

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0154-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.072

手术与非手术方法对桡骨远端骨折治疗的效果比较

刘国恩 邹田境 农北孔

(遂溪县人民医院, 广东 遂溪 524300)

〔摘要〕 目的: 比较分析手术与非手术方法对桡骨远端骨折治疗的临床效果。方法: 选取遂溪县人民医院2017年9月至2019年10月接收的桡骨远端骨折患者36例, 由住院单双病号分成对照组与观察组, 各18例, 分别采取非手术方法治疗与手术方法治疗, 比较两组临床效果。结果: 两组患者治疗后3个月腕掌屈度、腕伸背度、治疗后1年Cooney评分、并发症发生率、骨折愈合时间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 而观察组患者治疗后3个月桡骨尺偏角、桡骨掌倾角明显大于对照组, 治疗后6周、3个月时Cooney评分明显高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 手术方法治疗桡骨远端骨折的临床效果比非手术方法更加显著, 腕功能恢复更快, 能保证骨折端及早复位, 而两种方法远期效果相近, 但实际治疗过程中, 需根据患者经济条件、具体骨折情况, 合理选择治疗方法。

〔关键词〕 桡骨远端骨折; 手术方法; 非手术方法

〔中图分类号〕 R 687.3 〔文献标识码〕 B

桡骨远端骨折是骨科常见骨折之一, 其发病率在骨折中约占10%, 主要发病人群为老年妇女^[1], 骨折原因与暴力密切相关, 骨折形成后多表现出腕部压痛、肿胀、手腕部活动受限等临床症状, 且通常伴随着下尺桡关节损伤、桡腕关节损伤, 进而严重影响患者日常生活^[2]。现阶段, 骨科治疗桡骨远端骨折的方法多种多样, 主要有手术、非手术两种, 手术方法虽然能及时修复、固定骨折端, 更接近解剖复位, 有助于预后康复, 但手术对机体有一定的损伤, 手术风险大, 治疗费用高; 非手术方法是采用闭合手法复位骨折端并用石膏固定, 其成本低、操作简便, 但腕关节功能恢复较缓慢^[3]。本研究选取36例桡骨远端骨折患者, 分析比较手术与非手术方法治疗的临床效果, 详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2017年9月至2019年10月接收的桡骨远端骨折患者36例, 由住院单双病号分组, 各18例, 对照组中女患者10例、男患者8例; 骨折位置: 左侧8例、右侧9例、双侧1例; 年龄25~81岁, 平均年龄(61.58 ± 5.64)岁; 骨折AO分型: A型4例、B型12例、C型2例; 观察组中女患者11例、男患者7例; 骨折位置: 左侧9例、右侧9例、双侧0例; 年龄24~79岁, 平均年龄(62.17 ± 5.60)岁; 骨折AO分型: A型6例、B型11例、C型1例。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 与临床桡骨骨折诊断标准相符合^[3]; 自愿参与本研究; 精神正常, 能够自主表达意愿。排除标准: 依从

性差; 存在精神疾病史; 心、肺、肝功能不全者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取非手术方法治疗, 即闭合手法复位外固定, 方法: 结合患者实际骨折情况、身体状况、耐受性, 进行2%利多卡因局部麻醉或臂丛神经阻滞麻醉, 麻醉起效后进行闭合手法牵引复位, 经X线片、外观、手感确定复位良好后, 常规制作石膏托塑形固定前臂, 悬吊于颈腕, 指导患者第2天屈伸活动指关节, 7d后进行X线复查, 确定是否骨折移位。无骨折移位患者: 固定4~6周结合骨折端恢复情况综合考虑是否拆除石膏, 进行腕关节功能康复训练; 骨折移位患者: 重新开展闭合手法复位外固定, 观察3~5d, 若再次复位失败, 则改为手术方法治疗。

1.2.2 观察组 采取手术方法治疗, 即切开复位内固定, 方法: 结合患者实际骨折情况、身体状况、耐受性, 进行全身麻醉或臂丛神经阻滞麻醉, 麻醉起效后, 在骨折处掌侧或背侧入路制作纵行切口, 逐层切口皮下组织, 充分暴露骨折端, 经C型臂X线机直视对骨折端进行常规牵引复位, 为合并关节面塌陷者进行自体髂骨植入, 复位良好后用锁定钢板固定桡骨远端, 通过X线片确定关节面平整性, 最后常规清理手术区, 缝合切口, 术后无需外固定, 第2天即可按照医嘱循序渐进开展腕关节功能康复训练。

1.3 观察指标

观察两组患者并发症发生率, 主要包括感染、桡神经浅支损伤、手指僵硬、腕管综合征等。治疗后3个月, 两组患者需进行影像学检查, 记录患者腕掌屈度、腕伸背度、桡骨尺偏角、桡骨掌倾角。对出院患者进行为期1年随访, 记录

〔收稿日期〕 2021-01-23

〔作者简介〕 刘国恩, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合骨科。

两组患者骨折愈合时间，并应用腕关节功能 Cooney 评分^[4]对两组患者治疗后 6 周、3 个月、1 年时腕关节功能进行评估，其中包括握力、活动度、功能状态、疼痛等内容，总分 100 分，评分越高，表示患者腕关节功能越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生情况比较

观察组患者并发症发生率为 11.11%，略高于对照组 5.56%，组间比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者并发症发生情况比较 (n = 18, 例)

Table with 6 columns: Group, Infection, Radial Nerve Injury, Finger Stiffness, Carpal Tunnel Syndrome, Incidence Rate (%).

2.2 两组患者腕功能指标比较

治疗后，观察组患者 3 个月腕掌屈度、腕伸背度略大于对照组，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，而观察组患者治疗后 3 个月桡骨尺偏角、桡骨掌倾角明显大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者腕功能指标比较 (n = 18, $\bar{x} \pm s$, (°))

Table with 5 columns: Group, Wrist Flexion, Wrist Extension, Radial Deviation, Radial Tilt.

与对照组比较, ^a*P* < 0.05

2.3 两组患者治疗后腕功能评分与骨折愈合时间比较

观察组患者治疗后 1 年 Cooney 评分略高于对照组，骨折愈合时间略短于对照组，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，而观察组患者治疗后 6 周、3 个月时的 Cooney 评分均明显高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗后腕功能评分与骨折愈合时间比较

(n = 18, $\bar{x} \pm s$)

Table with 5 columns: Group, Cooney Score (6 weeks, 3 months, 1 year), Fracture Healing Time (weeks).

与对照组比较, ^b*P* < 0.05

3 讨论

桡骨远端骨折是临床常见的一种骨科疾病，其骨折原因主要包括跌倒、间接暴力、骨质疏松等^[5]，近年来，我国人口寿命不断延长，老龄化日益突出，交通运输行业高速发展，交通意外事故频发，导致桡骨远端骨折发生率逐年增长^[6]，

为了及时复位、固定骨折端，及早改善腕关节，减轻骨折给患者身心带来的痛苦，需要合理选择治疗方案。而非手术方法、手术方法是当前临床治疗桡骨远端骨折常用的两种手段，前者是按照闭合手法复位外固定骨折端，这种方法具有操作简单、经济、麻醉风险小的特点，但复位固定效果并不理想，预后腕关节功能恢复较缓慢^[7-8]；后者是采用切开复位内固定，这种方法能通过 C 型臂 X 线机准确复位骨折端，保证良好复位，且术中采用锁定钢板固定复位后的骨折平面，进一步提高固定效果，避免骨折移位与复位丢失，可有效解决桡骨骨折压缩、粉碎等问题，多适用于不稳定性骨折、复杂性骨折，同时患者术后第 2 天即可进行腕关节功能康复训练，有助于积极促进腕关节功能早期恢复，提高内固定稳定性，但手术麻醉风险大，需制作手术切口，对机体有一定损伤性，治疗费用较高^[9-10]。本研究结果显示，两组患者治疗后 3 个月腕掌屈度、腕伸背度、治疗后 1 年 Cooney 评分、并发症发生率、骨折愈合时间比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)，而观察组患者治疗后 3 个月桡骨尺偏角、桡骨掌倾角明显大于对照组，治疗后 6 周、3 个月时 Cooney 评分明显高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

总而言之，手术方法治疗桡骨远端骨折的临床效果略优于非手术方法，患者治疗后腕关节功能恢复更快，而两种方法远期效果相近，实际治疗过程中，需根据患者经济条件、具体骨折情况，合理选择手术或非手术方法。

[参考文献]

List of 10 references regarding distal radius fracture treatments and outcomes.