

# 传统手术与小切口手术治疗腕管综合征的临床疗效分析

张惠, 王鸣, 章少华, 李威

南京医科大学第一附属医院骨科, 江苏 南京 210029

**摘要:** **目的** 比较传统手术与局麻下小切口手术腕管切开减压术的术后临床疗效。**方法** 选择 2010 年 9 月 10 日至 2014 年 4 月 21 日收治的 100 例 158 侧行手术治疗的腕管综合征患者, 其中行传统手术者 44 例(A 组), 局麻下行小切口手术者 56 例(B 组)。比较两组 Kelly 评分优良率、手术时间、住院时间, 术后疤痕痛发生情况。**结果** 两组术后 1 年 Kelly 优良率均优于术后 3 个月( $P$  均  $< 0.01$ ), 但两组比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。A 组手术时间明显长于 B 组 [(26.47 ± 3.45) min vs (14.02 ± 1.76) min,  $P < 0.05$ ]。A 组住院天数明显长于 B 组 [(6.75 ± 1.12) d vs (4.25 ± 0.67) d,  $P < 0.05$ ]。A 组术后 3 个月和术后 1 年疤痕痛发生率明显高于 B 组( $P$  均  $< 0.01$ )。**结论** 局麻下小切口手术在术后疗效方面和传统手术相比没有明显优势, 但手术时间、住院时间、术后疤痕痛发生率明显优于传统手术。

**关键词:** 腕管综合征; 局部麻醉; 小切口; 传统手术; 疤痕痛; Kelley 评分

**中图分类号:** R 68 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1632-03

腕管综合征是临床上最常见的周围神经卡压综合征<sup>[1]</sup>, 是正中神经在腕管内因各种原因受到压迫而引起的一系列症状及体征。目前中重度腕管综合征的治疗以手术为主<sup>[2]</sup>。我院自 2010 年 9 月 10 日至 2014 年 4 月 21 日共收治腕管综合征患者 100 例, 其中行传统开放手术 44 例, 小切口手术 56 例。对两种手术方法的术后疗效进行比较。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2010 年 9 月 10 日至 2014 年 4 月 21 日我院共收治 100 例腕管综合征患者, 其中行传统手术者 44 例(A 组), 局麻下行小切口手术者 56 例(B 组)。A 组男 4 例, 女 40 例; 年龄 29 ~ 76 岁, 平均 55.3 岁; 双侧 25 例, 右侧 11 例, 左侧 8 例, 共 69 例; 按腕管综合征临床分型<sup>[2]</sup>: 中度 48 例, 重度 21 例。B 组男 11 例, 女 45 例; 年龄 22 ~ 72 岁, 平均 51.3 岁; 双侧 33 例, 右侧 15 例, 左侧 8 例, 共 89 例; 根据腕管综合征临床分型: 中度 56 例, 重度 33 例。

**1.2 手术方法** A 组在臂丛或全身麻醉下, 切口采用以腕横纹为中心, 于手掌, 腕及前臂远端做 S 型切口, 充分暴露腕横韧带近端及远端, 纵向切开腕横韧带, 并沿着正中神经走向探查松解神经。B 组在局部麻醉下, 切开采用鱼际纹尺侧约 0.5 cm 处纵切口长约 2.0 cm, 切开掌腱膜, 显露腕横韧带, 在切口的远

端找到腕横韧带的远侧缘, 将组织剪深入, 纵向切开腕横韧带, 并探查正中神经在切口近远端均无卡压。两组术后均予以消肿及营养神经治疗。

**1.3 疗效判断标准** 按照 Kelly 评定分级法<sup>[3]</sup>。优, 症状完全消失; 良, 症状明显缓解; 中, 症状轻度缓解; 差, 症状不变或加重。

**1.4 观察指标** 观察患者手术时间、住院时间, 术后 3 个月和术后 1 年评价优良率及术后疤痕痛发生率。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS 19.0 软件进行统计分析。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较行成组  $t$  检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组疗效分析** 两组术后 1 年 Kelly 优良率均优于术后 3 个月( $P$  均  $< 0.01$ ), 但两组比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 1。

**2.2 手术时间及住院天数比较** A 组手术时间明显长于 B 组( $P < 0.05$ )。A 组住院天数明显长于 B 组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 两组 Kelly 评分优良率比较 (例)

组别	例数	评价时间	优	良	中	差	优良率(%)	$P$ 值
A 组	69	术后 3 个月	28	20	21	0	69.57	$< 0.01$
		术后 1 年	34	28	7	0	89.86	
B 组	89	术后 3 个月	37	27	25	0	71.91	$< 0.01$
		术后 1 年	41	39	9	0	89.89	



36(3):286-291.

- [7] Chow JC. Endoscopic carpal tunnel release. Two-portal technique [J]. Hand Clin, 1994, 10(4):637-646.
- [8] 李建峰, 赵亮, 刘井达, 等. 掌腱膜挛缩症合并腕管综合征的诊断和治疗[J]. 中华手外科杂志, 2012, 28(4):216-217.
- [9] 喻林波, 利春叶, 贾赛雄, 等. 腕管综合征 84 例临床分析[J]. 中华手外科杂志, 2011, 27(6):345-347.
- [10] 姜晓琪, 陈臣, 叶作舟, 等. 腕管综合征内窥镜手术预防正中神经损伤的临床研究[J]. 中华手外科杂志, 2011, 27(1):35-38.
- [11] 张勇, 王培吉, 赵家举, 等. 显微外科技术治疗老年人腕管综合征 28 例[J]. 中华显微外科杂志, 2013, 36(3):294-296.
- [12] McDowell D, Garwood M, Barnes D, et al. Endoscopic carpal tunnel release in Jamaica--seven years experience[J]. West Indian Med J,

2012, 61(2):158-162.

- [13] Nanavati N, Walker-Bone K, Stanworth H, et al. Outcomes of open carpal tunnel decompression[J]. N Z Med J, 2013, 126(1369):60-67.
- [14] 罗锦辉. 传统手术、小切口手术及关节镜手术治疗腕管综合征的临床疗效对比分析[J]. 中外医疗, 2014(8):80-81.
- [15] Watchmaker GP, Weber D, Mackinnon SE. Avoidance of transection of the palmar cutaneous branch of the median nerve in carpal tunnel release[J]. J Hand Surg Am, 1996, 21(4):644-650.
- [16] 宋修竹, 顾玉东, 贺长清, 等. 掌部小切口腕管松解术的应用解剖[J]. 中国临床解剖学杂志, 1999, 17(1):50-51.

收稿日期:2015-09-20 修回日期:2015-10-11 编辑:王宇

· 临床研究 ·

## 内外侧双钢板联合植骨治疗复杂性粉碎性胫骨平台骨折的疗效

刘建新

南通市通州区人民医院骨科, 江苏 南通 226300

**摘要:** **目的** 探讨内外侧双钢板固定联合植骨治疗粉碎性胫骨平台骨折的临床疗效。**方法** 选择 2009 年 1 月至 2012 年 12 月收治的复杂粉碎性胫骨平台骨折患者 80 例, 按随机数字表法平均分为观察组和对照组, 每组 40 例。对照组采用外侧钢板、拉力螺钉固定, 平台塌陷处以同种异体骨植入, 观察组采用内外侧双钢板固定, 联合平台植骨, 术后随访 2 年, X 片观察两组骨折复位及愈合程度, 比较两组 HSS 评分, 并观察并发症的发生情况。**结果** 两组治疗前后胫骨平台内翻角及后倾角测量值差异无统计学意义 ( $P$  均  $>0.05$ ), 而组内治疗前后比较差异有统计学意义 ( $P$  均  $<0.05$ ); 两组术后 6 个月及 2 年 HSS 评分及 Rasmussen 评分均有统计学差异 ( $P$  均  $<0.05$ ); 两组均未发生切口感染, 对照组 1 例出现螺钉松动, 延迟愈合, 3 例出现创伤性关节炎, 观察组 4 例出现创伤性关节炎, 两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 内外侧锁定钢板固定有利于更好地指导胫骨平台复杂性粉碎性骨折的临床治疗, 可使骨折获得更好的复位和牢固的固定, 不良反应较少。

**关键词:** 锁定钢板; 植骨; 胫骨平台骨折; 疗效; 复杂性; 粉碎性; HSS 评分; Rasmussen 评分

**中图分类号:** R 683 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1634-03

随着我国创伤发生人数增加及人口老龄化的发展, 骨折数量也日益增多。胫骨平台骨折是常见的膝关节内骨折, 多为高能量损伤所致, 若复位不完全, 将会对膝关节形态和功能产生严重的不良影响。目前胫骨平台粉碎性骨折多采用手术治疗, 但术式很多, 尚无金标准。自 2009 年上海六院罗从凤教授提出胫骨平台的三柱理论以来, 三柱固定得到普及<sup>[1-3]</sup>。但目前手术方法纷繁复杂, 各有利弊。为此, 本研究对 80 例胫骨平台粉碎性骨折患者分别采

用外侧钢板、拉力螺钉固定和内外侧钢板固定, 观察其疗效, 为临床提供指导。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 2009 年 1 月至 2012 年 12 月我院共收治 80 例复杂粉碎性胫骨平台骨折患者, 按 Schatzker 分型均为 III 型或 IV 型。其中男 42 例, 女 38 例, 年龄 28.5~68.5(49.6±2.4) 岁。致伤原因: 交通事故伤 34 例, 坠落伤 29 例, 其他伤 17 例。均为闭合性骨折, 58 例患者伴韧带断裂或半月板损伤。按随机数字法将 80 例患者平均分为观察组和对照组, 每组 40 例。实验组中男性 26 例, 女性 14 例; 年龄 15~62