



· 临床研究 ·

桡骨远端 C 型骨折石膏外固定与切开复位内固定的疗效对比

郭勇刚 (桃源县中医医院 湖南桃源 415700)

摘要: **目的** 对比分析桡骨远端 C 型骨折石膏外固定与切开复位内固定的疗效。**方法** 病例筛选 2016 年 5 月份-2018 年 1 月份收治的桡骨远端 C 型骨折的患者, 筛选 92 例参与本次研究, 按照治疗方式的不同分成两组, 外固定组采用石膏外固定, 内固定组采用切开复位内固定, 对两组患者进行 3 各月的跟踪随访, 比较两组患者治疗效果以及各项指标情况。**结果** 两组进行 3 个月的跟踪随访, 切开复位内固定组治疗优良率为 93.62%, VS 外固定组 80.00% 有差异, $P<0.05$, 有统计学意义。切开复位内固定组经治疗后关节的恢复各项活动指标较外固定组均恢复较好, $P<0.05$, 有统计学意义。**结论** 桡骨远端 C 型骨折两组治疗中采用切开复位内固定对患者的关节功能恢复较好, 大大提高患者生活质量, 值得临床推广。

关键词: 桡骨远端 C 型骨折 石膏外固定 切开复位内固定 疗效

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 17-076-02

桡骨远端骨折是骨科常见骨折情况, 其中 C 型为常发型, 临床对于骨折的治疗方式较多, 对于患者的后期恢复, 生活学习的影响将至最低是临床治疗中的首要原则, 一旦治疗不当容易造成患者出现关节僵硬、疼痛等, 严重的则容易发生畸形等问题, 所以选择合适的治疗方式对患者的治疗效果具有积极的意义^[1]。本文对比分析桡骨远端 C 型骨折石膏外固定与切开复位内固定的疗效, 病例筛选 2016 年 5 月份-2018 年 1 月份收治的桡骨远端 C 型骨折的患者, 筛选 92 例参与本次研究, 现将研究整理如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

病例筛选 2016 年 5 月份-2018 年 1 月份收治的桡骨远端 C 型骨折的患者, 筛选 92 例参与本次研究, 按照治疗方式的不同分成两组, 外固定组 45 例, 年龄 27 岁到 79 岁, 平均年龄 (51.14 ± 2.31) 岁; 男性占 25 例, 女性占 20 例。内固定组 47 例, 年龄 29 岁到 80 岁, 平均年龄 (52.09 ± 2.14) 岁; 男性占 26 例, 女性占 21 例。对两组的基本信息情况进行收集进行统计分析, $P>0.05$, 无统计学意义。

1.2 临床筛选标准

纳入标准: 患者知情且同意; 患者确诊为桡骨远端 C 型骨折。

排除标准: 伴有精神、意识障碍, 无法正常交流沟通; 患者肝功能、肾功能、凝血机制有严重障碍; 患者伴有其他恶性肿瘤以及心脑血管严重疾病; 患者伴有治疗禁忌症。

1.3 方法

内固定患者实施手术切开复位内固定治疗, 手术操作术前对患者的骨折情况拍摄 X 线片, 确定手术切口位置; 手术采用实施全身麻醉或者臂丛神经麻醉, 根据患者骨折的位置在桡骨远端掌侧或者背部做长度大约为 9cm 的手术切口, 逐层切开皮肤层, 筋膜层, 然后分离桡侧腕屈肌及掌长肌, 将正中神经及其他肌腿朝向尺侧拉近, 充分暴露骨折的部位, 在直视的术野下进行骨折手法复位, 复位满意后, 根据患者的情况采用 L、T 型钢板进行固定,

针对于重度骨质疏松的患者, 应实施锁定加压钢板治疗, 针对于骨缺损的患者, 应用植骨术然后再进行复位操作, 在 C 型臂 X 线机对患肢进行透视, 无异常后缝合切口, 术后对患者进行相关的功能康复锻炼^[2]。

外固定组采用手法复位石膏外固定进行治疗, 首先, 线对患者进行利多卡因局部麻醉, 随后进行牵引复位, 复位完成后, 在患者的患侧前臂实施石膏固定, 并且根据患者的情况进行塑形, 在 X 线下观察复位情况, 满意后采用患肢悬吊, 叮嘱患者及时复诊, 治疗后 5 周左右, 根据 X 线情况予以石膏拆除。

1.4 临床观察指标

对两组患者进行 3 各月的跟踪随访, 比较两组患者治疗效果以及各项指标情况, 包括尺偏角、桡偏角、腕掌屈度、腕背伸度、前臂旋后、前臂旋前情况。

1.5 临床指标判定

患者治疗效果判定经治疗后, 跟踪随访骨折愈合情况较好, 无畸形发生, 关节活动不受限制, 对工作, 生活无影响, 判定为优; 跟踪随访骨折愈合情况较好, 无畸形发生, 关节活动部分受限制, 对工作, 生活无严重影响, 判定为良; 跟踪随访骨折愈合情况一般, 存在畸形愈合, 偶有疼痛, 对工作, 生活有一定的影响, 判定为可; 跟踪随访骨折愈合情况较差, 存在畸形, 伴有持续疼痛, 对工作, 生活有严重影响, 判定为差。

1.6 统计方法

研究中对于相关指标的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 体现, t 值对组间独立样本检验; 效果指标计数资料采用率(%)体现, 使用 χ^2 检验, 统计学软件采用 SPSS20.0 软件, $P<0.05$, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后相关指标比较

切开复位内固定组经治疗后关节的恢复各项活动指标较外固定组均恢复较好, $P<0.05$, 有统计学意义。见表 1。

表 1: 两组治疗后相关指标比较

组名	例数	腕掌屈度 (°)	腕背伸度 (°)	前臂旋前 (°)	前臂旋后 (°)	桡偏角 (°)	尺偏角 (°)
内固定	47	46.02±11.28	42.09±10.97	83.29±15.83	75.79±17.38	18.19±5.27	22.07±10.79
外固定	45	39.18±10.75	37.79±10.11	73.28±11.25	70.11±15.09	15.03±3.18	19.89±9.18
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组跟踪治疗效果对比

表 2: 两组跟踪治疗效果对比

组别	例数	优	良	可	差	优良率 (%)
内固定	47	32	12	3	0	44 (93.62%)
外固定	45	20	16	7	2	36 (80.00%)
χ^2						11.783
P 值						$P<0.05$

两组进行 3 个月的跟踪随访, 切开复位内固定组治疗优良率为 93.62%, VS 外固定组 80.00% 有差异, $P<0.05$, 有统计学意义。见表 2。

3 讨论

桡骨远端骨折是常见的骨折情况, 近几年随着交通业, 建筑业的告诉发展, 骨折发生率呈现逐年上升的趋势。临床对于桡骨远端骨折骨折治疗的方式较多, 固定的类型也较多, 若在处理时不够谨慎, 导致复位或固定效果不理想, 能够造成骨折畸形愈合、机体

(下转第 78 页)



以促进消化保护我们的胃粘膜。但是最重要的还是平时要注意饮食规律,不要给我们的胃增添太多负担。近年来我国消化性溃疡的发病率不断增高,消化性溃疡病情严重时可能会导致出血和穿孔的发生,影响患者的生命安全。所以,一旦发现,就要及时的治疗,不要延误。随着三联治疗方案的推广应用,消化性溃疡患者的HP抗药性逐渐增强,导致该治疗方案往往难以取得预期效果^[4]。序贯治疗应用于消化性溃疡,主要是按照不同的时间顺序服用抗生素,可积极促进溃疡的愈合,并有助于HP根除率的提高。通过本文的比较分析,结果显示,序贯治疗的临床疗效、HP根除率高于三联疗法,反酸、嗝气、腹痛、腹胀症状的改善都比三联疗法效果好,差异有统计学意义。这种可能性应该是,在序贯治疗的前一周,在破坏HP的细胞壁方面阿莫西林可发挥有效作用,并使消化道内细菌负荷量减少,阻止克拉霉素流出通道的形成,细菌对克拉霉素的敏感性增加;而在治疗的最后一周,克拉霉素的应用可对细菌细胞核酸产生直接作用,蛋白质的合成受到抑制,HP根除率得到提高^[5]。并且序贯治疗方法不仅延长了治疗的疗程,还使得根除HP更为彻底。这个实验研究的HP根除率为100%,而有研究显示,当消化性溃疡的患者HP的根除率>80%时就能有效促进溃疡的愈合^[6]。

4 结论

通过以上比较,可以明显得出结论,序贯治疗对消化性溃疡有明显的治疗效果,患者临床症状得到显著缓解,可在临床更多应用。

(上接第75页)

引发糖尿病和脑血管疾病均呈现明显上升趋势。而从患者昏迷特点来看,多数患者均表现出呼吸节律失常以及显著的瞳孔变化,患者均存在角膜反射以及闭眼反射等眼球运动,同时伴随面瘫和肢体瘫痪等一系列运动反应^[3]。对于神经内科昏迷患者的具体原因进行明确诊断,并据此制定患者的抢救和治疗方案。接诊患者后首先需要对其昏迷状态实施评估,判断其是否存在昏迷和昏迷程度。目前临床中应用比较广泛的方式是格拉斯昏迷指数评分,将患者运动睁眼和说话等相关基本动作反应作为评估指标。若患者评分小于7分时则提示患者为昏迷^[4]。如若患者评分小于3分则提示其预后效果不佳。随着患者评分分值越低,表示其昏迷程度也越严重,同时病情风险也越高。这也是对患者后续的抢救治疗工作及方案拟定的重要参考依据。由于神经内科昏迷患者完全失去意识,对其病情判断主要依据两方面,首先是关键性生命体征,包括心电图以及颅脑CT等。第二是针对患者昏迷的具体病因机制进行分析,例如患者为高热症状时,可考虑属于肺炎或脑膜炎^[5]。如患者高热且无汗则可怀疑为抗胆碱能药物中毒或者中暑。

(上接第76页)

功能障碍或机体残疾等不良后果,使患者的生活质量下降严重。

本次研究中实施的切开复位内固定和石膏外固定是常见的治疗方式,其中石膏外固定具有操作简单,降低并发症发生等优势;但是石膏外固定的稳定性一般,若患者不注意,容易造成二次伤害或者畸形。手术切开复位内固定,施术者可以在直视的情况下,全面查看患者的骨折情况,进行手法复位,可以有效的观察患者内部结构,其恢复效果更佳,尤其是不稳定性骨折患者,其治疗效果要高于非手术治疗,但是手术对患者的影响较大,需要在术后对患者实施相关护理^[4-5]。

本次研究结果说明桡骨远端C型骨折两组治疗中采用切开复位内固定对患者的关节功能恢复较好,大大提高患者生活质量,值得临床推广。但是对于年纪较大的患者,容易合并多种其他疾病,手术治疗不一定适用,术后功能的恢复要求不高;但是年纪

近年来,实验和临床研究表明,消化性溃疡的形成和发展,与胃酸和胃蛋白酶在胃液中的消化有关。胃酸分泌过多、幽门螺杆菌感染和胃粘膜保护减弱是引起消化性溃疡的主要因素。胃排空延迟与胃肠肽作用、胆汁反流、遗传因素、环境因素、精神因素和药物因素都有关系,这些因素均与消化性溃疡的发生有关。因此,我们不应该空腹上班、空腹睡觉。在短时间(2-4周)内将溃疡愈合至瘢痕期并不困难,但关键是防止溃疡复发。复发性溃疡发作危害更大。戒除不良习惯,减少吸烟、酗酒、辛辣等刺激,对促进溃疡愈合和减少复发有积极作用。

参考文献

- [1] 钱英,黄丽萍,金娟.综合治疗幽门螺杆菌感染性溃疡的疗效观察[J].中华医院感染学杂志,2013,23(21):5178-5180.
- [2] 叶任高,陆再英.主编.内科学.第6版.北京:人民卫生出版社,2004,384-392.
- [3] 秦玉侠,罗井书,孙长红.10d序贯和标准三联疗法根除幽门螺杆菌疗效比较[J].蚌埠医学院学报,2013,38(9):1144-1146.
- [4] 余韩波,陈文景,吴焕春,等.十天序贯疗法根除幽门螺杆菌的临床研究[J].中国基层医药,2014,21(13):1151-1152.
- [5] 陆青峰,孙绘.序贯方案在幽门螺杆菌阳性消化道溃疡患者中的应用效果研究[J].现代诊断与治疗,2014,25(19):4497-4498.
- [6] 陈建新.序贯治疗对消化性溃疡内镜表现及HP根除率的影响[J].山西职工医学院学报,2015,25(5):23-25.

同时在诊断过程中,需要详细向患者家属了解患者既往用药情况和病史,在此基础上结合患者洗胃取样、血液化验结果以及腰穿脑脊液检查结果等,能够进一步提升临床诊断准确性。

综上所述,对于神经内科昏迷患者,实施诊断和治疗时需要综合医学分析,详细了解患者病情,迅速作出明确诊断并采取对症治疗,可进一步提升患者成功治愈率。

参考文献

- [1] 石丽娜.分析神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会[J].中国实用医药,2018,13(07):63-64.
- [2] 钟小劲.神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会[J].中国现代药物应用,2018,12(09):20-21.
- [3] 王金芳.神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会[J].大家健康(学术版),2015,9(07):76-77.
- [4] 霍瑞峰,管翠玲,吕方园.神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(44):8751-8752.
- [5] 温岳峰.神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会[J].临床医学研究与实践,2017,2(25):23-24.

较轻的患者由于需要工作级学习的需求,对术后的功能要求较高。所以临床治疗方式的选择应结合患者的实际骨折情况以及患者的身体承受能力等选择治疗术式。

参考文献

- [1] 王金枝.外固定支架治疗桡骨远端粉碎性骨折的护理体会[J].中国实用医药.2012,7(3):221-222.
- [2] 曾昊.锁定加压钢板内固定治疗中老年女性桡骨远端粉碎性骨折[J].吉林医学,2014,06:1156
- [3] 袁义伦,苏建敏,侯江伟,等.桡骨远端骨折钢板内固定与外固定架固定的疗效比较[J].中国医药指南,2011,9(13):242-243.
- [4] 陈飞,杨林,杨成胜.克氏针立体交叉固定治疗桡骨远端粉碎性骨折疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(2):44.
- [5] 张晓荣.两种手术方法治疗不稳定桡骨远端骨折的比较[J].中外健康文摘,2014,(18):92-93.