



• 临床研究 •

手法复位小夹板固定治疗桡骨远端骨折的临床分析

赵海林 (邵东县火厂坪中心卫生院 湖南邵东 422800)

摘要:目的 探究手法复位小夹板固定治疗桡骨远端骨折的治疗效果。方法 选自我院收治的 72 例桡骨远端骨折患者,进行手法复位小夹板固定治疗,并结合患者的病情实施活血化淤、消肿止痛等综合疗法,随访患者腕关节功能恢复情况。结果 治疗后的第一个月、第三个月以及第六个月对患者进行随访,患者骨折愈合的优良率分别为 29.17% (21/72)、90.28% (65/72)、94.44% (68/72);患者在治疗后的掌倾角、尺偏角以及桡骨远端的相对长度均与治疗前比较有明显的改善, $P<0.05$ 。结论 手法复位小夹板固定治疗法具有操作简单、安全等优势,对桡骨远端骨折患者的治疗效果显著,值得临床广泛推广。

关键词:手法复位 小夹板固定 桡骨远端骨折 腕关节功能

中图分类号: R683.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 10-126-02

桡骨远端骨折是临床上较为常见的骨折类型之一,在急诊骨折中占有较高的比例。由于人体腕关节具有较高的关节功能要求,且活动频率高,如果桡骨远端骨折患者得不到及时有效的治疗会对日后生活造成严重不便^[1]。本文为寻求有效的桡骨远端骨折治疗法,对于我院近一年所收治的患者实施了手法复位小夹板固定治疗,并取得了非常理想的临床效果,现将研究过程及结果做如下报道:

1 资料与方法

1.1 临床资料

此次研究对象均选自于我院 2016 年 1 月-2016 年 12 月期间所收治的桡骨远端骨折患者,共 72 例。所有患者均符合《实用骨科学》相关诊断标准^[2],经 CT、MRI 检查确诊,无合并严重神经或血管损伤。其中男性患者 48 例,女性患者 34 例;年龄均在 23-74 岁范围内,平均年龄为 (64.3±8.2) 岁;其中超过 60 岁的患者共 61 例;骨折原因:交通事故 33 例,跌伤摔伤 49 例;骨折类型:屈曲型骨折 13 例,伸直型骨折 59 例;所有患者均为闭合性损伤;依据 AO/ASIF 进行分离:A 型骨折 42 例,B 型骨折 19 例,C 型骨折 11 例。

1.2 治疗方法

手法复位:医护人员协助患者取舒适的仰卧位或者坐位,将双肩向外扩展,并指导患者将患肢屈曲 90 度,将掌心向下置放,医护人员将患者的患肘部位以及前臂握稳,医师在患者的骨折远端背面使用拇指按住,使用其余四指置于骨折远端的掌侧部位,对其做 3min 左右的牵引,使其重叠移位得以矫正,之后进行尺偏及掌区,实施复位操作。

固定方法:使用棉质衬垫将患者的前臂进行密度均匀、松紧适度的缠绕,在中段部位应用小夹板固定,并使患者保持 90 度的肘曲,应用颈腕带将患者固定好的手臂悬吊于胸前,进行 3-6 周的固定后,依据患者的恢复情况将外固定解除。

1.3 观察指标

对骨折患者实施 X 线检查,将桡骨远端骨折复位前、复位后的状态详细记录,以及临床愈合效果。对患者进行连续半年的跟踪随访,对患者的腕部功能应用改良 Cartland and Werley^[2] 评分系统进行评估,评估结果分为优、良、可、差四个等级。

1.4 统计学方法

对于本组桡骨远端骨折患者的研究数据采用 SPSS19.0 统计软件进行分析及处理,计数资料采用百分比 (n, %) 表示,计量资料采用均数差表示,在统计结果显示 $P<0.05$ 时为比较差异显著。

2 结果

2.1 比较患者治疗后各时间段的骨折愈合优良率

分别在治疗后的第一个月、第三个月以及第六个月对患者进行随访,患者骨折愈合的优良率分别为 29.17% (21/72)、90.28% (65/72)、94.44% (68/72)。详细数据见表 1。

2.2 观察患者术后的恢复情况

所有患者在治疗后的掌倾角、尺偏角以及桡骨远端的相对长度均与治疗前比较有明显的改善, $P<0.05$ 治疗前后比较差异显著,具有统

计学意义。详细数据见表 2。

表 1. 比较患者治疗后各时间段的骨折愈合情况 (n, %)

时间	优	良	可	差
治疗前	0	0	0	100
治疗后 1 个月	2	19	23	28
治疗后 3 个月	18	47	5	2
治疗后 6 个月	43	25	3	1

表 2. 桡骨远端骨折患者治疗前后各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	复位前	复位后	愈合后
掌倾角 (度)	4.6±2.7	6.7±2.3	6.4±2.2
掌倾角 (度)	15.2±4.2	19.8±4.2	18.0±3.9
桡骨远端的相对长度 (cm)	0.70±1.24	0.92±0.33	0.84±0.24

3 讨论

桡骨远端骨折是指距桡骨远端关节面 3cm 以内的骨折^[1],是临床上最常见的骨折之一,多见于中老年骨质疏松的患者。其发病率约占急诊骨折病人的 17%。桡骨远端关节内骨折约占整个前臂骨折的 5%,占桡骨远端骨折的 25%。

目前在临床上治疗桡骨远端骨折具有多种方法,包括石膏外固定、闭合手法复位小夹板、外固定架固定、切开钢板螺钉内固定以及克氏针固定等等。这些骨折治疗法的治疗原则是以最大程度恢复患者的骨折解剖复位以及恢复患者腕部功能^[3-4]。非手术治疗法一直以来是桡骨远端骨折的首选治疗法,以往的多数研究已经证实低能量桡骨远端骨折采用手法复位小夹板外固定治疗法可以获得良好的临床疗效。尤其是在社区就诊的患者,多数为年龄较大的老年患者,部分患者由于老年疾病 (长期卧床等),对于腕关节功能没有过高的要求,另一方面患者由于身患其他疾病对于手术治疗不具有良好的耐受性,基于此种情况,选择非手术治疗是一种比较合理、明智的治疗法^[5]。手法复位结合夹板外固定治疗更有以下优点:①小夹板外固定术后因其保持对骨折端的持续牵引力而避免术后骨折端由于前臂肌肉牵拉而造成的移位。②小夹板外固定能够在支架的保护下早期在一定范围内活动腕关节,预防腕关节僵硬。③小夹板还可用于骨折远端粉碎严重以致螺丝钉不能牢固固定者。在此次研究中,患者在第一个月的优良率并不理想,但在第三个月时可以达到 90.28% (65/72),这一恢复结果是比较令人满意的,待第六个月时的优良率仍会有小幅度的增加。非手术治疗法,在腕关节功能恢复方面效果良好,但在治疗后的掌倾角、尺偏角以及桡骨远端的相对长度等易出现缺失,因此在治疗期间要针对患者的此类问题加以关注。

综上所述,手法复位小夹板固定治疗法具有操作简单、安全等优势,对桡骨远端骨折患者的治疗效果显著,是一种值得推崇的骨折治疗法。

参考文献

[1] 李有平, 风军让, 董永奇. 手法复位小夹板固定治疗桡骨远端骨折的临床治疗效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子 (下转第 131 页)



整个临床治疗活动起到十分重要的作用。

在输血治疗活动中,为了能够有效降低输血带来的非溶血性输血反应发生率,则对患者输注去白细胞成分悬浮红细胞,这是因为当输入的血液成分中含有白细胞时,其能够与受血者发生HLA同种免疫反应,从而出现非溶血性发热反应。因此,去除白细胞成分能够在很大程度上控制了输血不良反应情况的发生。另外,有研究结果表明^[5],一些病毒如EBV、CMV等其与白细胞有着很大的关联,它们之间有着较高的亲和性,如果没有去除白细胞而直接输注给患者的话,那么患者极易感染上述几类病毒,感染率非常高,这对于老年肿瘤患者而言是非常致命的,因此,为了确保输血安全,预防输血引起感染情况的发生,则需要将血液中的白细胞进行滤除。

通过上述研究结果显示可以了解到,去白细胞成分输血治疗方案下患者的不良反应发生率、感染发生率明显低于悬浮红细胞输血治疗方案下的悬红组,与此同时,去白细胞成分输血治疗方案也缩短了肿瘤患者手术后伤口愈合、恢复时间,在很大程度上改善了他们的健康状态,从而提高了他们的生活质量。由此可见,去白细胞成分输血

治疗方案明显优越于悬浮红细胞悬液输血治疗方案,有着较高的临床应用价值。因此,在今后肿瘤临床治疗活动中,积极推广与实施去白细胞成分输血治疗方案。

参考文献

- [1] 李昱瑛,李薇.肿瘤相关性贫血的治疗[J].肿瘤代谢与营养电子杂志.2015,2(01):11-13.
- [2] 李铁华.去白细胞成分输血在老年肿瘤患者输血治疗中的应用价值[J].中国当代医药.2015,23(25):1264-1265.
- [3] 李洪兵,陈周,冉柏林,王纯,文玲.去白细胞成分输血在老年肿瘤患者输血治疗中的应用价值[J].实用临床医药杂志.2013,12(14):135-136.
- [4] 黄娜,宋娜丽,陈敏,张治华,陈驰,陆华,赵树铭.白细胞去除术联合化疗药物治疗高白细胞慢性粒细胞白血病1例[J].重庆医学.2013,9(07):91-93.
- [5] 董海伟.去白细胞输血和常规输血患者大剂量输血的效果观察[J].中国实用医药.2013,7(05):76-78.

(上接第125页)

疗帕金森病伴发抑郁障碍的研究[J].中国现代医生,2015,03(24):7-10+15.

[3] 马元业,李刚,周东林,等.低频重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症患者的临床疗效观察[J].国际精神病学杂志,2015,02(14):21-24.

[4] 郭力,蔡敏,刘高华,等.度洛西汀合并重复经颅磁刺激

疗广泛性焦虑障碍患者的对照研究[J].临床精神医学杂志,2015,03(24):176-178.

[5] 李俊敏,李少明,郭伟,等.低频重复经颅磁刺激治疗帕金森病伴抑郁的优化联合方案研究[J].海南医学,2012,16(18):35-38.

[6] 张岩滨.低频重复经颅磁刺激联合度洛西汀治疗难治性抑郁症的疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2013,15(23):47-49.

(上接第126页)

期刊,2016,16(20):101+99

[2] 高昀.手法复位小夹板固定联合中药内服治疗桡骨远端骨折39例[J].西部中医药,2017,30(2):102-104.

[3] 谢红喜.手法复位小夹板外固定治疗桡骨远端骨折的优势分

析与研究[J].医药前沿,2017,7(9):175-176

[4] 蒋泰煥,刘伟军,姚茂盘,等.手法复位后石膏夹板固定治疗桡骨远端骨折的疗效分析[D].内蒙古中医药,2016,35(15):56-57

[5] 陆鹏,曾宪铁.手法复位小夹板外固定治疗桡骨远端骨折40例[J].亚太传统医药,2016,12(21):107-108

(上接第127页)

[3] 王珊珊,白田雨,刘敏等.肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(2):129-131.

[4] 张美荣,王丽.VitalStim 吞咽治疗仪联合咽部冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的效果观察[J].内蒙古医学杂志,2010,42(8):983-985.

[5] 肖明辉,罗忠伟.吞咽功能障碍治疗仪联合咽部冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效[J].航空航天医学杂志,2015,26(10):1233-1234.

[6] 覃木秀,欧海荣.VitalStim 吞咽障碍治疗仪联合咽部冰刺激治疗外伤性脑出血后吞咽障碍57例[J].广东医学院学报,2011,29(3):277-279.

[7] 张国华.吞咽障碍治疗仪配合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2013,16(8):1293-1295

[8] 吴卓华,刘磊,吴宜娟等.VitalStim 吞咽治疗仪联合咽部冰刺激治疗老年脑卒中后吞咽障碍的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(21):5351-5352.

[9] 李志明,黄茂雄,李建廷等.生物反馈治疗理论与吞咽障碍生物反馈治疗的现状与进展[J].中华物理医学与康复杂志,2009,31(12):796-798.

[10] 招少枫,窦祖林.肌电生物反馈和低频电刺激在吞咽障碍中的应用进展[J].中华脑科疾病与康复杂志(电子版),2013,3(3):196-199.

(上接第128页)

值得推广。

参考文献

[1] 信效堂,孟勇,陈聪,等.胸腰椎间盘多节段突出导致椎管狭窄的外科治疗[J].中国骨肿瘤骨病,2011,10(2):115-118,126.

[2] 羊国民,郭德全,徐国平,等.后路钉棒系统复位内固定植骨融合治疗退行性腰椎滑脱[J].临床骨科杂志,2008,11(3):288-289.

[3] 曾忠友,严卫锋,唐宏超等.腰椎椎弓峡部裂伴椎体Ⅱ°或以上滑脱的手术治疗策略[C]//第二届全国中西医结合骨科微创学术年会论文集.2012:168-170

[4] 任保瑞.多层螺旋CT对腰椎滑脱并椎弓崩裂的诊断价值[J].中国实用医药,2011,06(2):94-95

[5] 于观平,陈娟,黄振海等.多层螺旋CT对腰椎滑脱并椎弓崩裂的诊断价值分析[J].中外健康文摘,2014,(27):177-177,178.

(上接第129页)

临床疗效确切,降低术中出血量,加快病情恢复,可在临床中推广。

参考文献

[1] 李锐锋,黄勇.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(11):123-124.

[2] 唐海川,徐志莹.微创颅内血肿清除术治疗老年高血压脑出

血临床疗效观察[J].河北医学,2014,20(3):503-505.

[3] 尹宗杰,康全利.颅内血肿微创清除术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效[J].中国药物与临床,2015,15(10):1460-1461.

[4] 李志峰.高血液脑出血患者经微创颅内血肿清除术治疗的临床效果观察[J].临床医药文献杂志,2016,3(47):9281-9282.