

# 两种手术入路在桡骨远端骨折中的应用与疗效比较

时超<sup>1</sup> 王冠<sup>1</sup> 杨六中<sup>1\*</sup> 仲飙<sup>2</sup>

(1. 南京中医药大学附属徐州市中医院骨科, 江苏 徐州 221003;

2. 上海交大附属第六人民医院创伤骨科中心, 上海 200233)

**摘要:**目的 探讨两种不同入路在治疗桡骨远端骨折术后恢复情况的影响。方法 2009年7月~2014年7月,采用Henry入路结合锁定钛板(LCP)固定治疗桡骨远端骨折55例,直接掌侧入路结合锁定钛板(LCP)固定55例,对两组的骨折显露时间、手术特点及用时、旋前方肌修复率、正中神经并发症等进行比较。在手术后1年进行随访,并在握力、Gartland-Werley腕关节评分、腕关节活动范围及影像学评分方面进行比较。结果 在骨折显露时间,术后正中神经刺激症状发生率,旋前方肌修复率,两组比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明前者明显优于后者,术后1年按照Gartland-Werley评分标准评定手术疗效:两组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组在握力、腕关节活动范围、及影像学评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 Henry入路与直接掌侧入路在治疗桡骨远端骨折方面均具有良好的疗效,相比较下前者具有易于操作,解剖简单,更好的旋前方肌修复率,术后正中神经并发症发生率低的优点,应作为掌侧入路治疗桡骨远端骨折的首选方式。

**关键词:**手术入路;桡骨远端骨折;内固定治疗

**中图分类号:** R 687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 2096-1340(2016)06-0073-04

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2016.06.024

掌侧入路结合锁定钛板固定治疗桡骨远端骨折的手术方式已经较为成熟且在临床上被广泛接受和应用,其中以直接掌侧入路<sup>[1-4]</sup>(direct volar approach)和桡骨远端Henry入路<sup>[5-10]</sup>最为常用。国内涉及如何能够方便显露骨折以及在尽可能避免并发症前提下有效完成内固定的文献较少。本研究选取2009年7月~2014年7月在我院采用掌侧入路结合锁定钛板固定手术方式治疗的110例桡骨远端骨折患者,其中Henry入路组55例,直接掌侧入路组55例,对两组进行回顾性比较分析,以对两种手术入路的选择提供参考。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** Henry入路组55例患者,年龄26~63岁,平均年龄43.69岁;左侧30例,右侧25例;男19例,女36例;colles骨折31例smiths骨折14例;AO分型:B型16例,C型39例。直接掌侧入路组55例患者,其中男22例,女33例;年龄23

~79岁,平均51.27岁。colles骨折27例smiths骨折18例;AO分型:B型19例,C型36例。

**1.2 排除标准** ①术后随访时间短于一年;②术前即发现合并正中神经症状;③具有严重的原发性心血管病变、肝脏病变、肾脏病变、血液学病变、肺脏病变或影响其生存的严重疾病,如肿瘤或艾滋病;④孕妇、哺乳期妇女;⑤精神病患者。

## 1.3 手术方式

**1.3.1 Henry入路** 患者仰卧位臂丛麻醉后,外展患肢并置前臂于充分旋后位,前臂远端掌侧面于桡侧腕屈肌腱桡侧作长约5cm切口,长度远端不超过腕横纹,逐层切开,分离于桡动静脉与桡侧腕屈肌腱之间。将桡动静脉向桡侧牵开,桡侧腕屈肌腱、正中神经及拇长屈肌腱及其他肌腱牵拉向尺侧,在旋前方肌桡侧的附着点处将其切断,显露骨折断端以及桡骨远端关节面。不行腕管减压。必要时植骨填充骨缺损部位,在桡骨远端掌

\* 通讯作者:杨六中(1964-),男,主任医师,主要研究方向:脊柱创伤疾病的治疗与研究。E-mail:51270134@qq.com