

# 手法整复夹板外固定与掌侧锁定加压钢板对 B 型、C 型桡骨远端骨折治疗的临床对比研究

王新昌 郝连升

(山东省聊城市中医医院 聊城 252003)

关键词: 桡骨远端骨折; 手法复位; 夹板外固定; 内固定

中图分类号: R683.41

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.023

2011 年 3 月~2013 年 12 月, 笔者采用手法整复夹板外固定与掌侧锁定加压钢板治疗 B 型、C 型桡骨远端骨折 170 例, 并进行临床对比研究。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选取 2011 年 3 月~2013 年 12 月我院因桡骨远端骨折住院的 170 例患者, 男 78 例, 女 92 例。其中手法复位夹板外固定组 81 例, 男 38 例, 女 43 例; 年龄(69.17±10.02)岁; 按照 AO 分型, B 型 43 例, C 型 38 例。掌侧锁定加压钢板治疗组 89 例, 男 35 例, 女 54 例; 年龄(63.56±12.08)岁; 按照 AO 分型, B 型 49 例, C 型 40 例。两组患者性别、年龄、分型比较无统计学意义,  $P>0.05$ , 具有可比性。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 手法复位夹板外固定 手法复位前结合桡骨远端骨折的三柱原理<sup>[1-2]</sup>, 对桡骨远端骨折稳定性进行评估, 相对稳定者采用手法复位夹板外固定, 所有患者行臂丛神经阻滞后再行复位, 复位后行夹板外固定, 同时根据骨折断端的移位情况, 放置挤压垫, 整复后行 X 线检查。明确位置, 嘱患者进行患手的主动攥紧及放松活动 3 d 后行 X 线检查, 观察复位后维持情况, 如位置发生变化, 再行复位。若 1 周后再次复位者转入手术治疗组, 夹板固定 4~6 周时根据 X 线复查情况拆除夹板, 有目的地指导患者进行腕关节有效功能锻炼。

1.2.2 掌侧锁定加压钢板 掌侧锁定加压钢板是手术治疗不稳定性桡骨远端骨折的主要治疗方式<sup>[3]</sup>。手术指征: 骨折不稳定影像学评估的重要标准包括<sup>[4]</sup>: (1) 明显粉碎; (2) 成角畸形大于  $10^\circ$ ; (3) 短缩大于 5 mm; (4) 关节面移位大于 2 mm。手术取前臂远端 Henry 切口, 骨膜下剥离后即可显露骨折断端。直视下复位骨折断端, 选用合适长度 T 型钛板固定, C 型臂 X 线机透视下确定位置, 术后不做外固定, 术后即可进行功能锻炼。

1.3 疗效标准 腕关节功能评价根据 Cooney 标

准<sup>[5]</sup>。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析, 计量资料采用  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为有统计学意义。

1.5 治疗结果 所有患者均获得随访时间 4~12 个月, 平均 8 个月, 手法复位夹板外固定组优 43 例, 良 11 例, 可 19 例, 差 8 例, 优良率为 66.67%; 掌侧锁定加压钢板组优 61 例, 良 21 例, 可 5 例, 差 2 例, 优良率为 92.13%, 术后内固定无松动、断裂, 无感染等并发症。

## 2 讨论

随着社会老龄化程度的加大, 桡骨远端骨折的发生率也逐年上升<sup>[6]</sup>。特别对女性患者来说, 骨质疏松极易发生, 约 85% 有骨密度减低, 51% 有骨质疏松, 从而使得桡骨远端骨折这一人群常见骨折的治疗受到越来越多学者的关注<sup>[6]</sup>。

桡骨远端骨折常见于老年患者, 因老年患者常伴有骨质疏松, 轻微暴力即可引起骨折, 同时常伴有关节面粉碎、尺骨茎突骨折、三角软骨盘损伤等, 但老年患者主动活动要求低, 加上内科疾病复杂, 往往采用手法复位夹板外固定。手法复位夹板外固定是目前临床上常用治疗方法, 它简单、经济适用, 对于稳定型骨折采用保守治疗已被很多专家学者认可, 并经过统计与手术治疗无显著差异<sup>[7]</sup>。对于高龄患者采用手术及非手术治疗, 两组效果差异不大<sup>[8]</sup>。然而对于老年桡骨远端骨折伴关节面粉碎, 手法复位后往往出现再次移位, 对位不稳定桡骨远端骨折, 多数学者建议手术治疗, 恢复断端稳定<sup>[9]</sup>。本研究采用掌侧入路, 避免背侧入路引起的肌腱损伤等缺点。Leung 等<sup>[10]</sup>研究认为, 掌侧入路钢板内固定治疗背侧移位的不稳定桡骨远端骨折优于背侧钢板固定, 本研究采用掌侧锁定加压钢板治疗不稳定桡骨远端骨折优良率达 92.13%, 但是同时存在费用高、手术风险大、创伤大等缺点。综合本次研究, 对于稳定桡骨远端骨折采用手法复位夹板外固定可以获得临床满

意的效果,对于不稳定性桡骨远端骨折首选掌侧手术入路,以便患者早期功能锻炼,获得良好的功能。

参考文献

[1] 鲍飞龙,刘涛,高伟,等.三柱理论在治疗桡骨远端复杂骨折中的指导作用[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(1):32-34

[2] Rikli DA,Regazzoni P.Fractures of the distal end of the radius treated by internal fixation and early function. A preliminary report of 20 cases[J].J Bone Joint Surg Br,1996,78(4):588-592

[3] 姜保国.桡骨远端骨折的治疗[J].中华创伤骨科杂志,2006,8(3):236-239

[4] Cooney WP 3rd,Linscheid RL,Dobyns JH.External pin fixation for unstable Colles' fractures [J].J Bone Joint Surg Am,1979,61(6A):840-845

[5] Liporace FA,Adams MR,Capo JT,et al.Distal radius fractures [J].J Orthop Trauma,2009,23(10):739-748

[6] 胡志勇,皮斌.手法复位治疗中老年人桡骨远端骨折疗效评价[J].中国现代医学杂志,2010,20(8):1225-1227

[7] 宁伟宏,吴争鸣,李文伟,等.交叉针内固定治疗桡骨远端不稳定骨折 25 例报告[J].实用骨科杂志,2001,7(4):275-276

[8] Arora R,Gabl M,Gschwentner M,et al.A comparative study of clinical and radiologic outcomes of unstable colles type distal radius fractures in patients older than 70 years: nonoperative treatment versus volar locking plating III [J].J Orthop Trauma,2009,23(4):237-242

[9] 姜保国,张殿英,傅中国,等.桡骨远端 Barton 骨折的手术治疗[J].中华外科杂志,2004,20(1):21-23

[10] Leung F,Zhu L,Ho H,et al.Palmar plate fixation of AO type C2 fracture of distal radius using a locking compression plate--a biomechanical study in a cadaveric model[J].J Hand Surg Br,2003,28(3):263-266

(收稿日期:2014-07-29)

# 围手术期中药内服外用综合治疗中早期股骨头坏死临床疗效观察

谢志强

(湖南省常德市安乡县中医院 安乡 415600)

**摘要:**目的:探讨围手术期中药内服外用综合治疗中早期股骨头坏死的临床疗效。方法:将本院 2011 年 4 月~2013 年 3 月收治的中早期股骨头坏死患者 112 例纳入本研究,均自愿接受手术治疗。根据随机原则分为对照组和实验组。实验组患者围手术期辅以中药内服外用综合治疗。术后随访 1 年以上,对比两组患者在髋关节功能和生活质量等方面的差异性。结果:与对照组对比,实验组患者髋关节 Harris 评分、SF-36 评分均较高,组间差异经 t 检验有统计学意义(P<0.05)。结论:围手术期中药内服外用综合治疗中早期股骨头坏死有助于提高手术效果,改善患者术后的髋关节功能和生活质量。

**关键词:**股骨头坏死;中早期;中药综合治疗

中图分类号:R684

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.024

股骨头坏死是临床常见病,也是目前骨科学术界的难题。由于早期症状轻微,易发生漏诊,病理过程持续进展后可导致股骨头发生塌陷、变形,中早期患者往往需要接受手术治疗<sup>[1]</sup>。本文探讨了中早期股骨头坏死患者围手术期中药内服外用综合治疗的临床疗效,现将结果报道如下,以供临床参考。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 将本院 2011 年 4 月~2013 年 3 月收治的中早期股骨头坏死患者 112 例纳入本研究,其中男性 70 例,女性 42 例;年龄 48~64 岁,平均年龄(56.73±7.25)岁;体重 48~80 kg,平均体重(61.56±10.25) kg;病程 3~8 年,平均病程(5.12±1.73)年;创伤性损伤 57 例、激素损伤 40 例、酒精损伤 10 例、其他因素 5 例。排除合并严重心肺肝肾功能障碍、凝血机能异常及控制不良的高血压、糖尿病、精神疾病、病理性骨质疏松、高龄患者。根据随机原则分组,对照组和实验组各 56 例,两组患者在年龄、体重、病程、性别、股骨头坏死诱因等方面,组间差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 所有患者均自愿接受手术治疗,行持续硬膜外麻醉,取仰卧位,垫高患侧。剥离股骨

大转子下方外侧骨膜约 2 cm,在股骨大转子下 1 cm 处皮质钻孔。将空心钻经皮质孔钻入,进入软骨面下约 5 mm,取标本送病理检查。采用直径 4 mm 空心钻经同一钻孔向另一方向钻入股骨头,于髂前上棘处进行骨髓穿刺,抽取自体骨髓和少量骨松质混合,C 臂机监视下将关节镜套芯刺入髋关节囊,于股骨头颈交界处刺入股骨头进入软骨面下,将自体骨髓注入股骨头。术后局部加压包扎,保持平卧位,患肢制动 24 h<sup>[2]</sup>。实验组患者围手术期辅以中药内服外用综合治疗。围手术期给予中药汤剂口服,方用桃仁 10 g、红花 10 g、赤芍 10 g、白芍 10 g、川芎 6 g、当归 15 g、乳香 10 g、没药 10 g、香附 10 g、生地黄 15 g、怀牛膝 10 g、淫羊藿 15 g、补骨脂 10 g、甘草 6 g。每日 1 剂,水煎服,2 次/d<sup>[3]</sup>。术后外用中药方包括透骨草 20 g、伸筋草 20 g、桂枝 10 g、花椒 10 g、艾叶 10 g、桑枝 10 g、路路通 10 g。上述中药加水煎煮后取汁局部熏蒸和外敷,20 min/次,2 次/d<sup>[4]</sup>。术后随访 1 年以上,对比两组患者在髋关节功能和生活质量等方面的差异性。

## 1.3 评价指标

**1.3.1 髋关节功能评价** 采用髋关节 Harris 评分