

采用推拿疗法可改善颈椎关节紊乱, 顺筋正骨, 改善颈椎曲度, 疗效确切。

参考文献

- [1] 项小林, 杨婷婷, 魏新萍, 等. 小针刀与针刺治疗颈型颈椎病的疗效及对颈椎活动度改善的对比观察[J]. 四川中医, 2016, 34(7): 191-193
- [2] 刘飞, 兰亚龙. 针灸推拿分期施用改善颈椎曲度治疗颈椎病[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(1): 113-115
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 189
- [4] 荣兵, 李建. 针灸推拿治疗神经根型颈椎病 42 例临床研究[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2438-2439

- [5] 王军, 谭曾德, 宋仲涛, 等. 中医推拿配合曲度邦治疗仪治疗颈椎病伴生理曲度异常 60 例[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(1): 101-102
- [6] 包龙飞. 针灸推拿治疗颈椎病并肩周炎 45 例临床效果分析[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(12): 17-18
- [7] 石林丽. 针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(2): 122-123
- [8] 李享, 寿依夏, 任玉兰, 等. 古代不同时期针灸治疗眩晕用穴特点的数据挖掘研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(5): 511-515
- [9] 郭昊宇. 不同入路减压内固定治疗在改善颈椎病患者颈椎曲度中的应用效果[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(15): 16-17

(收稿日期: 2017-07-04)

经掌侧入路锁定加压钢板固定术与手法复位石膏外固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效对比

李振威

(河南省平煤神马医疗集团总医院骨关节科 平顶山 467000)

摘要:目的: 对比分析经掌侧入路锁定加压钢板固定术与手法复位石膏外固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效。方法: 选取 2012 年 2 月~2016 年 5 月我院收治的 80 例闭合性桡骨远端骨折患者作为研究对象, 根据治疗方案分为观察组与对照组各 40 例。观察组采用经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗, 对照组采用手法复位石膏外固定治疗。治疗结束后对两组患者进行 6 个月的康复训练及随访, 对比分析两组患者的临床疗效。结果: 观察组的骨折愈合时间明显低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗 6 个月后观察组的桡骨缩短长度和尺偏角均明显低于对照组, 掌倾角明显高于对照组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$; 观察组的腕关节功能 Cooney 评分量表疼痛、功能状态、活动度、背伸/掌屈活动度和握力等维度评分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论: 经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效优于手法复位石膏外固定术, 具有骨折愈合时间短和腕关节功能恢复好等优点。

关键词: 闭合性桡骨远端骨折; 锁定加压钢板固定术; 手法复位; 石膏外固定

中图分类号: R683.41

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.016

桡骨远端骨折是临床常见的四肢骨折类型, 多发于骨质疏松患者, 因此该类骨折以老年人最为常见^[1-2]。临床治疗闭合性桡骨远端骨折传统多采用手法复位石膏外固定术, 但易出现关节疼痛、无力及活动受限等情况。随着医学技术的发展, 锁定加压钢板固定术越来越多地被应用于临床。本研究探讨了经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗桡骨远端骨折的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月~2016 年 5 月我院收治 80 例闭合性桡骨远端骨折患者作为研究对象, 根据治疗方案分为观察组与对照组各 40 例。观察组中男 13 例, 女 27 例; 年龄 55~79 岁, 平均年龄 (64.14 ± 4.08) 岁; 骨折 AO 分型 A3 型 15 例、B2 型 9 例、B3 型 7 例、C1 型 6 例、C2 型 3 例; 左侧骨折 18 例、右侧骨折 22 例。对照组中男 16 例, 女 24 例; 年龄 56~77 岁, 平均年龄 (63.75 ± 4.12) 岁; 骨折 AO 分型 A3 型 17 例、B2 型 8 例、B3 型 6 例、C1 型 5 例、C2 型 4 例; 左侧骨折 15 例、右侧骨折 25 例。两

组患者的性别、年龄、骨折 AO 分型和部位等一般资料比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入标准 结合病史、临床症状及体征、影像学检查确诊为桡骨远端骨折者; 无手术治疗禁忌症者; 签署知情同意书者。

1.3 排除标准 开放性桡骨远端骨折者; 合并神经和/或大血管损伤者; 随访丢失者。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 采用经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗。方法如下: 经掌侧入路在桡骨侧腕屈肌作一长约 5 cm 的 S 形切口, 打开切口后切开旋前方肌, 完全暴露骨折部位; 对骨折处进行整合, 直至达到解剖复位, 注意保持桡骨长度和尺偏角, 全程避免损伤桡动脉和正中神经; 用克氏针临时固定骨折处, 并采用合适的加压钢板对桡骨远端进行锁定和固定, 控制关节面与钢板横向锁孔之间距离约为 1.5 cm; 行 X 线检查, 确定加压钢板位置适宜后, 将螺钉拧紧, 对加压钢板进行固定; 修复前, 将旋前方肌切开, 用无菌注射水对手术切口进行清洗, 逐层缝合切口, 术

毕。治疗结束后进行 6 个月的康复训练及随访。

1.4.2 对照组 采用手法复位石膏外固定术治疗。方法如下：对骨折处进行手法复位，用消毒绑带、石膏和夹板进行固定即可。治疗结束后对患者进行 6 个月的康复训练及随访。

1.5 观察指标 观察两组患者的骨折愈合时间、骨折恢复情况(包括桡骨缩短长度、尺偏角、掌倾角等)和腕关节功能评分。腕关节功能评分采用 Cooney 评分量表进行评估,分数越高,腕关节功能越好。

1.6 统计学方法 采用 SAS9.0 统计学软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组骨折愈合时间比较 观察组的骨折愈合时间明显低于对照组,差异有统计学意义, $t=3.821\ 2$, $P=0.000\ 0 < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组骨折愈合时间比较(周, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时间
观察组	40	12.04± 2.19
对照组	40	15.18± 3.41

2.2 两组患者的骨折恢复情况比较 治疗前,两组患者桡骨缩短长度($t=0.533\ 5$, $P=0.595\ 2$),尺偏角

表 3 两组患者的腕关节功能 Cooney 评分量表各维度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	疼痛	功能状态	活动度	背伸/掌屈活动度	握力
观察组	40	治疗前	3.49± 2.37	1.29± 0.58	1.79± 0.88	1.49± 0.99	1.17± 0.74
对照组	40	治疗前	3.56± 2.14	1.41± 0.49	2.01± 0.96	1.57± 1.01	1.36± 0.97
观察组	40	治疗 6 个月后	19.72± 4.07	18.34± 5.17	21.53± 4.75	19.08± 4.31	16.52± 3.27
对照组	40	治疗 6 个月后	16.18± 4.12	16.05± 4.39	18.47± 4.13	16.52± 4.07	14.73± 3.15

3 讨论

桡骨远端骨折是指发生在距离桡骨远端关节面 3 cm 以内的骨折,该部位是密质骨与松质骨的交界处,解剖薄弱,因此一旦遭受外力就极易发生骨折^[3]。流行病学调查研究认为,桡骨远端骨折约占急诊骨折患者的 17%左右,由于老年人易发生骨质疏松,所以,桡骨远端骨折多发生于 60~75 岁的人群^[4]。根据覆盖骨部位的皮肤或黏膜是否破损,骨折可以分为开放性骨折和闭合性骨折两大类。对于闭合性骨折来说,临床传统常采用手法复位石膏外固定术进行治疗,但骨折愈合时间较长,关节重建后的稳定性较差,难以达到有效的解剖复位效果^[5]。采用经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗时,要将螺钉与钢板进行锁定,形成完整的力学支架,以保持角稳定,预防术后骨折移位或关节面高度丢失;且经掌侧入路解剖层次清晰,复位标志明显,对骨质的破坏较小;手术过程中无需大范围剥离骨膜,保证了良好的血供;加上锁定加压板可促进植入骨紧密填充,利于术后骨质的愈合,患者术后可早期进行康复锻炼,促进

($t=0.477\ 6$, $P=0.634\ 9$)和掌倾角($t=0.553\ 0$, $P=0.581\ 9$)相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗 6 个月后,观察组的桡骨缩短长度($t=13.867\ 5$, $P=0.000\ 0$)、尺偏角($t=9.261\ 8$, $P=0.000\ 0$)明显低于对照组,掌倾角明显高于对照组($t=20.438\ 0$, $P=0.000\ 0$),差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者的骨折恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	桡骨缩短长度(mm)	尺偏角(°)	掌倾角(°)
观察组	40	治疗前	6.11± 3.15	-4.97± 6.36	-20.96± 5.06
对照组	40	治疗前	5.98± 3.39	-5.01± 6.29	-21.14± 4.99
观察组	40	治疗 6 个月后	0.31± 0.13	20.21± 5.56	7.13± 2.56
对照组	40	治疗 6 个月后	2.98± 0.76	9.97± 4.96	-2.84± 3.15

2.3 两组患者的腕关节功能 Cooney 评分量表各维度评分比较 治疗前,两组患者腕关节功能 Cooney 评分量表疼痛($t=0.350\ 2$, $P=0.727\ 2$)、功能状态($t=1.228\ 6$, $P=0.222\ 9$)、活动度($t=1.481\ 6$, $P=0.142\ 5$)、背伸/掌屈活动度($t=1.335\ 0$, $P=0.185\ 8$)和握力($t=1.109\ 4$, $P=0.270\ 7$)等维度评分相比较, $P > 0.05$;治疗 6 个月后,观察组的疼痛($t=2.909\ 8$, $P=0.004\ 7$)、功能状态($t=2.019\ 4$, $P=0.046\ 9$)、活动度($t=2.701\ 2$, $P=0.008\ 5$)、背伸/掌屈活动度($t=2.779\ 9$, $P=0.006\ 8$)和握力($t=2.731\ 9$, $P=0.007\ 8$)等维度评分均明显高于对照组, $P < 0.05$ 。见表 3。

功能恢复,降低并发症的发生。

本研究结果显示,观察组的骨折愈合时间更短,桡骨缩短长度、尺偏角、掌倾角及腕关节功能改善程度更佳,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。这与王纯育等^[6]的报道一致。综上所述,经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效优于手法复位石膏外固定术,具有骨折愈合时间短和腕关节功能恢复好等优点。

参考文献

[1]焦福德,马晓,宋劲晨,等.老年人桡骨远端骨折的治疗研究进展[J].中国综合临床,2017,33(1):90-93
 [2]吴晗,张鉴,李强,等.手术治疗老年人不稳定性桡骨远端骨折的疗效[J].中国老年学杂志,2016,36(12):3004-3005
 [3]陈杰,曾文生,刘志清,等.手法复位与切开复位治疗老年人桡骨远端骨折疗效比较[J].广西中医药大学学报,2015,18(2):32-34
 [4]张胜华.掌侧锁定加压钢板治疗老年人 C 型桡骨远端骨折的疗效分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,18(7):973-975
 [5]程兴发.石膏夹板联合外固定治疗桡骨远端骨折临床研究[J].中医药临床杂志,2012,24(8):755-756
 [6]王纯育,钟晓,罗健.经掌侧入路锁定加压钢板固定术与非手术治疗老年桡骨远端骨折的疗效对比[J].河北医学,2017,23(2):197-200

(收稿日期: 2017-06-13)