

手法复位及切开复位对桡骨骨折的效果比较

张留成

(河南省驻马店市第六人民医院骨科 驻马店 463715)

摘要:目的:探讨桡骨骨折患者选用手法复位或切开复位治疗的效果比较。方法:选取 2018 年 2 月~2020 年 2 月收治的 70 例桡骨骨折患者为研究对象,采用随机信封法分为对照组和观察组,每组 35 例。对照组采用手法复位,观察组采用切开复位。观察两组治疗效果。结果:观察组治疗总有效率、掌倾角、尺偏角、腕关节评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);但观察组骨折愈合时间长于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。骨折愈合时,观察组前臂旋前、旋后角度均大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);愈合后 6 个月,两组前臂旋前、旋后角度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:切开复位在桡骨骨折治疗中的效果确切,但手法复位愈合时间较短,临床可根据患者的实际情况合理选择治疗方案。

关键词:桡骨骨折;手法复位;切开复位;骨折愈合时间

中图分类号:R683.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.058

桡骨骨折为临床常见骨折类型,据统计,桡骨骨折约占平时骨折的 10%,多见于老年妇女、儿童、青年,且好发于桡骨远端 2~3 cm,并伴桡腕、下尺桡关节的损坏,若未及时复位治疗,亦可继发骨折畸形、肘关节挫伤等,因此临床治疗难度较大^[1]。骨折诊疗指南指出:桡骨骨折治疗需以“良好复位、稳定、固定”为原则。目前多选择手法复位、切开复位治疗桡骨骨折,但临床证实手法复位患者早期活动受到限制,无法开展有效功能锻炼,极易影响其预后效果;切开复位虽可有效复位,并及早进行功能锻炼,但属于有创操作,术后愈合时间较长,为此需严格掌握各方案适应证、禁忌证,以确保治疗效果^[2]。本研究选择 70 例桡骨骨折患者为研究对象,旨在进一步对比不同复位方案的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月~2020 年 2 月收治的 70 例桡骨骨折患者为研究对象,采用随机信封法分为对照组和观察组,每组 35 例。观察组男 15 例,女 20 例;平均年龄(64.25 ± 7.25)岁;左侧骨折 18 例,右侧骨折 17 例;骨折类型:B2 型 9 例,B3 型 8 例,C2 型 8 例,C3 型 10 例。对照组男 14 例,女 21 例;平均年龄(64.82 ± 7.42)岁;左侧骨折 19 例,右侧骨折 16 例;骨折类型:B2 型 10 例,B3 型 9 例,C2 型 8 例,C3 型 8 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:影像学检查确诊者;AO 分型为 B、C 型者;受伤至就诊时间 <7 d 者;临床资料齐全者;家属知情,并自愿签署知情同意书者;依从性较高者。排除标准:多发骨折者;病理性骨折者;桡骨远端周围神经损伤者;配合程度较差者;长期激素治疗者;伴免疫系统疾病者;伴严重脏器功能损伤

者;自愿退出本研究者^[3]。

1.3 复位方法 对照组采用手法复位,指导患者取端坐位,屈肘 90°,石膏长度与肘上方到掌指关节长度一致,棉垫长度、宽度与石膏一致,经手法复位成功后将手腕向下弯曲 60°,石膏、绷带固定。包扎完成后经 X 线观察复位情况,待骨折愈合拆除石膏后进行康复训练^[4]。观察组选用切开复位,指导患者取仰卧位,行臂丛神经阻滞麻醉,采取气囊止血,自远端掌横纹到近端,充分暴露骨折位置后牵引复位,维持固定位置在 X 线透视下观察复位结果,并使用克氏针暂时固定,而后实施钢板固定,固定结束冲洗、缝合^[5]。

1.4 观察指标 (1)根据腕关节功能(参考 Mcbridge 量表)评价临床疗效,将腕关节评分 >90 分判定为显效,将腕关节评分 60~90 分判定为有效,将腕关节评分 <60 分判定为无效^[6]。(2)根据骨折愈合时间、掌倾角、尺偏角、腕关节评分评价恢复情况。(3)骨折愈合时、愈合后 6 个月前臂旋前角度、前臂旋后角度。(4)并发症:畸形愈合、神经损伤、皮肤溃疡、愈合不良等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验,计数资料用率表示,用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	18(51.43)	15(42.86)	2(5.71)	33(94.29)
对照组	35	17(48.57)	10(28.57)	8(22.86)	27(77.14)
χ^2					4.200 0
P					0.040 4

2.2 两组恢复情况比较 观察组掌倾角、尺偏角、腕关节评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);但观察组骨折愈合时间长于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时间(周)	掌倾角(°)	尺偏角(°)	腕关节评分(分)
观察组	35	12.34±0.82	12.06±1.14	21.38±0.74	85.94±12.42
对照组	35	10.02±0.54	9.24±1.54	20.82±0.64	74.02±10.51
t		13.979 2	8.707 2	3.386 3	4.334 3
P		0.000 0	0.000 0	0.001 2	0.000 0

2.3 两组前臂旋前、旋后角度比较 骨折愈合时,观察组前臂旋前、旋后角度均大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);骨折愈合后 6 个月,两组前臂旋前、旋后角度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组前臂旋前、旋后角度比较(° , $\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时		愈合后 6 个月	
		前臂旋前角度	前臂旋后角度	前臂旋前角度	前臂旋后角度
观察组	35	50.32±8.22	58.86±5.14	78.39±6.72	71.59±5.22
对照组	35	23.25±6.14	21.05±4.28	77.21±6.35	70.95±5.21
t		15.609 0	33.442 8	0.755 1	0.513 9
P		0.000 0	0.000 0	0.452 8	0.609 3

2.4 两组并发症发生情况比较 观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	畸形愈合	神经损伤	皮肤溃疡	愈合不良	总发生
观察组	35	1(2.86)	1(2.86)	0(0.00)	1(2.86)	3(8.57)
对照组	35	3(8.57)	3(8.57)	2(5.71)	2(5.71)	10(28.57)
χ^2						4.628 9
P						0.031 4

3 讨论

桡骨骨折为常见上肢骨折类型,多因间接外力冲击导致患肢肿胀、疼痛、运动障碍,严重者可出现畸形,且骨折累及关节面,因此治疗难度大。临床研究表明,手法复位易加重桡骨骨折远端粉碎程度,影响复位效果及稳定性,且患者无法及早进行康复锻炼,为此需寻求更有效的复位方案,以促进患者康复^[7]。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率、掌倾角、尺偏角、腕关节评分均高于对照组,并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),但观察组骨折愈合时间长于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。证实切开复位治疗桡骨骨折的效果理

想,但其骨折愈合时间较手法复位长,为此需根据患者的身体状态、经济条件、自身需求选择更有效的治疗方案。传统手法复位以石膏固定为主,操作简单、费用低,对医师专业技术要求较低,但复位后无法恢复至原解剖结构,且有报告指出手术复位易发生移位、愈合不良等情况,为此在复位过程中需根据 X 线检查结果及时调整,以确保复位效果。本研究亦发现手法复位患者骨折愈合时间较短,更适宜高龄、超高龄患者治疗。而手术切开复位可在 X 线引导下准确定位并固定骨折位置,且使用钢板固定不易发生移位,可有效规避骨折畸形等并发症。但手术切开复位具有微创性,在术中借助新型医疗设备虽可最大限度保证复位效果、结构准确,但易影响骨折周围组织血液循环,继而延长愈合时间^[8]。本研究发现骨折愈合时,观察组前臂旋前、旋后角度均大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);愈合后 6 个月,两组前臂旋前、旋后角度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。这证实治疗 6 个月后两组康复效果接近,为此可根据患者实际情况合理选择治疗方案。综上所述,切开复位在桡骨骨折治疗中的效果优于手法复位,且安全性较高,值得借鉴。

参考文献

- [1]田乐孔,谢文鹏,王象鹏,等.手法复位经皮穿针和切开复位钢板内固定治疗老年 C1、C2 型桡骨远端骨折的对比研究[J].实用骨科杂志,2020,26(8):745-749.
- [2]李卫国.手法复位小夹板外固定与切开复位钢板内固定治疗老年骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效对比[J].实用中西医结合临床,2020,20(6):121-122.
- [3]叶健平,李厚霖,陈佳鹏.不同复位固定方式治疗骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效对比[J].临床医学工程,2020,27(6):795-796.
- [4]李同山.手法复位外固定与切开复位内固定在骨质疏松性桡骨远端骨折中的应用[J].医药论坛杂志,2019,40(9):127-129.
- [5]李哲,孙天祥,钟易林,等.手法复位石膏外固定与切开复位锁定钢板内固定治疗 AO-B、C 型桡骨远端骨折的比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2019,34(5):534-536.
- [6]曹顺立.切开复位“T”型钢板内固定与闭合手法复位塑性小夹板外固定治疗桡骨远端骨折对比观察[J].首都食品与医药,2019,26(5):39.
- [7]邓建海,宋晓玺,张莉,等.手法复位石膏外固定与切开复位钢板内固定治疗骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(11):1218-1219.
- [8]刘志昂,张陆,刘军,等.手法复位小夹板固定和切开复位内固定治疗骨质疏松型桡骨远端骨折的优劣差异[J].实用中西医结合临床,2018,18(10):131-132.

(收稿日期:2020-09-25)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!