

肱骨近端加压锁定钢板与传统钢板治疗肱骨 近端骨折的临床疗效比较

李卫兵, 安文秀

(山东省日照市东港区人民医院, 山东 日照 276800 E-mail: 18963308682@163.com)

摘要: **目的** 分析肱骨近端加压锁定钢板与传统钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效。**方法** 选择 2014 年 2 月~2015 年 3 月我院所收治的 80 例肱骨近端骨折患者作为本次研究对象。随机将其均分为实验组与对照组, 每组 40 例。对照组使用传统钢板治疗方式治疗; 实验组使用肱骨近端加压锁定钢板。对比两组患者的临床疗效。**结果** 两组患者经过不同的治疗之后, 实验组患者的治疗总有效率(100.00%)显著高于对照组治疗总有效率(82.50%); 实验组患者平均骨折愈合时间显著短于对照组患者; 实验组的并发症发生率(0.00%)显著低于对照组的 22.50%(5 例肩关节活动受限、2 例肱骨头坏死、2 例钢板断裂)。以上三组数据比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 肱骨近端加压锁定钢板与传统钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效显著, 借助加压锁定钢板能够显著提高肱骨近端骨折患者的临床疗效, 相对于常规钢板的治疗方式而言更稳定、安全, 并且患者在术后的恢复时间比较短, 能实现快速恢复肩功能的目的, 是一种理想的治疗方式, 值得临床推广。

关键词: 肱骨近端加压锁定钢板; 肩骨折; 传统钢板

中图分类号: R683.41

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2016)04-0391-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.014

肱骨近端骨折是骨科当中较为普遍的一种疾病, 在骨折患者中占比约为 5%, 大多数肱骨近端骨折发病人群是老年人, 并且肱骨近端骨折对老年人的生活能力影响极大^[1]。为了更好地提高肱骨近端骨折患者治疗效果, 本文详细分析肱骨近端加压锁定钢板在肱骨近端骨折患者中的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 2 月~2015 年 3 月我院所收治的 80 例肱骨近端骨折患者作为本次研究对象。随机将其均分为实验组与对照组, 每组 40 例。实验组患者的年龄为 58~72 岁, 平均年龄为(66.24±2.87)岁, 其中男性患者 21 例, 女性患者 19 例。实验组中 Neer 分类: II 型 7 例, III 型 25 例, IV 型 8 例。对照组患者的年龄为 59~73 岁, 平均年龄为(66.35±3.10)岁, 其中男性患者 20 例, 女性患者 20 例。对照组中 Neer 分类: II 型 6 例, III 型 24 例, IV 型 10 例。两组患者的性别、年龄、病况以及体质等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具备可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组使用传统钢板进行治疗, 手术方式为常规的钢板加压治疗方式。主要是以 T 型钢板、三叶草钢板组, 其切口同锁定钢板治疗, 手术方式以常规操作为主。

1.2.2 实验组 实验组采用肱骨近端加压锁定钢板进行治疗。其主要手术治疗方式如下: 使患者处于仰

卧位, 使用全身麻醉, 首先垫高患者的骨折手臂, 选择三角肌以及胸大肌之间作为手术入路; 若患者病情较为严重, 则分离患者的三角肌前肌肉, 充分暴露患者的肱骨近端, 此时需要保护患者的关节囊以及腋神经。借助肩外展位推压或牵引骨折块确保位置恢复, 使用克氏针实现临时固定, 并在 C 型臂 X 线机的辅助之下将加压锁定钢板安装在患者的肱骨大结节顶点的下方 0.5 cm 位置, 并固定。在钢板安放完成之后, 在患者的骨折远近侧依次钻孔, 每侧使用 3 枚左右长度适中的锁定螺钉拧入后锁定, 拔出克氏针, 然后于切口深部放置负压引流管, 并逐渐缝合切口。

1.3 观察指标 疗效评定标准^[2]: 显效: Neer 评分有显著改善, 改善为 I 级, 并且术后的解剖复位及功能恢复效果显著, 无骨折的临床症状; 有效: Neer 评分有一个等级或以上的改善, 手术解剖复位及功能恢复效果一般, 骨折临床症状有明显改善; 无效: 患者 Neer 评分无任何改变, 功能无任何恢复甚至更加严重, 仍然有明显的骨折症状。总有效例数 = 有效例数 + 显效例数。对比两组患者的骨折愈合时间以及并发症发生率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效对比 两组患者经不同的治疗之

后,实验组患者的治疗总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者疗效对比 (n,%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
实验组	40	35(87.50)	5(12.50)	0(0.00)	40(100.00)
对照组	40	15(37.50)	18(45.00)	7(17.50)	33(82.50)

注: $\chi^2 = 5.636, P = 0.018$

2.2 两组患者骨折愈合时间以及并发症发生率对比
经不同形式的钢板治疗,实验组患者平均骨折愈合时间显著少于对照组患者平均愈合时间,差异有统计学意义($t = 8.075, P < 0.001$);实验组的并发症发生率(0%)显著低于对照组的 22.50%(5 例肩关节活动受限、2 例肱骨头坏死、2 例钢板断裂),差异有统计学意义($\chi^2 = 8.013, P = 0.005$),见表 2。

表 2 两组患者骨折愈合时间以及并发症发生率对比

组别	n	平均骨折愈合时间($\bar{x} \pm s$,周)	并发症(n,%)
实验组	40	12.01 $\pm$ 2.12	0(0.00)
对照组	40	15.74 $\pm$ 2.01	9(22.50)

3 讨论

肱骨近端骨折对患者的生活能力有极大影响,及时、有效地治疗肱骨近端骨折对提高患者的生活质量有着显著意义。肱骨近端骨折在临床当中的发病率较高,长期使用外固定很容易导致患者出现关节囊松弛、患肢肌肉萎缩等现象。传统的钢板治疗虽然能起到一定的治疗效果,但促使骨折愈合的进度并不快,还无法提供良好的固定,同时患者的并发症发生率也较高,该方法并不是一种理想的治疗方式。

相关研究显示,肱骨近端加压锁定钢板对肱骨近端骨折患者有显著的临床疗效,其钢板形状主要是根据肱骨近端的解剖形状而设计,其无需预弯,钢板对患者的骨面不会形成额外的压力,能降低对软组织的剥离,最大可能性地保留骨与骨膜的完整性,从而保障手术治疗本身的安全性^[3]。

本研究结果显示,两组患者经过不同的治疗后,实

验组患者的治疗总有效率(100.00%)显著高于对照组治疗总有效率(82.50%)。该结果与张国文等^[4]的研究结果一致,说明在肱骨近端骨折位置使用加压锁定钢板的临床疗效显著,能显著提高患者的生活质量。使用加压锁定钢板治疗患者,其借助螺钉与钢板锁定形成的固定,能显著降低骨折端与螺钉脱出及再次移位的现象,是一种理想的治疗方式;另一结果显示,经过不同的治疗,实验组患者平均骨折愈合时间显著少于对照组患者平均愈合时间;实验组的并发症发生率显著少于对照组的并发症发生率,该结果与郭国富^[5]的研究结果一致,说明肱骨近端加压锁定钢板相对于常规钢板治疗方式而言,其对肩关节的运动能力恢复有着显著的辅助效果,且术后的并发症发生率也有显著的降低,肩功能恢复状况显著,是一种恢复快、安全稳定的治疗方式。

综上所述,肱骨近端加压锁定钢板与传统钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效显著,借助加压锁定钢板能显著提高肱骨近端骨折患者的临床疗效,相对于常规钢板的治疗方式而言更稳定、安全,并且患者在术后的恢复时间比较短,能够实现快速恢复肩功能的目的,是一种理想的治疗方式,值得临床推广。

参考文献:

[1] 芦晓刚,孟国成,龙波,等.普通钢板和锁定加压钢板内固定治疗肱骨近端骨折的疗效对比[J].现代中西医结合杂志,2013,22(4):369—370.

[2] 林作华,黄志伟,黄海波.髋关节置换与内固定治疗老年不稳定型转子间骨折的临床疗效比较[J].右江民族医学院学报,2014,36(3):392—394.

[3] 刘成,寿康全,彭涛,等.锁定钢板与传统钢板治疗老年肱骨近端骨折疗效比较[J].临床骨科杂志,2013,16(4):422—424.

[4] 张国文,赵宏.比较肱骨近端加压锁定钢板(LPHP)与传统钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效[J].中外医疗,2015(25):59—60.

[5] 郭国富.比较肱骨近端加压锁定钢板(LPHP)与传统钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(27):36.

收稿日期:2016—06—08;修回日期:2016—07—28