

微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨骨折的疗效分析

曹 宇

湖南长沙融城医院骨科

【摘要】目的 验证微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨骨折的效果差距。**方法** 本次试验中,抽取了本院 100 例掌指骨骨折患者作为回顾分析对象。分为 A、B 两组,A 组患者采用微型钢板固定治疗方案,B 组患者采用克氏针内固定治疗方案,每组患者的数量分别为 50 例。通过实施两种治疗方案,将两组的治疗指标进行对比,得出实验结论。**结果** A、B 两组各项观察指标差距明显,且 $P < 0.05$,具有统计学意义。**结论** 两者可以有效治疗掌指骨骨折,但微型钢板在术后康复效果及其它指标优势较为显著,有着积极治疗意义,在同类手术中,值得得到有效的运用。

【关键词】 验证微型钢板固定;克氏针内固定;掌指骨骨折

【中图分类号】 R687.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1006-3854 (2019) 07-022-02

掌指骨骨折是手部常见外伤,针对伤势状况,有多种不同的治疗方法。伤势较轻的一般采取石膏固定法,但对于掌指骨骨折现象严重的需要手术治疗,一般采用微型钢板固定及克氏针内固定。由于手部神经较多,如需达到较好的效果,手术的准确定位和稳定性是必不可缺的,现本文针对上述两种手术方案进行效果对比,以找出治疗掌指骨骨折更好的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取了本院 100 例掌指骨骨折患者作为实验对象,患者在本院的就诊时间为 2017 年 5 月—2019 年 2 月,包括 57 名男性与 43 名女性,年龄范围在 17—52 周岁之间,平均年龄为 (35.79 ± 2.78) 岁,其中闭合性骨掌骨折 67 例,开放性骨折 34 例,掌骨骨折 54 例,指骨骨折 68 例。其中 A 组患者 50 名,包括 28 名男性与 22 名女性,平均年龄为 (35.94 ± 2.01) 岁; B 组患者 50 名,包括 26 名男性与 24 名女性,平均年龄为 (34.82 ± 1.95) 岁。A、B 两组的年龄差异不大,排除股指诉讼的案例,患者骨折状况、骨折部位差异在区间范围内。 $P > 0.05$,可以进行对比研究。

1.2 方法

对 A、B 两组患者采用微型钢板与克氏针内固定治疗方案

1.2.1 A 组采用微型钢板固定治疗法

首先,采用神经组织麻醉法进行局部麻醉,患者采取仰卧位,选择直径为 1.0—1.2mm 的克氏针进行手术,用单针固定进行顺行或者逆行穿入,穿入位置与掌骨两侧或指骨两踝处。在骨折部位较远端采取纵行切口,使骨折端呈暴露状态,将 2 根克氏针沿着骨折远端向手指外部穿出,整复骨折,然后再将克氏针沿着远端,采用交叉穿入的方式向着骨皮质与近骨髓腔穿入。完成克氏针穿入后,要对克氏针进行固定,并将克氏针的两段磨成针尖状,以方便逆行穿入,然后进行缝合。手术后的石膏固定应保持在 4—6 周之间,等到石膏去除之后适当进行手部锻炼。暴露在皮肤外的针需要剪断、折弯,以避免发生不良状况。

1.2.2 B 组采用克氏针内固定治疗法

首先,采用臂丛神经阻滞麻醉法进行局部麻醉,患者采取仰卧位,用指根圈扎环或者上气囊止血带进行止血。在对闭合性骨折患者进行手术时,应在手背或者指背进行弧形切口,切开后,将伸指肌腱旁的筋膜分离;对开放性骨折患者进行手术时,可直接从伤口进入,清洗嵌入的软组织与血凝块,尽量减少骨膜剥离。将微型钢板放置在掌背内、外侧,及掌、

指骨侧面,进行钢板的加压固定,然后将微型螺钉钻孔植入。如在掌指骨的底部或者头部出现骨折碎块,采用钢丝捆扎;如果此处部位出现关节内骨折,应选择 T、U 型钢板固定。

1.3 观察指标

- (1) 两组掌指骨骨折手术时间长短对比
- (2) 两组掌指骨骨折患者住院时间长短对比
- (3) 两组掌指骨骨折患者术后感染状况对比
- (4) 两组掌指骨骨折患者骨折愈合状态对比
- (5) 两组掌指骨骨折患者术后 TAFS 评定对比

1.4 数据处理

本次实验使用 SPSS12.0 统计软件进行数据处理,用 n 进行计数,当 $p < 0.05$ 时,表示其差异具有统计意义。

2 结果

经过实验,将两组观察指标进行对比,发现 A 组对掌指骨骨折术后效果优于 B 组,经过两组实验对比分析,对比结果见表 1、表 2:

3 讨论

掌指骨骨折的治疗方法有很多种,手法各异。通过试验对比,总结出微型钢板固定的几个优势:第一,此种方法属于皮下治疗,对皮肤没有刺激,相对而言患者更容易接受;第二,无需外固定的辅助,具有稳定的固定效果,并且具有一定的韧性及抗压性;第三,适应治疗症状广泛,对粉碎性骨折、关节及关节周围骨折、缺损性骨折及多根长指骨折,螺旋形骨折及伴有组织损伤的骨折都具有显著的治疗效果;第四,术后不会影响患者的恢复,可以尽早进行康复锻炼。

当然,钢板固定治疗方案也存在一定的缺陷,要求医生有较高的手术能力,手术系数难度较大。而对于克氏针固定来说,却不需要太大的技术要求,手术操作起来比较简单,其中手术对局部固定可以,如果出现骨折面积较大或者粉碎性骨折时,其治疗效果不如微型钢板固定手术。因此,可根据患者的伤情来选择,以更有效的方式完成手术。

总的来说,两者效果在治疗掌指骨骨折上都有其独特的效果。目前,随着医疗水平的提高,医生的职业技能也在不断取得进步。因此,可以加大微型钢板固定在掌指骨骨折上的应用,以帮助病人有效的减少并发症,并尽快康复。

参考文献

[1] 白龙.微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨骨折的疗效分析[J].内蒙古医学杂志,2017,49(10):1250-1251.

[2] 吴贤驹.微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨骨折临

(下转第 25 页)

合理选择麻醉方式,最大限度减轻患者手术后应激反应具有必要性。

全身麻醉所使用药物较多,剂量无法有效控制,且容易出现药物残留的情况,不利于患者血流动力学稳定。硬膜外麻醉所使用的药物量相对较少,能够对机体应激反应产生抑制作用^[5]。有研究报道,硬膜外麻醉具有较好的镇痛和肌松作用,只需要配合较少的全麻药物即可达到合适的麻醉深度和镇痛效果,不仅可以有效减轻患者机体对麻醉药物的代谢负担,还可以减少患者术后并发症发生,促进患者苏醒^[6]。

本研究中,通过对研究组应用硬膜外麻醉结合全身麻醉,

对照组仅使用静脉全身麻醉,结果显示研究组拔管时以及拔管后 5 分钟的 HR、SBP 和 DBP 与对照组比较均具有显著性差异,说明研究组麻醉方法更有助于患者血流动力学稳定,减少患者应激反应。研究组拔管时间为 (7.9±2.8) min,显著短于对照组,且研究组麻醉维持药物使用量少于对照组,表明联合麻醉更有助于减少患者的麻醉药物使用量,缩短患者拔管时间,加速患者苏醒,具有较高疗效和安全性。

总而言之,在普外手术患者中应用硬膜外麻醉复合静脉全身麻醉,有助于手术顺利完成,缩短拔管时间,减少麻醉药物使用量,加速患者术后苏醒。

表 2: 两组拔管时间及麻醉维持药物使用量比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	芬太尼 (mg)	维库溴铵 (mg)	异丙酚 (mg)	拔管时间 (min)
研究组	43	0.23±0.03	0.0	185.6±7.3	7.9±2.8
对照组	43	0.31±0.05	6.52±1.33	221.7±9.8	13.5±4.2
t	—	8.997	32.146	19.372	7.275
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000

参考文献

[1] 梁达利, 李聪. 硬膜外麻醉联合静脉全身麻醉对老年开胸手术患者术后认知功能障碍的影响 [J]. 医疗装备, 2018, 31(24):154-155.

[2] 张海波. 硬膜外阻滞复合全身麻醉与静脉吸入复合全身麻醉对消化道肿瘤患者手术的影响 [J]. 抗感染药学, 2018, 15(07):1231-1233.

[3] 余良胜, 刘昶, 谈海云. 硬膜外复合静脉全身麻醉在老年腹腔镜结肠癌根治术患者中的应用效果及其对肺功能的

影响研究 [J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(02):178-181.

[4] 刘淑彬, 徐康. 全身麻醉与全身麻醉复合硬膜外麻醉在食管癌手术中的比较分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(54):47.

[5] 于尹瑞, 刘姣, 任艳青, 何颖娜, 李清. 硬膜外阻滞复合静脉全身麻醉联合自控硬膜外镇痛在腹部手术患者中的应用效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(06):57-58.

[6] 李英兰. 静脉全身麻醉与硬膜外麻醉对老年骨科手术术后认知麻醉功能与精神状态的影响 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(25):69-70.

(上接第 22 页)

床研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(8):101-103.

表 1: 微型钢板与克氏针内固定治疗术后综合状况对比 ($\bar{x} \pm s$)

检测组	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术后感染 [n (%)]	骨折愈合状态 [n (%)]
A 组	50	31±11	5.1±1.6	6 (4.32)	92 (12.34)
B 组	50	42±13	5.2±1.4	22 (13.24)	19 (12.65)
χ^2	—	37.4254	38.5786	73.1245	78.1657
P	—	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 2: 两组掌指骨折患者术后 TAFS 评定对比 (%)

检测组 (n)		开放性骨折			闭合性骨折			掌骨骨折			指骨骨折		
		优	良	差	优	良	差	优	良	差	优	良	差
A 组	个数	11	5	1	20	12	2	16	10	1	25	8	1
50	百分比	32%	15%	3%	30%	18%	3%	30%	19%	2%	37%	12%	1%
B 组	个数	8	5	4	11	14	9	10	10	7	19	8	7
50	百分比	24%	12%	11%	16%	28%	13%	19%	19%	13%	28%	12%	10%

(上接第 23 页)

示, 观察组治疗有效率为 94.64%, 明显高于对照组的 82.14% ($P<0.05$)。两组患者治疗后 FL、BUT 及 Schirmer test I 评分均得到明显改善 ($P<0.05$), 且观察组明显优于对照组 ($P<0.05$), 证明该方法治疗干眼症效果更为确切。

总之, 对干眼症采用中药熏眼联合雷火灸治疗, 能够有效缓解临床症状, 提高治疗效果, 临床应用价值较高。

参考文献

[1] 李红月, 孙艳, 刘长宏, 等. 综合性临床干预对干眼症治疗效果的影响 [J]. 临床眼科杂志, 2015, 23(4):360-362.

[2] 张凤梅, 孙明星, 刘莉. 益气聪明汤治疗脾胃气虚型干眼临床观察 [J]. 中国中医眼科杂志, 2014, 24(5):339-341.

[3] 张阳, 岳丽菁, 唐敏, 等. 中药熏眼联合雷火灸治疗干眼症的临床效果 [J]. 世界中医药, 2018, 13(2): 348-349.