

• 临床报道 •

〔文章编号〕 1007-0893(2020)24-0107-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.24.050

关节外侧小切口治疗肱骨髁上骨折的效果观察

黄金田 吴学敏

(山东省立医院, 山东 济南 250021)

〔摘要〕 目的: 观察关节外侧小切口治疗肱骨髁上骨折的效果。方法: 选取山东省立医院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 68 例肱骨髁上骨折患者, 按照是否行关节外侧小切口治疗将患者分为对照组 (34 例, 未行关节外侧小切口治疗而行传统后侧入路治疗) 与观察组 (34 例, 行关节外侧小切口治疗), 比较两组患者治疗效果。结果: 观察组患者平均切口长度以及切口显露时间、平均住院时间均比对照组短, 术中出血量比对照组少, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 3 个月恢复优良率为 97.12% 高于对照组的 73.59%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后不良反应发生率为 5.76% 低于对照组的 32.28%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肱骨髁上骨折患者关节外侧小切口入路治疗效果显著优于传统后侧入路治疗效果。

〔关键词〕 肱骨髁上骨折; 关节外侧小切口手术; 传统后侧入路

〔中图分类号〕 R 683.41 〔文献标识码〕 B

肱骨髁上骨折指肱骨远端内外髁上方在直接暴力或间接暴力作用下骨骼连续性被中断, 若未行及时治疗在限制肘关节功能的同时可诱发肘内翻、缺血性痉挛, 从而破坏肘关节外观, 该骨折目前常用治疗手段为切开复位内固定, 传统手术入路方式为后侧入路, 近些年, 部分医学研究者提出关节外侧小切口入路, 目前, 两种不同手术入路方式对比研究资料少且临床疗效存在争议^[1]。基于上述现状, 笔者比较本院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间 68 例行传统后侧入路治疗以及行关节外侧小切口治疗的肱骨髁上骨折患者相关手术观察指标、单位时间肘关节功能恢复情况以及术后不良反应发生情况, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 68 例肱骨髁上骨折患者, 按照是否行关节外侧小切口治疗将患者分为对照组与观察组, 各 34 例。观察组行关节外侧小切口治疗的患者中男 18 例, 女 16 例, 年龄 23 ~ 75 岁、平均年龄 (43.42 ± 1.42) 岁, 骨折发生至手术治疗病程 1 ~ 26 h, 平均病程 (13.52 ± 1.42) h。对照组未行关节外侧小切口治疗而行传统后侧入路治疗的患者中男 17 例, 女 17 例, 年龄 21 ~ 78 岁、平均年龄 (43.48 ± 1.41) 岁, 骨折发生至手术治疗病程 1 ~ 31 h, 平均病程 (13.58 ± 1.44) h。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 参考《骨质疏松性骨折诊疗指南》^[2]

中肱骨髁上骨折临床诊断标准相关内容, 结合患者体格检查结果以及 X 线检查结果均确诊。(2) 在征得患者、患者家属同意的情况下开展切开复位内固定手术治疗。

1.2.2 排除标准 (1) 排除非首次肱骨髁上骨折入院手术治疗患者。(2) 排除伴急性慢性感染或免疫系统、代谢系统功能异常患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 肘关节后侧切开入路, 于患侧肘部后侧正中以尺骨鹰嘴为 midpoint 做一“S”型手术切口, 经该切口分离皮肤、皮下组织以及深筋膜后, 在充分显露肱三头肌后对肌腱膜实施钝性分离以充分显露骨折端。在操作者直视下对骨折断端进行复位, 使用克氏针分别从骨折两端内外髁钻入并交叉固定, 缝合切断肱三头肌后检查骨折断端固定情况, 对复位与固定效果满意的情况下止血, 同时分层关闭手术切口。该组患者术后屈肘 45 ~ 60°, 行石膏托固术, 在石膏托固 4 周后拆除石膏行肘关节屈伸运动, 并在术后 6 周拔出克氏针。

1.3.2 观察组 肘关节外侧小切口切开入路, 于肱骨外髁下缘做一长约 5 cm 的小切口, 经该切口切开肘肌, 分离肱桡肌、桡三头肌以显露骨折断端, 操作者通过直视以及食指触摸的方式判断骨骼力线改变情况, 在暴露骨折断端的同时清除骨周围碎骨, 并借助牵引屈肘对骨折断端进行复位, 复位后使用克氏针对骨折断端进行固定, 克氏针穿过肱骨髁上骨折近端, 自骨皮质内侧穿出, 术后处理参考对照组。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者平均切口长度、切口显露时间、术中出血量以及平均住院时间等手术观察指标变化情况。

〔收稿日期〕 2020-10-25

〔作者简介〕 黄金田, 男, 在读医学硕士, 主要研究方向是骨外科。

(2) 参考 Fiyinn 量表比较两组患者术后 3 个月肘关节功能恢复情况, 若 X 线显示骨折线完全消失, 肘关节功能恢复正常, 其屈伸活动受限 0~5°, 提携角丢失在 0~5°, 说明肘关节功能恢复优秀。若 X 线显示骨折线基本消失, 肘关节功能基本恢复正常, 其屈伸活动受限 6~10°, 提携角丢失在 6~10°, 说明肘关节功能恢复良好。若 X 线显示骨折线较模糊, 骨折断端基本达愈合状态, 肘关节功能接近正常, 其屈伸活动受限 11~15°, 提携角丢失在 11~15°, 说明肘关节功能恢复可。若 X 线显示骨折线清晰, 肘关节功能未明显正常, 其屈伸活动受限超过 15°, 提携角丢失超过 15°, 说明肘关节功能恢复差。肘关节功能恢复优良率等于肘关节功能恢复优秀例数与良好例数占总例数的百分比。(3) 比较两组术后不良反应发生情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 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 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术观察指标比较

观察组患者平均切口长度以及切口显露时间、平均住院时间均比对照组短, 术中出血量比对照组少, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者手术观察指标比较 ($n = 34, \bar{x} \pm s$)

组别	平均切口长/cm	切口显露时间/min	术中出血量/mL	平均住院时间/d
对照组	8.65 ± 0.12	62.34 ± 5.68	62.32 ± 2.45	9.43 ± 1.36
观察组	4.34 ± 0.11 ^a	35.43 ± 5.65 ^a	40.32 ± 2.43 ^a	6.76 ± 1.32 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者术后 3 个月恢复情况比较

观察组患者术后 3 个月恢复优良率为 97.12% 高于对照组的 73.59%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后 3 个月恢复情况比较 ($n = 34, n(\%)$)

组别	优秀	良好	可	差	优良率/%
对照组	15(44.18)	10(29.41)	8(23.53)	1(2.88)	73.59
观察组	18(52.94)	15(44.18)	1(2.88)	0(0.00)	97.12 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者术后不良反应发生情况比较

观察组患者术后不良反应发生率为 5.76% 低于对照组的 32.28%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者术后不良反应发生情况比较 ($n = 34, n(\%)$)

组别	肘内、外翻	伤口感染	神经损伤	骨不连	不良反应发生率/%
对照组	3(8.82)	4(11.76)	3(8.82)	1(2.88)	32.28
观察组	0(0.00)	1(2.88)	1(2.88)	0(0.00)	5.76 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

肱骨髁上骨折手法复位联合内固定对骨折断端固定效果显著低于切开复位内固定, 目前切开复位内固定为临床常用治疗方式, 其中传统切开复位内固定术手术入路为后侧入路, 该入路在显现骨折断端的过程中对肘关节周围组织造成的损伤较大, 需剥离较多的组织, 易造成肘关节周围软组织损伤, 且手术切口大, 手术时间长, 术中出血量多, 极大程度增加了患者术后伤口感染风险^[3-4]。近些年, 外侧小切口入路方式在临床得到极大的推广, 该入路方式与传统后侧入路方式相比切口小, 减少了相关操作对患者局部组织造成的损伤, 患者术中出血量少^[5-6]。徐会法等^[7]临床研究显示外侧小切口治疗的患者术后 3 个月优良率为 74.20%。徐会法临床研究结果与本研究结果一致, 本研究中观察组应用外侧小切口治疗的观察组术后 3 个月优良率为 97.12%, 显著高于行传统后侧入路的对照组。本研究在既往研究基础上比较应用不同入路方式的两组患者相关手术指标以及术后不良反应发生情况, 结果显示, 观察组患者平均切口短、切口显露时间短、术中出血量少, 平均住院时间短, 且观察组术后不良反应发生率低。

综上所述, 肱骨髁上骨折患者关节外侧小切口入路治疗效果显著优于传统后侧入路治疗效果。

〔参考文献〕

- (1) 蔡松涛, 孟祥骥, 孙志强. 肘外侧小切口结合外侧平行克氏针治疗小儿 Gartland III 型肱骨髁上骨折的临床研究 (J). 世界最新医学信息文摘, 2020, 20(33): 98-99.
- (2) 中华医学会骨科学分会骨质疏松学组. 骨质疏松性骨折诊疗指南 (J). 中华骨科杂志, 2017, 37(1): 1-10.
- (3) 袁柱, 武汝松, 扈娜, 等. 肘外侧小切口结合外侧平行克氏针治疗小儿 Gartland III 型肱骨髁上骨折的临床研究 (J). 中国医学装备, 2018, 15(1): 51-54.
- (4) 谭谦. 肘关节外侧小切口治疗儿童肱骨髁上严重骨折疗效观察 (J). 中国中西医结合儿科学, 2018, 10(3): 262-264.
- (5) 夏永杰, 曹琳. 外侧小切口辅助复位经皮克氏针内固定治疗儿童肱骨髁上骨折的可行性分析 (J). 中国医学创新, 2017, 14(15): 31-34.
- (6) 朱江, 黄黎, 张跃. 外侧小切口与后侧入路切开复位克氏针内固定术治疗儿童肱骨髁上骨折 (J). 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(19): 150-151.
- (7) 徐会法, 黄鲁豫, 雷伟, 等. 肱骨髁上骨折患儿的外侧小切口切开复位治疗 (J). 中国骨与关节杂志, 2017, 6(7): 492-495.