

比较手法复位外固定和手术切开复位内固定在高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者中的临床研究

洪建斌

云南省大理州人民医院 671000

〔摘要〕目的 比对手法复位外固定和手术切开复位内固定在高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者中的临床疗效。方法 筛选本院 2014 年 7 月-2016 年 5 月接收的 75 例高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者，以不同治疗方法为依据分组：试验组 38 例，展开手术切开复位内固定疗法；参照组 37 例，展开手法复位外固定，比对 2 组关节功能恢复情况。结果 试验组 38 例：优良率 97.37% (37/38)，参照组 37 例：优良率 81.08% (30/37)，(P < 0.05)；试验组骨折部位治愈时长、关节功能恢复时长等进行比对，差异明显，(P < 0.05)。结论 临床对高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者救治时，选手术切开复位内固定疗法，疗效显著，可促进关节功能恢复，缩减患者骨折部位恢复时间。

〔关键词〕手法复位外固定；手术切开复位内固定；骨质疏松；桡骨不稳定骨折

〔中图分类号〕R687.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 03-0043-02

临床治疗高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折的方法较多，且不同疗法所表现出的临床疗效均存在明显差异。为评估手法复位外固定和手术切开复位内固定在高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者中的临床疗效，此次筛选 75 例高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者作研究对象，分组比对，分别展开手法复位外固定、手术切开复位内固定，现将结果总结如下。

1 对象和方法

1.1 临床资料

筛选本院 2014 年 7 月-2016 年 5 月接收的 75 例高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者，以不同治疗方法为依据分组：试验组 38 例，62 岁-86 岁，均值(71±3.46)岁；23 例(男)/16 例(女)；参照组 37 例，63 岁-86 岁，均值(72±5.05)岁；22 例(男)/16 例(女)。比对 2 组以上各项资料，结果无显著差异，(P > 0.05)。

1.2 方法

1.2.1 试验组

展开手法复位外固定：医务人员在患者桡骨骨折的近端、远端背侧分别垫一块平垫，而后安置夹板，需保证夹板上端的位置于前臂中上大约 1/3 处，而夹板下端需超出腕关节，在夹板部位扎上布袋，将其悬挂于胸前^[1]。对患者作固定处理 7 日后，应对其行 X 片检查，以查看骨折部位有无错位，待患者携带夹板大约一个月后，医务人员可告知患者做一些简单的关节训练，如手指、腕关节训练。

1.2.2 试验组

展开手术切开复位内固定疗法：(1) 医务人员对患者做臂丛神经阻滞麻醉处理，将患者的骨折处切开，充分暴露骨折断端，而后对其进行骨折复位；(2) 按照患者实际情况，选择合适的钢板放在适当的部位做内固定处理，待 X 线透视复位满意之后，将伤口缝合；(3) 患者术后 4 日，医务人员可告知患者做一些简单的手部、腕关节活动，术后一年，可拆除内固定钢板^[2]。

1.3 效果评估

治疗后，医务人员用 Shea 改良评定法评估 2 组关节功能

改善情况：关节功能状况评分 18-20 分，即优；关节功能状况评分 15-17 分，即良；关节功能状况评分 12-14 分，即中；关节功能状况评分低于 12 分，即差。

1.4 数据处理

数据处理选 SPSS20.0 软件，文中计数资料以“n/(例数/百分比)”表示；经比对 2 组病例关节功能优良率，若研究结果差异显著，则 (P < 0.05)。

2 结果

2.1 比对两组临床治疗优良率

展开不同疗法救治后，试验组 38 例：22 例优，12 例良，3 例中，1 例差，优良率 97.37% (37/38)；参照组 37 例：18 例优，7 例良，5 例中，7 例差，优良率 81.08% (30/37)，组间比对存在明显差异，(P < 0.05)。

2.2 比对两组各指标变化

展开不同疗法救治后，试验组骨折部位治愈时长(37.5±2.6) d，关节功能恢复时长(5.4±1.2) w；参照组骨折部位(48.7±1.7) d，关节功能恢复时长(8.8±1.1) w，两组比对差异显著，(P < 0.05)。

3 讨论

作为临床骨科常见病之一，桡骨远端不稳定骨折每年发病率逐渐上升，尤其是高龄骨质疏松性桡骨远端不稳定骨折，发病人群主要是老年人，且稳定骨折的临床表现在骨密度持续下降、皮质骨越来越薄、骨小梁数量明显缩减、变细等，严重的会加大骨折部位的危险性^[3]。因此，临床治疗高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者时，需根据患者的实际病情，选取一种安全、高效地疗法展开临床救治工作，以促进患者关节功能恢复。

此次研究抽选本院 2014 年 7 月-2016 年 5 月接收的 75 例高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者作研究对照，分组分析，分别施以手法复位外固定、手术切开复位内固定两种治疗方法，结果显示，试验组(38 例)优良率 97.37%，明显高于参照组(37 例)优良率 81.0%，(P < 0.05)；试验组骨

(下转第 46 页)

2.2 实验组与对照组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量比较

相比于对照组患者,实验组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量更短,组间比较 $P < 0.05$,详见表 2。

3 讨论

随着医学技术不断发展,剖宫产手术目前已十分成熟,在临床中得到广泛应用,我国剖宫产率已高达 40% 以上。剖宫产相比于自然分娩更利于减轻患者疼痛,避免难产等不良因素对分娩的影响,但剖宫产也存在一定的局限性,剖宫产的创伤性较大,可引起术中大出血等诸多并发症,会威胁患者身心健康^[2]。

传统处理术中大出血的方法是给予缩宫素、止血药物与子宫按摩等,在出血难以控制的情况下不得不切除子宫,这对于女性而言往往造成身心上的巨大创伤。在上述方法无效的情况下,临床上多采用子宫动脉结扎、宫腔纱布填塞、球囊治疗剖宫产术中出血。子宫动脉来自髂内动脉分支,分为宫颈支与宫体支,相关研究指出,通过子宫动脉宫体支结扎可以在术中有效止血,并且术后能迅速建立侧支循环,避免子宫坏死,并且不影响子宫的正常功能^[3]。当前针对宫腔纱布填塞止血还存在一定的争议,有人认为这种方法不符合子宫复旧生理,并且可能存在隐匿性出血或者并发严重感染。也有很多研究表明,宫腔纱布填塞对术中止血可起到一定的功效,并且方便、快捷^[4]。与时兴的球囊止血相比,纱条成本更低,

更易于患者接受,而球囊则价格昂贵,增加患者的经济负担。本次实验表明,采用宫腔纱布填塞止血的实验组患者治疗总有效率为 98.1%,相比于子宫动脉结扎止血的对照组的 81.6% 更高 ($P < 0.05$)。实验组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量更短,组间比较差异显著 ($P < 0.05$)。本次实验类似于曾月娥^[5]的实验结果。需要注意的是,宫腔填塞纱条的正确操作对于保证止血效果和防止并发症起着关键的作用,填塞时要确保纱条均匀填塞,不留空隙,严格消毒灭菌,注意填塞顺序,已置于阴道端的纱条严禁经宫颈抽回宫腔。

综上所述,对剖宫产术中出血患者给予宫腔填塞纱条止血可获得较好的止血效果,且操作简便,经济实用,填塞物留置时间短,具有显著的临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 梅巧娣. 宫腔填塞纱条在剖宫产术中止血 84 例分析 [J]. 中外医疗, 2017, 36(14):66-68.
- [2] 张启欣. 子宫动脉上行支结扎与宫腔纱条填塞在前置胎盘剖宫产中的联合应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(21):94-95.
- [3] 张彩宇. 改良宫腔纱条填塞联合药物治疗前置胎盘剖宫产术中出血的临床研究 [J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(6):36-37.
- [4] 宋丽萍, 王慧青. 宫腔填塞纱条治疗 70 例剖宫产术中大出血临床分析 [J]. 中国实用医药, 2012, 07(5):111-112.
- [5] 曾月娥. 宫腔纱条填塞治疗剖宫产术中出血 78 例的临床疗效 [J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(14):1119.

(上接第 43 页)

折部位治愈时长 (37.5 ± 2.6) d, 关节功能恢复时长 (5.4 ± 1.2) w, 明显短于参照组 (48.7 ± 1.7) d, (8.8 ± 1.1) w。表明手术切开复位内固定在高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折病例中的应用效果, 比手法复位外固定疗法更显著, 具体表现如下。

高龄骨质疏松性骨折属于粉碎性骨质中的一种, 临床对其施以手法复位外固定治疗, 常常会引发创伤性的关节炎, 且石膏长期外固定, 对患者腕关节的活动会造成较大的影响, 严重的会使得各个关节僵硬、纤维化, 从而使骨质疏松更加严重。而对高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折病例施以手术切开复位内固定术, 对于骨折部位起到较好的固定作用, 同时还能促进患者关节解剖结构的恢复, 特别是恢复桡骨的长度。当前, 在临床医疗技术水平不断提升的大环境下, 临床对桡

骨远端骨折患者治疗时, 桡骨远端加压钢板锁定固定材料的应用较多, 且临床疗效也较显著。

综上所述, 为改善高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者病情, 以手术切开复位内固定疗法为首选, 此种方法可在提升临床治疗优良率的基础上, 改善关节功能, 建议推荐。

[参考文献]

- [1] 于俊. 手术治疗老年桡骨远端不稳定型骨折的疗效观察 [J]. 中国药物与临床, 2015, 24(2):271-273.
- [2] 何建明. 掌侧锁定加压钢板对桡骨远端不稳定骨折的治疗效果 [J]. 浙江实用医学, 2016, 21(5):344-346.
- [3] 潘顺虎. 手术与石膏外固定治疗桡骨远端不稳定骨折效果对比 [J]. 现代养生 (下半月版), 2016, 11(10):87.

(上接第 44 页)

3 讨论

肝脏解剖其实就等同于肝血管解剖, 将三维重建技术应用于肝脏外科中, 可有效避免术后血运障碍风险。门静脉负责肝脏 70% 以上的血供, 其变异情况非常常见。因此, 行肝脏外科手术前, 必须正确掌握门静脉的变异情况。正常情况下, 门静脉主干三分叉变异并不会对手术造成影响, 但若是右前支与左支共干变异, 则在行肝左叶切除术时容易出现误扎, 继而造成肝脏局部坏死^[3]。肝静脉的变异情况也极为多见, 肝切除术后静脉引流不顺会造成肝功能不全, 所以在行腹部手术前, 应全面掌握肝静脉各分支的解剖情况, 这对提升手术成功率起到了关键作用^[4]。部分特殊的肝静脉更应引起高度重视, 如 IV 段静脉, IV 段肝脏在缺乏 IV 段静脉时主要利用肝中静脉引流, 存有 IV 段静脉时则主要通过 IV 段静脉引流, 因此在行肝切除术时同时切掉肝中静脉并不会影响 IV 段肝脏的血液回流^[5]。

综上所述, 个体化肝静脉、门静脉三维重建在肝脏外科中具有较高的应用价值, 可于术前准确评估肝静脉、门静脉的变异情况, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 张永祥. 个体化肝静脉、门静脉三维重建在肝脏外科中的应用 [D]. 南方医科大学, 2013:1-108.
- [2] 唐辉, 洪健, 江鹏, 等. CT 数据三维重建在肝脏肿瘤外科中的应用 [J]. 中国数字医学, 2013(3):87-89.
- [3] 游锦华. 数字化肝静脉分型及其在肝脏肿瘤外科中的应用研究 [D]. 南方医科大学, 2012:1-98.
- [4] 项楠, 方驰华, 范应方, 等. 三维可视化技术联合 3D 腹腔镜在肝胆外科的应用 [J]. 中华消化外科杂志, 2014(4):306-309.
- [5] Shimizu A, Kobayashi A, Yokoyama T, et al. Hepatec to my preserving drainage veins of the posterior section for liver malignancy involving the right hepatic vein: an alternative to right hepatec to my. Am J Surg. 2012;204(5):717-723.