

# AO 锁骨钩钢板与克氏针固定法在骨科创伤中的效果比较

曾如钢

(北京市海淀区医院, 北京 100080)

[关键词] AO 锁骨钩钢板; 克氏针固定法; 骨科创伤; 效果比较

[中图分类号] R683.41 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 06-0139-02

锁骨骨折是临床上一种常见的肩部损伤性疾病, 约占肩部损伤的 12% 左右, 一直为困扰骨科医师的常见问题之一<sup>[1]</sup>。在以往的治疗中, 多采用 AO 锁骨钩钢板治疗, 但肩部功能恢复情况较差, 且仍存在固定不够稳定或并发症问题等常见问题<sup>[2]</sup>。随着医疗技术的革新, 北京市海淀区医院采取 AO 锁骨钩钢板对比克氏针固定法治疗锁骨骨折的临床疗效, 且研究发现, 克氏针固定法更适用于治疗锁骨骨折等创伤, 现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取北京市海淀区医院 2009 年 1 月至 2009 年 12 月收治的锁骨骨折患者 60 例, 将其作为临床研究对象, 采取随机数字表法分成 A、B 2 组, 每组均 30 例患者, A 组患者男 23 例, 女 7 例; 年龄 21~50 岁, 平均年龄 (34.6 ± 3.1) 岁; 左侧 17 例, 右侧 10 例, 双侧 3 例; 致伤原因: 坠落撞击伤 16 例, 交通伤害 11 例, 其他 3 例。B 组患者男 19 例, 女 11 例; 年龄 23~57 岁, 平均年龄 (39.2 ± 4.5) 岁; 左侧 12 例, 右侧 10 例, 双侧 8 例; 致伤原因: 坠落撞击伤 18 例, 交通伤害 9 例, 其他 3 例。2 组患者在性别、年龄、受伤部位、致伤原因等情况差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 治疗方法

A 组患者采用 AO 锁骨钩钢板治疗, 其主要治疗方法如下: (1) 30 例患者均采用颈丛麻醉, 将患者肩部垫高, 仰卧, 充分暴露肩部损伤部位, 清除碎裂及血肿组织; (2) 将 AO 钢板锁骨钩接骨板的骨端置于肩峰之下; (3) 选用螺钉将接骨板固定, 选用螺钉直径为 3.5 mm。B 组患者采用克

氏针固定法治疗, 其主要治疗方法如下: (1) 选用克氏针长度为 2.3 mm 左右, 将脱位肩部关节固定, 逆行穿出皮肤进行反复缝合; (2) 克氏针两端均穿出髓腔后, 切下适当皮肤组织, 以便填埋克氏针。术后进行随访 8~36 个月, 观察与比较 2 组患者经不同治疗方法后的功能恢复及并发症情况。

### 1.3 疗效评价指标

观察 2 组患者经不同治疗方法后的功能恢复情况, 依据功能评价标准<sup>[3]</sup>, 其中骨折正常愈合且无局部畸形为优; 骨折正常愈合但骨折端稍有移位为良; 骨折呈畸形愈合为差。观察并比较 2 组患者的并发症情况, 其中包括: 创伤性关节炎、损伤性骨化、关节僵硬。

### 1.4 统计学方法

应用 SPSS 软件分析, 计数资料采用百分比表示, 数据对比采取  $\chi^2$  校验。  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组患者术后功能评价情况

B 组患者术后功能评价为优的人数较 A 组患者多, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

### 2.2 2 组患者术后并发症情况

B 组患者术后出现创伤性关节炎的人数较 A 组患者少, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

## 3 讨论

根据国内外统计资料显示<sup>[4]</sup>, 锁骨骨折占全身骨折的 6% 左右, 为一常见创伤性骨折, 多发生于青壮年中。以往在治疗锁骨骨折方面, 常采用传统克氏针法或 AO 锁骨钩钢板固定法进行治疗。但研

[作者简介] 曾如钢 (1967~), 男, 北京市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事骨科创伤临床工作。

表1 2组患者术后功能评价情况 [n (%)]

组别	n	优	良	差
A组	30	9(30.00)	14(46.67)	7(23.33)
B组	30	17(56.67) <sup>#</sup>	8(26.67)	5(16.67)

与A组比较, \* $P < 0.05$ .

表2 2组患者术后并发症情况 [n (%)]

组别	n	创伤性关节炎	损伤性骨化	关节僵硬
A组	30	18(60.00)	11(36.67)	13(43.33)
B组	30	10(33.33) <sup>#</sup>	8(26.67)	10(33.33)

与A组比较, \* $P < 0.05$ .

究发现<sup>[5,6]</sup>, 根据肩锁关节的解剖特点及损伤机制, AO锁骨钩固定钢板更适用于肩锁关节脱位的治疗, 因其独特的S状外形, 可对肩峰产生杠杆样作用, 在一定程度上提高了韧带及软组织愈合的速度及质量, 但其在锁骨骨折治疗方面, 仍存在固定不稳, 且易出现并发症等常见问题, 其中创伤性关节炎最为常见, 延迟了患者恢复时间<sup>[7,8]</sup>. 而传统克氏针法因其无法更好的填埋针尾, 易发生损伤锁骨下血管及神经的危险.

现笔者选用的改良后的克氏针固定法, 在一定程度上弥补了AO锁骨钩固定钢板的固定松动问题, 也降低了传统克氏针易松动、滑脱、甚至出现针尾刺破皮肤引起患者感染、休克等早期并发症的危险. 实验结果如下, 表1结果显示, B组患者术后功能评价为优的人数为17人, 占总人数的56.67%, 而A组患者术后功能评价为优的人数为9人, 占总人数的30.00%. 结果可见, 行克氏针固定法治疗的锁骨骨折患者能更好的进行自身功能恢复. 表2结果显示, B组患者出现创伤性关节炎的人数为10人, 占总人数的33.33%, A组患者出现创伤性关节炎的人数为18人, 占总人数的60.00%. 结果可见, 行克氏针固定法治疗的锁骨骨折患者出现并发症的人数较少, 对其自身伤害较小, 安全性较高.

综上所述, 与AO锁骨钩钢板相比, 克氏针固定法可在一定程度上避免固定松动, 并发症出现等常见问题. 行克氏针固定法治疗的患者, 其在功能恢复方面存在一定优势, 包括关节活动自如、旋转正常等, 应在锁骨骨折的临床治疗上广泛推广<sup>[9]</sup>. 但值得注意的是, 在骨折创伤的治疗方面, 应根据患者的自身情况及创伤部位, 作出适当的技术改进及调整, 应用不同的治疗方案, 选择合适的治疗方

法<sup>[10]</sup>. 如应用克氏针固定法治疗锁骨骨折, 可在一定程度上缩短患者的康复时间及住院时间, 提升患者的生存质量, 且对患者术后进行随访也在整个治疗过程中显得至关重要.

#### [参考文献]

- [1] 陈诚, 刘美红, 游平波, 等. 三种不同内固定法治疗锁骨骨折62例临床疗效的分析 [J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(22): 4 330 - 4 334.
- [2] YU XIAO-GUANG, ZHENG JIA-FA, SU YUN. Curative analysis of different methods for clavicular fractures [J]. Chinese Journal of Bone and Joint Surgery, 2010, 25 (1): 41 - 43.
- [3] 林楚标, 禹宝庆. 三种内固定治疗锁骨骨折120例分析 [J]. 海南医学, 2008, 19(9): 96 - 97.
- [4] 王蕾, 罗涛. 锁骨中段骨折: 手术治疗与非手术治疗的选择 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2007, 9(4): 303 - 304.
- [5] 陈余庆, 季祝永, 孙凤翔, 等. 锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位疗效分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(2): 35 - 36.
- [6] 谢幼专, 朱振安, 史定伟, 等. 锁骨钩接骨板治疗锁骨远端骨折和肩锁关节脱位 (附15例病例报告) [J]. 生物骨科材料与临床研究, 2007, 4(5): 24 - 26.
- [7] 郑伟平, 蒋焕泽. 应用锁骨钩接骨板治疗肩锁关节脱位 [J]. 中医正骨, 2008, 20(11): 40 - 41.
- [8] 赵利民. 不同方法治疗锁骨骨折的分析 [J]. 西南军医, 2007, 9(2): 24 - 26.
- [9] 陈子易. AO锁骨钢板治疗锁骨远端骨折16例报告 [J]. 贵州医药杂志, 2009, 33(5): 8 - 10.
- [10] 陈钢. 锁骨骨折内固定术后钢板折断原因分析 [J]. 辽宁医药杂志, 2008, 21(1): 42 - 43.

(2013 - 03 - 04 收稿)