

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0157-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.080

# 肩胛骨外侧缘入路对肩胛骨骨折手术治疗的的安全性及疗效

罗新光

(四会市中医院, 广东 四会 526200)

〔摘要〕 目的: 探讨肩胛骨外侧缘入路对肩胛骨骨折手术治疗的的安全性及疗效。方法: 选择 2016 年 8 月至 2018 年 12 月间四会市中医院收治的肩胛骨骨折患者 80 例作为研究对象, 随机将患者分为观察组和对照组, 每组 40 例, 对照组患者使用传统 Judet 入路手术进行治疗, 观察组患者使用肩胛骨外侧缘入路术进行治疗, 比较两组患者的治疗效果。结果: 观察组患者的 Constant-Murley 评分显著高于对照组, 手术时间和骨折愈合时间显著短于对照组, 术中出血量显著少于对照组, 组间比较, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在诊治肩胛骨骨折时选用外侧缘入路手术的临床治疗效果较好, 可将骨折的愈合时间降低。

〔关键词〕 肩胛骨外侧缘入路术; 肩胛骨骨折; 传统 Judet 入路手术

〔中图分类号〕 R 687.3 〔文献标识码〕 B

临床上, 诊治肩胛骨骨折的案例很少, 这是因为肩胛骨的形状不规则, 在胸廓后的上方的两边, 它的前后都会有肌肉包裹着, 不容易受到伤害。但如今, 因交通事故、建筑事故等导致的肩胛骨骨折数量越来越多, 因为以上事故具有较强的暴力<sup>[1]</sup>。此外, 由以上事故导致的肩胛骨骨折, 通常会伴随着骨折端移位以及合并伤的发生, 通过手术对此类病症进行诊治。过去在医治肩胛骨骨折时, 主要使用的方法是保守疗法, Judet 肩胛骨倒“L”形后侧入路是比较常用的方法。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2016 年 8 月至 2018 年 12 月间本院收治的肩胛骨骨折患者 80 例作为研究对象, 随机将患者分为观察组和对照组, 每组 40 例, 观察组中, 男性 33 例, 女性 7 例, 年龄 22 ~ 48 岁, 平均年龄 ( $35.63 \pm 5.25$ ) 岁; 对照组中, 男性 31 例, 女性 9 例, 年龄 23 ~ 50 岁, 平均年龄 ( $37.52 \pm 5.22$ ) 岁; 两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 手术方法

患者需要进行麻醉并侧卧。对观察组的患者实施诊治时, 所用方法是肩胛骨外侧缘入路法, 其切口位置位于肩峰下方-肩胛下角处, 切口沿着肩胛骨外侧缘。将脂肪、筋膜分开, 同时将部分三角肌切开拉出, 使小圆肌、冈下肌出现在施术者的眼前, 沿着以上肌肉之间的缝隙实施钝性分离, 进而将肩胛骨体部、颈部以及肩胛冈等器官和组织暴露出来<sup>[2]</sup>。对照组的患者选择传统 Judet 入路方法治疗, 其切口位置位于肩峰后缘至肩胛骨内上角处, 之后顺着肩胛骨内侧缘向下一

直到肩胛下角, 将三角肌切断拉出, 在进行钝性分离操作时, 要沿着以下缝隙进行 (即冈下肌与小圆肌的缝隙), 使肩胛骨体部、颈部以及肩胛冈等器官和组织暴露出来。为了检查骨折复位的情况, 可实施 C 型臂透视, 之后对创面进行清洗、缝合<sup>[3]</sup>。手术之后使用三角巾对患者的患肢进行悬吊。对患者实施镇痛处理, 时间是 3 d, 在 7 ~ 14 d 后让患者进行摆臂锻炼。手术之后的 21 d 开始增加辅助锻炼, 在 40 ~ 60 d 后患者需主动进行锻炼。

### 1.3 观察指标

比较两组患者的以下因素, 包括手术的用时、手术中出血量、骨折愈合的时间。治疗半年后需随访, 对两组患者的愈合情况实施比较, 所用的评分方法: Constant-Murley 评分法。Constant 肩关节评分主要包括过去 4 周内与肩关节相关的 8 个方面的问题。Constant 肩关节评分系统主观和客观成分的比例是 35:65 分。总计 100 分。主观部分评分包括: 疼痛程度评分和对日常生活影响的评分, 合计 35 分。客观部分评分包括: 肩关节活动范围的评分和力量的评分, 合计 65 分。这 8 个方法包括: 疼痛 (最高 15 分); 对日常生活的影响程度 (最高 10 分); 手上抬能够达到的高度 (最高 10 分); 上肢外展的肌力 (最高 25 分); 上肢能够前举的度数 (最高 10 分); 上肢外展的度数 (最高 10 分); 上肢外旋的程度 (最高 10 分); 上肢内旋所能达到的程度 (最高 10 分), 合计 100 分。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2020 - 05 - 13

〔作者简介〕 罗新光, 男, 主治医师, 主要从事骨科临床工作。

## 2 结果

### 2.1 两组患者 Constant-Murley 评分比较

治疗后, 观察组患者的 Constant-Murley 评分均显著高于对照组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者 Constant-Murley 评分比较 ( $n = 40, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

| 组别  | 疼痛                        | 肌力                        | 日常生活                      | 关节活动                      |
|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 10.52 ± 1.46              | 20.55 ± 1.52              | 14.13 ± 1.43              | 29.58 ± 5.24              |
| 观察组 | 12.23 ± 1.33 <sup>a</sup> | 24.65 ± 2.48 <sup>a</sup> | 17.98 ± 1.64 <sup>a</sup> | 33.38 ± 2.61 <sup>a</sup> |

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者临床治疗情况比较

观察组患者的手术时间和骨折愈合时间显著短于对照组, 术中出血量显著少于对照组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者临床治疗情况比较 ( $n = 40, \bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 手术时间/min                    | 术中出血量/mL                    | 骨折愈合时间/月                 |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 133.38 ± 23.43              | 524.22 ± 34.52              | 3.48 ± 0.66              |
| 观察组 | 108.35 ± 18.79 <sup>b</sup> | 483.55 ± 34.15 <sup>b</sup> | 2.84 ± 0.61 <sup>b</sup> |

与对照组比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

由交通事故、高能量损伤等所引起的肩胛骨骨折较为常见, 同时也是多发骨折。临床治疗中, 需重点关注患者的胸内器官损伤、腹内脏器损伤以及颅脑损伤的诊治。可以使用颈腕吊带对患肢进行悬吊, 时间合适时, 可以做有关恢复肩关节功能方面锻炼, 从病程恢复用时来说, 尽管这种方式会将用时延长, 但恢复的效果颇佳<sup>[4]</sup>。若患者的肩胛骨骨折发生的移位较明显, 这就会导致肩关节丧失了稳定性, 用非手术的方式进行医治, 会发生肩峰下疼痛、外展无力等症状。发生以下病症时, 适用于手术方式治疗: (1) 肩峰、肩胛冈等部位明显出现了骨折移位; (2) 肩胛颈发生了骨折, 移位 0.1 cm 以上亦或是成角在 45° 以上的; (3) 肩胛盂发生了骨折, 它移位 0.5 cm 以上; (4) 体部发生了骨折, 骨折块发生了明显的移位, 此外, 与内外侧缘有关; (5) 体部外侧缘发生骨折会对肩胛颈产生影响, 同时也会影响到肩胛盂; (6) 合并发生锁骨骨折的患者<sup>[5]</sup>。

肩胛骨骨折包含关节盂骨折、肩峰骨折等。对于手术入路方式的选用, 需由骨折类型决定, 前方入路通常使用在喙突以及盂缘前部发生的骨折; 后上入路的手术入路方式通常使用在肩峰、盂窝上半、中央横形等各部位发生骨折的时候; 前后联合入路的手术入路方式通常使用在肩峰损伤时、锁骨损伤时、肩胛颈联合损伤时等诸多情况<sup>[6]</sup>。临床诊治中, 采用 Judet 入路方式的, 需将患者的冈下肌与冈下窝分离开, 为复位和内固定提供方便。肩胛上的血管对冈下肌起到了输送血液的作用。但大部分肩胛骨发生骨折时, 会对肩胛上血管造成损坏, 此时, 因上述原因导致冈下肌缺血, 因而出现

了坏死现象<sup>[7]</sup>。肩胛骨外侧缘入路这种手术入路方式是因其操作简单, 对显露术野的满意程度高, 特别是可以将肩胛骨颈肩峰基底部位完全的显露出来, 方便了复位钢板内固定。三角肌外后侧缘位于切口近端筋膜的下面, 冈下肌处于深层的位置, 远离切口处还有小、大圆肌等组织的存在, 并且不会有关键的血管、神经组织器官经过等, 实施显露术野操作时, 对三角肌外后缘部分肌纤维而言, 只需将其切开, 顺着冈下肌和小圆肌这二者之间形成的空隙进去即可, 这样不会对冈下肌血运造成伤害的, 同时也不会对肩袖肌肉的完整性造成破坏, 进而对肩袖造成的损伤是最小的<sup>[8]</sup>。选用这种入路方式, 可以对血管以及神经结构起到保护作用; 肩胛上的神经会对冈下肌起到控制作用, 同样, 腋神经对小圆肌也起到了控制作用, 在冈下肌和小圆肌这二者之间的空隙中, 没有关键的神经、血管等组织器官经过, 因此, 在以上空隙之间进行分离操作安全性可以得到保证。在骨膜下进行剥离操作时, 是不会对血管、神经等造成伤害的, 对于已经切开的肌肉行缝合处理即可。若要进行肩胛冈的复位内固定, 可以将近端的切口向肩胛冈方向延长至肩胛骨颈部、肩胛冈以及肩胛体等部位, 能使它们显露出即可, 但此时要注意对冈上肌和冈下肌的肩胛上的神经进行保护。通常情况下不会对腋神经以及挠神经造成伤害的, 这是由于肱三头肌长头起到了保护的作用。

在肩胛骨(不规则的三角形)的外缘包裹着很多的肌肉, 肩胛骨的骨质发育的颇为坚强, 骨峪不仅坚硬而且厚, 最大程度的支撑了肩胛骨的活动。若肩胛骨骨折, 恢复肩胛骨的完整性是首先要做的事情, 将外侧缘固定好之后就能起到支撑固定的效果, 可以进行早期的功能锻炼。在医治肩胛骨骨折时, 两组患者对肩胛骨外侧缘实施固定时, 使用的都是钛合金重建钢板, 这是因为该物质具有操作方便, 贴合性较高, 同时也方便塑性等优点<sup>[9]</sup>。解剖证实, 在矢状面上, 肩胛骨外侧缘在向前的内方向上, 有倾角存在, (32.5 ± 14.5)° 是孟下 20 mm 处的肩胛骨外侧缘的倾角, 因此在对该处的骨折实施固定操作时, 打入螺钉的方向应该确保朝着前内方打入的, 值得注意的是, 螺钉打入肩胛颈时, 打入操作需要在 C 型臂 X 线机透视的情况下实施, 进而避免将螺钉打入到关节腔内<sup>[10]</sup>。就肩胛骨骨折内固定操作而言, 它不会对肩胛骨应力遮挡产生较大的影响, 对骨性愈合也不会有影响, 患者若没有要求, 则不用将内固定物取出。进行手术治疗的, 患者在手术之后需做肘部和腕部的锻炼, 适当的扩大被动运动范围。

总之, 在诊治肩胛骨骨折时, 选用外侧缘入路手术实施医治, 临床治疗效果较好, 可降低骨折的愈合时间。

### (参考文献)

(1) 胡左鲲. 肩胛骨外侧缘入路治疗肩胛骨颈部及体部骨折的疗效研究 (J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(1): 60.

- (2) 胡亮. 肩胛骨外侧缘入路直切口手术治疗肩胛骨骨折严重移位效果观察 (J). 山东医药, 2018, 58(26): 79-81.
- (3) 严振中. 肩胛骨外侧缘入路治疗肩胛骨颈部及体部骨折的疗效评价 (J). 大医生, 2018, 3(Z1): 66-67.
- (4) 周玉成, 余林薪, 段洪, 等. 外侧切口入路桥接组合式内固定治疗肩胛骨骨折 (J). 中国骨伤, 2017, 30(10): 952-956.
- (5) 吴楚, 沈家志, 代磊, 等. 以外侧入路为主的联合入路结合深筋膜下分窗技术治疗肩胛骨骨折 28 例 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(9): 65-67.
- (6) 贾二聪. 经肩胛骨外侧缘入路治疗肩胛骨骨折的围术期整体护理 (J). 全科护理, 2017, 15(24): 3005-3006.
- (7) 杨海青, 段洪, 陈弋, 等. 肩胛骨外侧缘入路治疗肩胛骨颈部及体部骨折的疗效评价 (J). 创伤外科杂志, 2017, 19(7): 517-519.
- (8) 苗瑞瑞, 张文龙, 商振德, 等. 肩胛骨外侧缘入路与标准 Judet 入路方式治疗肩胛骨骨折临床分析 (J). 泰山医学院学报, 2016, 37(7): 809-810.
- (9) 李生玉. 外侧缘入路与传统 Judet 入路手术治疗肩胛骨骨折的效果比较 (J). 河南医学研究, 2016, 25(2): 304-305.
- (10) 孙贺, 李哲, 刘正蓬, 等. 肩胛骨外侧缘入路手术治疗肩胛骨骨折 (J). 现代仪器与医疗, 2015, 21(5): 87-88.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0159-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.081

## 溶栓前肝素治疗对 AMI 溶栓效果的影响分析

王志强 张广华 陈华超

(郑州市第九人民医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 对急性心肌梗死 (AMI) 患者溶栓治疗前应用肝素抗凝治疗的效果进行观察。**方法:** 选取 2018 年 4 月至 2019 年 4 月期间郑州市第九人民医院收治的 80 例 AMI 患者, 随机分为观察组与对照组, 各 40 例。对照组给予常规静脉滴注尿激酶溶栓治疗, 观察组在尿激酶溶栓前给予低分子肝素钙皮下注射抗凝治疗, 对两组治疗效果进行观察。**结果:** 观察组冠状动脉再通时间、ST 段回落幅度  $\geq 50\%$  时间及疼痛缓解时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组血清 B 型利钠肽 (BNP) 及左室射血分数 (LVEF) 等心功能指标水平平均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对 AMI 患者溶栓治疗前采用低分子肝素钙抗凝治疗, 可有效缩短患者症状缓解时间, 对患者心功能改善明显, 治疗效果较好。

〔关键词〕 急性心肌梗死; 溶栓治疗; 低分子肝素钙

〔中图分类号〕 R 542.2   〔文献标识码〕 B

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 在临床中比较常见, 主要因冠状动脉出现急性缺氧、缺血症状引起, 患者症状主要表现为气短乏力、心慌、胸闷等, 如症状严重, 可出现休克、猝死, 对患者生命安全带来严重影响<sup>[1]</sup>。目前, 静脉溶栓治疗是急性心肌梗死治疗的主要方法, 但有报道认为在溶栓前进行抗凝治疗, 对溶栓治疗效果有提升作用。基于此, 本研究对 80 例 AMI 患者进行研究, 对溶栓前低分子肝素钙治疗的效果进行观察, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2018 年 4 月至 2019 年 4 月期间 80 例 AMI 患者,

平均分为两组。对照组中, 男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 28 ~ 71 岁, 平均 (62.2 ± 2.7) 岁, 梗死部位: 17 例右室、下壁心肌梗死, 16 例前壁、广泛前壁心肌梗死, 7 例侧壁、后壁心肌梗死; 观察组中, 男性 21 例, 女性 19 例, 年龄 29 ~ 73 岁, 平均 (62.8 ± 2.5) 岁, 梗死部位: 17 例右室、下壁心肌梗死, 15 例前壁、广泛前壁心肌梗死, 8 例侧壁、后壁心肌梗死。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

所有患者均诊断为急性心肌梗死, 发病至治疗时间小于 12 h, 有溶栓指征, 患者及家属对本研究知情且同意参与; 排除近期有手术史、创伤史者, 合并消化道溃疡及血液系统疾病者, 精神疾病者, 恶性肿瘤疾病者等。

〔收稿日期〕 2020 - 05 - 22

〔作者简介〕 王志强, 男, 主治医师, 主要研究方向是心血管方向。