

部扭动到另一边就会导致另一侧的椎动脉受到外界压迫,这样就会使椎动脉周围出现痉挛等,椎动脉血管腔进一步变窄,血液流量逐渐减少,导致椎动脉的供血进一步减少。椎动脉型颈椎病是临床常见的一种颈椎病<sup>[1]</sup>。椎动脉型颈椎病患者若是未能接受及时、有效的治疗,病情就会进一步严重,给患者的身体健康与生活质量带来双重影响。

在椎动脉型颈椎病患者临床治疗中,治疗方法一般为手术治疗与非手术治疗,在非手术治疗方法中,颈椎牵引相对较为有效。这是由于颈椎牵引可以使颈椎的椎间孔、椎间隙得到有效增大,减轻椎动脉所受压迫,使患者的血管痉挛等有所缓解,进而使患者病情有所好转。但是,器械牵引可以导致患者出现韧带变性、软组织疼痛等,因此治疗效果有时难以令人满意。与器械牵引相比,仰卧位手法牵引可以在一定时间内,对患者的颈椎处进行推、揉等,将一系列的动态变化力传导至患者颈椎的椎体与椎间盘处,在这些力的作用之下,患者颈椎的椎体、椎间盘以及相关的间隙组织等可以形成微小的振动。这样一来,患者颈椎处所受压迫可以得到及时的解除,椎动脉可以得到有效的伸展,椎动脉痉挛得到明显的缓解,颈椎所受应力明显减少,患者的颈椎后血液循环得到明显加强。与此同时,仰卧位手法牵引的作用时间相对较短,患者出现不良反应的情况较少,

安全性很高,医生可以根据患者的病灶所在位置等不断调整方法,确保仰卧位手法牵引的针对性。

在本次研究中,对照组患者接受常规治疗,主要为药物治疗与推拿治疗,观察组患者则在对照组患者治疗基础上接受仰卧位手法牵引治疗。在对比两组患者的临床治疗效果后可以看出,观察组患者的临床治疗无效例数明显少于对照组患者,且治疗总有效率达到 97.1%,远高于对照组的 74.3%。两组比较差异具有统计学意义,体现了仰卧位手法牵引在临床应用中的优越性。综上所述,在椎动脉型颈椎病患者临床治疗中,仰卧位手法牵引具有较好的应用价值,可以确保患者的临床治疗效果,值得在临床治疗中大范围推广应用。

#### 参考文献

- [1]孙佩华,张斌,孙青山.中医针灸联合五步手法治疗对椎动脉型颈椎病患者血浆内皮素的影响研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(9):14-16
- [2]刘海瑜,宋传彬,林秀云,等.椎动脉型颈椎病临床治疗研究进展[J].中国社区医师,2013,15(24):3-4
- [3]金伟,贾东奇,李曦光,等.仰卧位手法牵引在治疗椎动脉型颈椎病中的运用[J].中国全科医学,2012,15(10):1173-1175
- [4]孟映福.仰卧位手法牵引治疗椎动脉型颈椎病临床研究[J].亚太传统医药,2015,11(16):98-99
- [5]石玉生,宋海阔.手法牵引与机械牵引治疗椎动脉型颈椎病的临床对照观察[J].内蒙古中医药,2013,32(34):67-68

(收稿日期:2016-03-13)

## 功能支具配合夹板固定治疗 Colles 骨折的临床疗效研究

陈冠华 林青 连强

(广东省中医院珠海医院骨二科 珠海 519015)

**摘要:**目的:探讨自行设计的功能支具配合夹板固定治疗 Colles 骨折的临床疗效。方法:分析 90 例腕部 Colles 骨折患者的临床资料,手法复位后分别采用功能支具配合夹板外固定(观察组)与单纯夹板外固定(对照组)治疗,两组各 45 例,比较两组治疗前后 X 片及腕关节功能评分。结果:两组复位前后的掌倾角、丢失的尺偏角、丢失的桡骨长度评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组复位后 6 周、3 个月的掌倾角、丢失的尺偏角、丢失的桡骨长度差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组复位后 3 个月的 Stewart 改良的 Sarmiento 影像学评分及 Gartland&Werley 腕关节功能评分,观察组均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:功能支具配合夹板固定在治疗 Colles 骨折过程中能有效维持复位、维持桡骨长度,起到改善腕关节功能的效果,值得临床推广。

**关键词:**Colles 骨折;支具;夹板;疗效观察

中图分类号:R683.14

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.012

伸直型桡骨远端骨折又称为 Colles 骨折,发生在桡骨下端 3 cm 内的应力薄弱区,是松质骨与密质骨交界处。经研究发现<sup>[1]</sup>,Colles 骨折发生率占所有骨折的 6.7%~11%,以中老年人多见。治疗方面夹板、石膏外固定及外固定器固定均是目前广泛采用的外固定方法,但各有利弊<sup>[2-3]</sup>。我科自行设计一种腕关节功能支具,配合夹板外固定治疗腕部 Colles

骨折,获得满意效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2014 年 2 月~2015 年 6 月在本院就诊的经检查确诊为 Colles 骨折患者,随机分为观察组和对照组,各 45 例。观察组男 12 例,女 33 例,平均年龄( $58.3 \pm 10.2$ )岁;对照组男 14 例,女 31 例,平均年龄( $61.5 \pm 12.4$ )岁。两组一般资料差异无

统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用手法复位后单纯夹板外固定治疗。观察组采用正骨手法、夹板外固定及功能支具治疗。先行局部血肿内麻醉。对于骨折线未进入关节, 骨折端完整者, 采用牵抖复位法; 对于骨折线进入关节、骨折粉碎者, 采用提按复位法。助手维持牵引, 用四块小夹板固定。分别在骨折远端背侧和近端掌侧放置一压垫, 在桡骨茎突处放一压垫; 然后上夹板。夹板的近端达前臂中上 1/3, 其中背侧和桡侧夹板需超过腕关节, 以限制腕关节的背伸和桡偏活动, 掌侧和尺侧夹板不超腕关节, 再用扎带固定夹板, 松紧度为上下移动 1 cm。最后将支具近端固定于上臂, 第 2~5 指呈半屈曲状态勾握远端手柄, 手柄呈尺偏 20°, 掌屈 10°; 上好约束带固定后用三角巾将前臂悬吊固定于胸前。进行手指屈曲锻炼, 屈曲时需逐渐用力紧握手柄, 从而产生纵向牵引力, 持续 30 s 后, 逐渐放松, 如此反复锻炼, 每次 60 下, 每日早中晚各 1 次; 每次锻炼结束后可将功能支具取下以减轻束缚感。治疗后注意观察肢端血运、感觉及活动情况, 及时调整夹板松紧度, 观察皮

肤情况, 避免缺血性挛缩及压疮出现。

1.3 随访及观察指标 治疗后随访 3 个月。分别观察两组患者的复位前、复位后、复位后 6 周及 3 个月的腕关节正侧位 X 光片, 测量掌倾角、丢失的尺偏角、丢失的桡骨长度; 复位后 3 个月时采用 Stewart 改良的 Sarmiento 评分标准进行影像学评估; 采用 Gartland&Werley 腕关节功能评分标准<sup>[4]</sup>进行腕关节功能评估。

1.4 统计学分析 所得数据采用 SPSS18.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用  $t$  检验, 计数资料行  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 影像学比较结果 两组复位前后的掌倾角、丢失的尺偏角、丢失的桡骨长度评分差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 两组复位后 6 周、3 个月的掌倾角、丢失的尺偏角、丢失的桡骨长度差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 两组复位后 3 个月的 Stewart 改良的 Sarmiento 评分, 观察组优良率 95.6%, 对照组优良率 84.4%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 1、表 2。

表 1 两组掌倾角、丢失的尺偏角及丢失的桡骨长度比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	掌倾角(°)		丢失的尺偏角(°)		丢失的桡骨长度(mm)	
	观察组	对照组	观察组	对照组	观察组	对照组
复位前	-11.09± 2.91	-10.04± 2.98	11.73± 1.85	10.38± 2.41	10.76± 2.36	9.27± 2.78
复位后	10.09± 2.74	9.76± 3.28	1.62± 1.01	1.64± 1.26	1.40± 0.78	1.60± 0.99
复位后 6 周	9.51± 3.55 <sup>△</sup>	3.89± 6.10	2.69± 1.06 <sup>△</sup>	3.93± 1.84	2.49± 0.99 <sup>△</sup>	3.76± 1.53
复位后 3 月	9.04± 3.94 <sup>△</sup>	3.67± 6.18	2.96± 1.11 <sup>△</sup>	4.89± 1.90	2.69± 1.04 <sup>△</sup>	4.64± 1.67

注: 与对照组比较, <sup>△</sup> $P<0.05$ 。

表 2 两组复位后 3 个月 Stewart 改良的 Sarmiento 评分比较 (例)

组别	n	优	良	可	差
观察组	45	27	16	2	0
对照组	45	13	25	6	1

注: 两组优良率比较,  $P<0.05$ 。

2.2 腕关节功能比较结果 两组复位后 3 个月 Gartland&Werley 腕关节评分, 观察组优良率 93.3%, 对照组优良率 82.2%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组复位后 3 个月的 Gartland&Werley 腕关节评分比较 (例)

组别	n	优	良	可	差
观察组	45	29	13	3	0
对照组	45	15	22	7	1

注: 两组优良率比较,  $P<0.05$ 。

### 3 讨论

Colles 骨折系指发生在桡骨下端 3 cm 内的伸直型骨折, 是松质骨与密质骨交界处, 该处应力薄弱, 容易发生骨折。骨折后容易出现下尺桡关节韧带和三角软骨的损伤, 暴力导致桡骨断端骨质的压缩,

或骨折粉碎缺乏支撑导致相对缩短。如果不能有效修复, 则容易造成下尺桡关节不稳甚至脱位, 愈合后将遗留腕关节僵硬、疼痛、前臂旋转功能障碍等, 甚至发生肩手综合征<sup>[5]</sup>。近年来, Colles 骨折治疗观念不断更新, 但是无论内固定、关节镜下治疗都各有利弊。内固定装置下面及周围发生骨质疏松或吸收而使内固定松动。同时内固定术中需广泛剥离软组织和骨膜, 影响骨折端的血运和愈合<sup>[6]</sup>, 并且费用较高。因此, 外固定依旧是治疗桡骨远端骨折不可替代的方法。单纯夹板或石膏外固定费用相对较低, 且临床使用广泛, 但常常由于不能对抗肌肉的收缩力, 而往往出现桡骨短缩及再次移位导致遗留关节僵化、疼痛, 前臂旋转功能障碍等; 外固定器能有效地维持桡骨长度, 但它结构复杂, 装卸不便, 固定时间长, 而且容易出现钢针松动、针孔感染以及废用性肌肉、骨质萎缩等并发症<sup>[7]</sup>。

Colles 骨折其受伤机制是以纵向冲击力为主, 暴力先造成骨折端骨小梁断裂, 继而出现骨质的压

缩、皮质断裂而致骨折移位。在手法复位后,压缩的部位会出现骨缺损,使断端缺乏支撑,这是桡骨远端骨折复位后断端回缩的基础。桡骨作为前臂主要支撑点,在手法复位、夹板外固定和三角巾悬吊后,腕关节保持自然尺偏,桡骨不承载外来纵向挤压力,纵向挤压力基本上来源于自体的肌肉收缩力,所有跨越骨折断端的肌肉一旦发生收缩,都将产生对尺桡骨的纵向加压。在腕部,由于尺骨小头与腕骨无骨性传达,故纵向载荷几乎都作用在桡骨远端,所以当肌肉收缩时,肌肉的收缩力即可造成已牵引复位而又处于失支撑状态的桡骨远端出现回缩<sup>[2]</sup>。指深屈肌起于尺骨近端及邻近骨间膜,止于第 2~5 指远节指骨,指浅屈肌起于肱骨内上髁及尺桡骨近端,止于第 2~5 指中节指骨,均跨过腕关节,所以指深、指浅屈肌收缩时对前臂及腕关节可产生轴向压缩力。在 Colles 骨折患者中,手指的屈曲锻炼则容易造成骨质的压缩,从而导致移位及短缩。本研究中,我们根据前辈经验总结的正骨手法、夹板外固定治疗 Colles 骨折的经验,运用正骨手法使骨折复位后使用夹板外固定维持骨折端的相对稳定的前提下,通过自行设计的功能支具进行功能锻炼。使患者在进行手指屈曲锻炼时,通过支具的对抗作用,将手指屈曲时产生的收缩力转化成牵引力,且牵引力顺从腕

关节正常的掌倾角、尺偏角,从而起到辅助维持复位效果,并有效地维持桡骨长度,减轻或避免桡骨的短缩,增加下尺桡关节的匹配度,且在有效的锻炼下,改善了血液循环,减轻了肌肉萎缩,故腕关节功能得到了有效的改善。综上所述,功能支具配合夹板固定治疗 Colles 骨折过程中能有效维持复位、维持桡骨长度,获得良好的功能恢复,可完全投入临床使用,为患者提供廉价、效果良好的治疗方式,从而既减轻患者及社保的经济负担,又能减轻患者的痛苦,可起到较大的社会及经济效益。

#### 参考文献

- [1]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
- [2]石忠琪,赵洪州,闫旭,等.克雷氏骨折复位后桡骨长度丢失的原因分析[J].天津医药,2008;36(7):521-523
- [3]米树峰,林辉.保守治疗与手术治疗对中老年 III 型 Colles 骨折疗效对比[J].医学信息,2010,23(12):129
- [4]中华医学会.临床诊疗指南.骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009.21
- [5]魏憬憬,谭宗奎.手法复位石膏托外固定治疗桡骨远端骨折[J].中医正骨,2011,23(4):54-55
- [6]周亲明,罗毅文,赵继福.Colles 骨折闭合复位固定体位的探讨[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(5):65-67
- [7]陆然,段邦,徐朝晖.手法整复小夹板固定治疗 Colles 骨折的临床观察[J].中华中医药杂志,2013,28(11):3452-3454

(收稿日期:2016-03-18)

## 胃癌患者胃切除术后消化道重建手术的临床效果

郭胜添 袁利云

(广东省深圳市龙岗区第六人民医院外科 深圳 518117)

**摘要:**目的:探究胃癌患者胃切除术后消化道重建手术的临床效果。方法:选取 2014 年 1 月~2015 年 6 月到我院进行临床治疗的 90 例胃癌患者作为研究对象,按照随机法分成研究组与对照组各 45 例。对照组患者采取 Lahey+Braun 吻合手术进行消化道重建,研究组则采取空肠祥代胃手术进行消化道重建。比较两组患者手术后机体的恢复情况和生存质量。结果:研究组患者功能恢复明显好于对照组,术后并发症发生率明显低于对照组;随访半年发现,研究组患者的生存质量要明显好于对照组,数据对比差异显著,有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:对胃切除患者采取空肠祥代胃手术进行消化道重建,可以很好地改善患者消化道功能缺失情况,临床治疗效果和满意度均有显著的提高,值得在临床上推广应用。

**关键词:**胃癌;胃切除手术;消化道重建;临床效果

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.013

近几年,胃癌患者有不断增多的趋势,而全胃切除是治疗此病的主要方案,但是这种手术会直接导致病人胃功能缺失,让其生活质量也逐渐下降<sup>[1-2]</sup>。因此,寻找一种方式缓解或者消除全胃切除所带来的后续影响显得尤为重要。本研究为探究胃癌患者在胃切除手术后消化道重建手术的临床效果,选择 90 例胃癌患者进行临床试验。现报道如下:

### 1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2014 年 1 月~2015 年 6 月到

我院进行临床治疗的 90 例胃癌患者作为研究对象,均符合病例要求,且患者知情同意自愿参与本次临床研究。排除具有严重的并发症以及其他癌症等恶性病变患者。依据随机法把患者分成研究组与对照组,每组 45 例。对照组男 24 例,女 21 例;年龄 34~77 岁,平均年龄(54.6±3.9)岁;高分化腺癌患者 15 例,中分化腺癌患者 12 例,低分化腺癌 11 例,未分化癌症患者 5 例,黏液腺癌患者 2 例。研究组男 22 例,女 23 例;年龄 35~75 岁,平均年龄