

桡骨远端骨折保守治疗与手术治疗对比评价

蒋建 章晨阳

苏州市吴江区第五人民医院 江苏苏州 215100

摘要:目的: 探讨桡骨远端骨折患者保守治疗与手术治疗的临床效果。方法: 采集我院病例30例, 均为2016年5月到2021年5月期间进行保守治疗与手术治疗的远端骨折患者。为了对比两组的临床治疗效果, 将其按照治疗方式的不同分为两组, 人数一致均为15例, 对照组(保守治疗)和实验组(手术治疗)。结果: 治疗后两组患者的临床症状皆有改善, 但相对而言实验组的改善较大。且根据术后3个月的VAS评分可以了解到实验组较对照组的疼痛有明显的缓解, 术后6个月的VAS评分可以了解到两组患者较3个月的疼痛都有较大改善, 且实验组较对照组的改善较为明显。两组患者术后3、6个月的腕关节活动度测定无明显差异($P>0.05$)。结论: 桡骨远端骨折患者采用保守治疗容易出现复位后断端再次移位, 导致畸形愈合, 引发一系列的后遗症。手术治疗可全面治疗桡骨远端骨折, 且没有外固定物长期压迫、束缚, 腕关节及血运更容易畅通, 患部软组织肿胀消退更快, 并发症少, 患者恢复较快。手术治疗的效果比保守治疗效果更佳, 值得临床重视。

关键词: 切开复位内固定; 桡骨远端骨折; 临床应用; 手术; 保守

桡骨远端骨折约占肢体骨折的14%, 在老年人中更为常见, 同时女性患者的发生率高于男性。患者的患肢有明显的肿胀, 畸形, 疼痛和腕关节活动受限, 根据桡骨远端骨折损伤移位的情况, 可选择保守治疗或手术治疗, 促进桡骨远端骨折的恢复。基于此, 本文根据治疗方式不同对30例患者进行分组, 对比对照组(保守治疗)和实验组(手术治疗)的临床治疗效果, 调查如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

将2016年5月-2021年5月期间治疗的30例患者纳入研究范围, 通过对照研究模式分组对比(根据治疗方式不同进行分组), 参选者均为桡骨远端骨折患者, 并将患者进行分组, 分为对照组和实验组, 且两组患者人数一致各15例。其中对照组有男性8例, 所占比例53.3%、女性7例, 所占比例46.7%, 年龄范围(25岁至78岁, 均值 49.94 ± 2.01 岁), 体重范围(48kg至74kg, 均值 61.82 ± 10.21 kg), 身高范围(155cm至178cm, 均值 168.21 ± 10.02 cm), 其中实验组男性7例, 所占比例46.7%、女性8例, 所占比例53.3%, 年龄范围(26岁至77岁, 均值 49.02 ± 2.10 岁), 体重范围(48kg至75kg, 均值 61.46 ± 10.33 kg), 身高范围(158cm至177cm, 均值 167.75 ± 10.22 cm), 对照组和观察组的一般资料差异不大($P>0.05$)。纳入指标: 首次在我院进行治疗, X线或三维重建CT检查诊断为桡骨远端骨折患者; 无药物过敏症状; 文化水平初中以上; 告知患者及家属本次研究的内

容以及研究的目的, 并签署同意书。排除标准: 存在意识障碍, 不能正常交流者; 资料不完整者。

1.2 方法

对照组采取保守治疗: 采用手法复位加外固定治疗, 对患者进行影像检查, 并对检查资料进行仔细阅读, 对其骨折程度进行评估, 并进行骨折分型以及移位程度分析, 做好治疗的相关准备工作。先对患者实施手法复位, 指导患者采取正确卧位, 固定肢体, 复位肌肉组织和韧带。然后进行骨归位, 握住患者患肢, 双手呈大小鱼际, 并拢双拇指置于骨折远端, 由助手进行协助, 环抱患肢做牵引、拔伸动作, 进行挤压复位, 待桡骨长度恢复掌倾角和尺偏角正常后进行石膏预固定。在进行拍片, 了解骨折部位是否复位, 观察半小时后进行患肢固定。并叮嘱患者每周进行检查, 术后一个月可进行石膏拆除。

实验组采取手术治疗: 手术治疗有两种固定法一种是切开复位内固定, 一种是克氏针经皮内固定, 首先对患者骨折情况进行综合分析, 根据患者的具体病情选用适合的固定方法。

在手术前进行麻醉(采取局部麻醉), 麻醉后指导患者采取正确卧位, 并对操作台以及所用器具进行消毒处理。①行切开复位内固定的患者: 切口选取掌侧偏外的纵行切口, 逐层显露, 保护血管和神经, 直至骨折端显露, 对骨折处实施整复操作, 采用螺钉固定, 并对骨折端进行加压, 检查患肢复位情况, 最后进行缝合。②克氏针经皮内固定方法: 切口沿桡侧腕屈肌表面切开皮肤

皮下, 切开桡侧腕屈肌的腱鞘, 然后将拇长屈肌和正中神经向尺侧拉开, 沿着桡骨的桡侧将旋前方肌切开并转向尺侧, 保护旋前方肌, 直至骨折端显露, 根据骨折的情况采用撬拨、牵引等方法对骨折端复位, 克氏针临时固定, 放置掌侧钢板进行固定, 术中进行透视, 观察骨折的复位情况和内固定物的位置。骨折固定结束后, 将旋前方肌重新缝合覆盖钢板, 根据局部肿胀情况决定是否放置引流管, 术后局部加压包扎。

1.3 观察指标

观察两组患者治疗后的骨折复位情况以及临床症状改善情况, 并做好相关记录。追踪患者术后3个月以及6个月的疼痛改善情况采用VAS进行疼痛评分。对患者进行腕关节活动度测定(掌曲、背伸、旋前、旋后、桡肩、尺偏)了解术后3、6个月的活动度改善。

1.4 统计学方式

分析软件: SPSS 17.0统计学软件。计量资料: 均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$), 数据对比检验: t值。计数资料: 百分率(%), 数据对比检验: χ^2 值。统计学意义: P值, 有意义: $P < 0.05$; 无意义: $P > 0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗有效率对比

对照组 (n=15): 显著9例、有效2例、无效4例, 治疗总有效率11 (73.33%);

实验组 (n=15): 显著13例、有效2例、无效0例, 治疗总有效率15 (100.00%)。

比较显示: 实验组的治疗效果较优 ($X^2=4.6154$, $P=0.0317$) $P < 0.05$ 。

2.2 骨折部位、腕关节部位疼痛 (VAS) 评分对比

术后3个月骨折部位VAS评分: 实验组 (2.09 ± 0.52) 分, 对照组 (2.78 ± 0.72) 分, $t=3.009$, $p=0.006$ 。

术后3个月腕关节尺侧VAS评分: 实验组 (0.92 ± 0.42) 分, 对照组 (2.04 ± 0.25) 分, $t=8.875$, $p=0.001$

术后6个月骨折部位VAS评分: 实验组 (1.87 ± 0.35) 分, 对照组 (2.36 ± 0.42) 分, $t=3.471$, $p=0.002$ 。

术后6个月腕关节尺侧VAS评分: 实验组 (0.72 ± 0.12) 分, 对照组 (0.98 ± 0.31) 分, $t=3.029$, $p=0.005$ 。

比较显示: 术后3个月的VAS评分可以了解到实验组较对照组的疼痛有明显的缓解, 术后6个月的VAS评

分可以了解到两组患者较3个月的疼痛都有较大改善, 且实验组的改善较为明显 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者术后3个月腕关节活动度测定

术后3个月实验组和对照组的腕关节活动度测定差异不大 ($P > 0.05$)。见表1。

表1 实验组和对照组术后3个月腕关节活动度测定比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	掌曲 (度)	背伸 (度)	旋前 (度)
实验组	15	39.12 ± 2.17	39.13 ± 2.42	70.47 ± 2.64
对照组	15	38.62 ± 3.32	40.02 ± 1.29	70.46 ± 2.35
t		0.488	1.257	0.011
p		0.629	0.219	0.991

组别	例数	旋后 (度)	桡肩 (度)	尺偏 (度)
观察组	15	71.12 ± 2.16	13.52 ± 1.42	26.14 ± 2.33
对照组	15	70.88 ± 2.52	13.62 ± 1.54	26.32 ± 2.14
t		0.280	0.185	0.220
p		0.782	0.855	0.827

术后6个月实验组和对照组腕关节活动度测定差异不大 ($P > 0.05$)。见表2。

表2 实验组和对照组术后6个月腕关节活动度测定比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	掌曲 (度)	背伸 (度)	旋前 (度)	旋后 (度)	桡肩 (度)	尺偏 (度)
实验组	15	50.22 ± 2.32	50.45 ± 4.32	80.63 ± 2.64	81.36 ± 3.18	21.79 ± 2.02	30.13 ± 3.24
对照组	15	50.42 ± 3.18	51.06 ± 3.23	79.86 ± 2.76	81.62 ± 2.76	22.02 ± 1.32	30.28 ± 2.56
t		0.197	0.438	0.781	0.239	0.369	0.141
p		0.845	0.669	0.442	0.813	0.715	0.889

3 讨论

桡骨远端骨折是一种比较常见的骨折, 主要是根据骨折的严重程度和骨折的移位程度, 是否累及关节面等来确定治疗方法^[1]。保守治疗主要针对骨折没有明显的移位、骨折没有明显的牵扯到桡骨远端的关节面或者是桡骨远端骨折移位不多, 可通过手法复位治疗。保守治疗主要是以石膏托或者夹板外固定治疗, 一般固定一个月左右就可以撤除石膏托, 行手腕的屈伸活动, 固定期间患侧肢体一定要悬吊在胸前。但对于不稳定性骨折如断端向背侧成角 $> 20^\circ$ 、短缩 $> 1\text{cm}$ 、背侧粉碎性骨折, 甚至出现关节内骨折等, 保守治疗效果不佳, 容易出现复位后断端再次移位, 导致畸形愈合, 带来一系列后遗症, 可采取手术治疗^[2]。

此外石膏或小夹板多用于临床固定, 但石膏和小夹板不能拉骨折端, 也不能长期对抗肌肉运动带来的收缩

压力, 导致长期复位效果不是很理想。同时, 石膏夹板会加重骨折区软组织的挤压, 导致软组织肿胀, 影响血液循环和腕部功能的恢复。肿胀现象消失后, 石膏夹板可能由于松动导致骨移位。由此可见手法复位达不到解剖复位, 达不到力学对线, 以及关节生理角度要求, 外固定起不到很好的稳定作用。手术治疗没有固定物长期压迫、束缚, 腕关节及手血运更容易畅通, 患部软组织肿胀消退更快, 术后骨折端稳定性好, 可长期抵抗肌肉收缩, 脱位率较低。此外, 采用手术治疗, 腕关节通常只需固定7周左右, 有助于患者早起腕关节的功能训练^[3]。通过本次临床试验可以了解到, 两组患者的临床症状皆有改善, 但相对而言实验组的改善较大。且根据VAS评分可以了解到实验组术后的疼痛有明显的缓解, 较对照组优, 手术治疗应用价值高。

综上所述, 手术治疗可全面治疗桡骨远端骨折, 且没有外固定物长期压迫、束缚, 腕关节及血运更容易畅通, 患部软组织肿胀消退更快, 并发症少, 患者恢复较快。手术治疗的效果比保守治疗效果更佳, 值得临床推广。

参考文献:

[1]张煜. 桡骨远端骨折保守治疗与手术治疗疗效对比评价[J]. 中外医疗, 2016, 39(20): 21-23.

[2]彭海付. 手术治疗和保守治疗应用于老年简单桡骨远端骨折患者的疗效对比[J]. 临床医学工程, 2019, 26(12): 1689-1690.

[3]吴元州, 张雷, 陈金升. 桡骨远端骨折手术治疗与保守治疗的临床疗效对比观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(81): 40.