生率
传统组	30	2 (6.6)	3 (10.0)	4 (13.3)	1 (3.3)	10 (33.2)
微创组	30	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	2 (6.6)
χ^2	--	2.069	1.071	0.964	1.017	6.667
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

注: 与传统组相比*: $P < 0.05$

3 讨论

当前交通事故的发生率越来越高直接使得肩胛骨骨折的发病率也逐年增长, 且肩胛骨骨折患者常合并多种并发症, 严重影响患者的肩关节功能, 影响患者日常生活质量, 加强对患者的临床治疗是当前临床研究的重点^[2]。

临床对于肩胛骨骨折类型诊断多采取影像学诊断, 临床多将肩胛骨骨折分为肩胛孟骨折、肩胛骨突起部位骨折、肩胛骨体部骨折三类^[3]。以往治疗肩胛骨骨折多采取传统入路治疗, 传统入路时常对患者损伤较大, 较大手术切口不利于患者术后恢复, 易导致患者术后感染, 术中易导致患者出现神经损伤等, 导致患者肩关节功能恢复受到影响^[4]。此次研究中微创组患者术后手术相关后指标、术后3个月肩关节功能优良率、术后并发症发生率均明显优于传统组, 说明微创手术入路能有效改善患者手术指标, 改善患者预后。采取微创手术入路时, 对患者手术切口较小, 患者术中神经、软组织等损伤较小, 能有效促进患者术后恢复, 对于诸多患者均适用。但患者存在难以复位状况, 如粉碎性骨折或骨折时间

(下转第79页)



治疗并发症和急性加重以及降低病死率。临床资料显示,尽管药物治疗能改善重度毛细支气管炎及其后反复喘息发作的症状、急性加重、健康状态和活动耐力,但不能延缓患儿的肺功能减退。研究显示^[7],对重度毛细支气管炎及其后反复喘息发作患儿给予糖皮质激素+ β_2 受体激动剂联合治疗,可以有效改善患儿的肺功能,减轻其临床症状。

舒利迭干粉剂为沙美特罗与丙酸氟替卡松的复合制剂,沙美特罗为 β_2 受体激动剂,可以扩张支气管平滑肌,提高患儿耐受性,同时还具有抗炎作用。丙酸氟替卡松属于糖皮质激素类药物,具有强大的抗炎作用,能够抑制炎症细胞渗出,刺激其凋亡,减缓气道炎症。研究显示,丙酸氟替卡松可使 β_2 受体敏感度显著上升,与沙美特罗联合使用,具有协同增效作用。本研究结果显示,研究组患儿总有效率明显高于对照组。说明舒利迭干粉剂能提高重度毛细支气管炎及其后反复喘息发作的临床治疗效果、改善动脉血气及患儿的肺功能。

综上所述,舒利迭可有效改善重度毛细支气管炎及其后反复喘息发作患儿的肺功能,提高临床治疗效果,改善动脉血气,且安全性较高、不增加不良反应,具有临床应用推广价值。然而,由于本研究样本量有限,疏漏之处在所难免,因此,有望今后扩大样本对其进行更加深入的研究,以期

临床有效预防和治疗重度毛细支气管炎及其后反复喘息发作提供理论依据。

参考文献

- [1] 雷静.布地奈德混悬液联合支气管扩张剂雾化吸入治疗婴幼儿毛细支气管炎疗效观察[J].中国中西医结合儿科学,2015,7(6):614.
- [2] 何春林.布地奈德雾化吸入剂量选择对婴幼儿毛细支气管炎临床治疗效果的影响[J].长江大学学报自然科学版:医学(下旬),2014,11(11):104.
- [3] 胡迅,胡荣全.孟鲁司特联合布地奈德预防婴幼儿毛细支气管炎后喘息复发的疗效观察[J].药物流行病学杂志,2014,(8):475.
- [4] 刘育红.普米克令舒联合必特雾化吸入治疗婴幼儿毛细支气管炎疗效观察[J].医药论坛杂志,2014,35(5):154.
- [5] 景辉丽.不同雾化吸入方式对婴幼儿毛细支气管炎后反复喘息的临床干预研究[J].中外女性健康,2014,(09X),2014,(09X):63.
- [6] 潘超峰,杨永红.布地奈德联合特布他林治疗婴幼儿毛细支气管炎的效果及安全性观察[J].中国医学前沿杂志(电子版),2014,(8):58.
- [7] 阿衣古丽·阿吉,李洪波,何晓瑜,等.肾上腺素与喘可治联合雾化吸入治疗婴幼儿毛细支气管炎的疗效观察[J].中国现代药物应用,2014,8(13):161.

(上接第75页)

综上所述,通过对脑卒中患者肺部感染中病原菌构成的分析,可以在临床上对医生用药起到一个指导作用,能够有效有效的去治疗患者的肺部感染,从而降低脑卒中患者的死亡率^[5]。也提示我们应当在治疗过程中合理用药,减少病原菌耐药性的出现,进一步去提升临床治愈效果和增加患者生存率。

参考文献

- [1] 覃兰斌,黄智江,陆德胜,刘绍德.脑卒中患者医院获得性肺炎病原菌分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2010,18:2861-2863.

- [2] 黄娥,范文,段六生,雷鸿斌,易光明.脑卒中后医院获得性肺炎病原菌耐药性及感染危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2012,08:1578-1579.
- [3] 刘广义.脑卒中患者医院感染病原菌的分布与耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2012,24:5648-5650.
- [4] 侯艺苗,赵忠,杜龙敏,张芳,马丽娟.脑卒中患者医院感染病原菌分布特点及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2009,24:3430-3432.
- [5] 王雪晴,林红,陈红涛,刘汉伟,周武.脑卒中患者肺部感染的病原菌分布与耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2015,12:2695-2697.

(上接第76页)

经研究表明,观察组患者的并发症发生率(2.00%)显著优于对照组患者并发症发生率(18.00%),($P < 0.05$),而总有效率之间不存在差异性。

总而言之,激光联合泡沫硬化剂治疗下肢静脉曲张患者效果确切,其可有效促进患者恢复,且治疗安全性较高,因此其治疗方式值得在临床推广。

参考文献

- [1] 董利英.腔内激光联合泡沫硬化剂治疗下肢静脉曲张的护理体会[J].护士进修杂志,2013,28(20):1880-1881.
- [2] 赵松峰,胡灵,杜丽苹等.腔内激光联合聚桂醇泡沫硬化剂

治疗下肢静脉曲张的临床研究[J].临床研究,2016,24(3):102-103.

- [3] 邵明哲,潘焯,赵珺等.下肢静脉曲张行腔内激光闭合术联合泡沫硬化剂治疗并发性动脉血栓形成[J].临床误诊误治,2014,27(3):80-82.
- [4] 萧剑彬,林少芒,张智辉等.DSA引导下泡沫硬化剂联合激光治疗中度以上下肢静脉曲张的临床效果[J].吉林医学,2014,35(7):1380-1382.
- [5] 许永强.激光闭合联合点式剥脱术与激光闭合联合泡沫硬化剂注射术治疗下肢静脉曲张的临床疗效比较[J].中国现代医生,2013,51(23):158-160.
- [6] 叶波,刘小春,陈伟清等.激光联合泡沫硬化剂在下肢浅静脉曲张的临床应用价值[J].赣南医学院学报,2011,31(6):746-747.

(上接第77页)

>2周时,难以采取微创手术治疗^[5]。行微创手术治疗时,术中需加强手术操作的力度,需在牵拉时采取钩拉间断放松,以减少患者神经损伤,术中置入螺钉时需注意掌握方向,避免进入患者关节腔。术后早期对患者进行功能锻炼指导,及时根据患者实际恢复状况指导患者进行适当运动,促进患者早日恢复肩关节功能^[6]。

综上,肩胛骨骨折患者类型较多,采取微创手术入路治疗能有效改善患者手术指标,减少患者并发症发生率,促进患者肩关节功能恢复,效果显著,可在临床推广运用。

参考文献

- [1] 罗令,孙晓峰,刘洋波,等.微创后入路治疗肩胛骨骨折的

临床研究[J].现代生物医学进展,2015,15(17):3349-3352.

- [2] 蔡奎.微创入路内固定治疗肩胛骨骨折的临床探讨[J].大家健康(中旬版),2015,30(5):123-123.
- [3] 罗令,任高宏,张杰,等.肩胛盂、肩胛颈骨折后路微创手术的解剖及临床研究[J].中国矫形外科杂志,2015,23(18):1638-1642.
- [4] 王鹏飞,张堃,宋哲,等.肩胛骨骨折治疗最新进展[J].国际骨科学杂志,2013,34(1):26-28.
- [5] 曲秀岭.60例肩胛骨骨折手术治疗的临床疗效分析[J].当代医学,2013,19(24):103-103,104.
- [6] 穆洪鑫,郑闻前.肩胛骨外侧缘入路对肩胛骨骨折手术治疗的临床疗效观察[J].江苏医药,2013,39(6):712-713.