



· 临床研究 ·

浅谈桡骨远端骨折的治疗

陈 实 (贵阳医学院第二附属医院骨科, 556000)

摘要: 桡骨远端骨折是指距桡骨远端关节面 3cm 以内的骨折, 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。针对该骨折的分型多种多样, 治疗上是方法各异, 本文从判断骨折是否稳定以及关节外骨折和关节内骨折入手, 分析不同的治疗方法所对应的适应症, 对桡骨远端骨折作相应的回顾。

关键词: 桡骨远端骨折 关节内骨折 远端关节面 桡腕关节

中图分类号: R683.41 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-056-02

Abstract: The fracture of the distal radius is within the distal aspect of the radius within 3cm. It is one of the most common injuries in elderly patients with osteoporosis in clinic. According to the fracture type variety, the treatment method is different. The analysis of the different methods of treatment indications Judging from the fracture stability and extra articular fractures and intra-articular fracture. There is a distal radius corresponding review of the fracture.

Key words: the fracture of the distal radius intra articular fracture the distal articular surface radiocarpal joint

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%。桡骨远端骨折的最终治疗的选择, 需要考虑生活方式及工作、手便利、以及年龄等因素, 是根据患者的需要和骨折的特点选用合适的治疗方案。

治疗方法取决于骨折是否稳定。对于无移位的稳定骨折或有移位复位后可维持稳定的骨折, 宜采用闭合复位石膏(夹板)外固定; 骨折原始移位存在掌倾角向背侧倾斜 $>20^\circ$, 骨折端背侧缘粉碎, 桡骨缩短 5mm 或更多, 关节内粉碎骨折, 关节面移位 $>2\text{mm}$, 合并有尺骨骨折多提示骨折不稳定, 应考虑手术治疗^[2]。从 AO 分类角度讲, A 型和 B1 型骨折首选闭合复位石膏外固定; 对 B 型和 C1 型骨折在手法复位不满意的情况下首选切开复位斜 T 形钢板内固定; 对 C2 型和 C3 型骨折首选切开复位斜 T 形钢板内固定, 干骺端粉碎无法进行钢板内固定时, 采用切开复位外固定架固定术, 并视术中情况决定是否加用其它的固定或植骨。

治疗方法

1 闭合复位石膏外固定

闭合复位石膏或夹板外固定是大多数桡骨远端骨折的主要治疗方法之一。针对于儿童或中老年人发生的低能量损伤、关节外骨折或累及关节面无移位的患者。对于内在稳定性骨折(没有移位或者轻度移位或者嵌插型), 我们一般认为应行闭合复位石膏固定, 对于是否超出肘关节固定, 目前研究发现两者都不会明显影响功能效果^[3]。手法复位时注意恢复桡骨的高度, 其次为掌倾角, 再次为尺偏角。骨折手法复位后, 根据骨折类型采用不同的固定体位。固定 3 周后改成腕关节中立位固定至 6 周。复位后应密切复查。但石膏或夹板固定容易出现再次移位, 固定失败, 出现关节僵硬, 压疮及缺血性肌挛缩等并发症。

2 经皮穿针

针对不稳定性关节外骨折, 选用经皮穿针以及石膏固定合用, 具有一定的优势。它具有手术简单、取出容易、较少影响肌肉功能等特点。对于不同类型的骨折可有不同的穿针技术, 穿针部位有桡骨茎突处穿针, 如 Uhl 技术(1976 年); 尺骨茎突下进针横穿尺桡骨, 如 Rayhaek 技术(1989 年); 经过下尺桡骨关节穿针, 如 Uhl 和 Rayhaek 技术; 经过骨折间隙进针, 如 Kapandji 技术(1976 年)。方法是分别通过小切口进针, 将克氏针插入, 经杠杆作用复位, 针尾埋于皮下,

石膏外固定, 6 周后拔针, 该技术有出现钉道感染、退针等并发症。

3 外固定支架固定

外固定支架能持续维持骨折端轴向牵引, 克服重叠移位甚至嵌插, 及其它不利于稳定的因素, 从而有效地防止畸形的发生, 直至骨折愈合。主要针对不稳定的关节外骨折, 同时伴有软组织损伤, 一般常常是结合其它的外固定技术一起使用, 在后文中将会提到。前瞻性研究发现在维持骨折的位置和腕关节的功能上, 外固定支架有较闭合复位石膏固定明显的优势, 对于动力的外固定有更高的复位再移位率, 因此一般还是选用静力型外固定。一般选用较多的是经皮穿针和外固定支架固定技术, 注意钉道对皮肤的张力问题。在部分关节外骨折和某些累及下桡尺关节的骨折, 可采用关节周围方式的外固定支架, 即将支架远侧的穿针部位选择在桡骨远端骨片, 近侧选择在桡骨骨干至少距骨折线 3~4cm 处。在伴有桡腕关节损伤的关节内骨折和某些下桡尺关节损伤的关节内骨折, 外固定架需超关节应用。远侧穿针部位选择在第 2 掌骨, 近侧与关节周围骨折的应用方式相同。

4 切开复位锁定钢板固定

针对关节面有骨折或者塌陷、关节内的三部分或四部分的骨折, 可以有效的恢复关节面的支撑, 早期的活动关节及手指。常用的手术切口有: 掌侧切口、背侧切口、桡骨茎突切口。固定于桡骨远端背侧的钢板引起伸肌腱磨损或断裂的概率很高, 背侧切口也容易损伤桡神经浅支或桡动脉的分支, 当其向尺侧延长时, 尺神经手背支也极易损伤, 及肌腱炎, 肌腱断裂等并发症。如将钢板放在掌侧, 减少腕背侧软组织的损伤和瘢痕形成, 有利于术后腕关节功能的恢复, 掌侧入路也同样适用于多数原始移位的骨折和粉碎部位在背侧的骨折。目前倾向于选择掌侧切口。LCP 内固定生物力学稳定性好, 能维持至骨折愈合, 比较适合骨质疏松的骨折病人。

5 钢板内固定加外固定支架固定

一般系高能量的损伤, 针对关节内的粉碎性骨折或者五部分骨折, 以及部分合并有桡腕关节损伤。通常钢板形成掌侧或背侧支撑后, 外固定支架恢复和维持桡骨长度及相应的关节间隙, 一般外固定支架跨关节固定六周后, 将支架改为活动型, 可作腕关节功能训练。

6 腕关节镜辅助下复位固定

腕关节镜下能直视关节面的分离和错位, 同时还能检查腕关节韧带。并且对可能同时存在的腕关节韧带损伤、腕关

(下转第 58 页)



慢静脉注射,而后改为给患者静脉点滴。对于频发又严重的癫痫患者,转诊上级医院进行手术治疗。

3.4 心脏骤停引起的昏迷

心脏骤停会引起大脑缺氧继而引发昏迷现象,心脏骤停的发生原因有很多种,譬如心脏疾病、剧烈运动的过激反应、高血钾或低血钾以及其他类型的电解质异常、哮喘、药物中毒等都会引发心脏骤停的现象,这种现象本身就有极高的几率造成患者死亡,并且其引发的昏迷大多数都是由于大脑缺氧或缺血导致的,而这种缺血或缺氧的状况如果不能快速缓解,就会导致脑损伤或者脑死亡,这都是致命的。

对于心脏骤停引起的昏迷,首先对患者的呼吸和心跳进行检查,如果患者的心跳停止那么就必须对患者采取心肺复苏以及强心针注射,让患者拥有正常的呼吸,并且同时利用高纯度氧气对患者的呼吸系统进行氧气供应,不过需要注意

的是在患者恢复自主意识或者是呼吸正常之前是不能对患者进行供氧的,否则很可能造成患者呛气,从而可能对患者造成生命危险。患者在心跳骤停的情况下,大脑皮层只能维持4到6分钟的时间,这是对患者的黄金抢救时间,一旦过了这个时间患者就会出现脑死亡的情况。因此,对于心脏骤停的患者抢救一定要及时并且有效,争取在最短的时间恢复患者的呼吸从而使得患者的大脑得到血和氧的供给。在患者呼吸恢复之后,要对患者的身体进行一系列的抽血检测根据患者自身的情况对患者进行药物治疗。

参考文献

- [1] 沈洪. 急诊医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:160.
- [2] 黄春艳. 癫痫持续状态的临床护理体会[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(02):242-243.

(上接第55页)

相比较对照组而言,观察组的治疗总有效率明显较高,组间比较差异显著($P<0.05$),如表2。

3 讨论

急性脑梗死具有复杂的发病机制和病因,主要指的是因为脑血流障碍使脑组织长时间处于缺氧、缺血状态,损伤线粒体功能,使神经细胞能量代谢障碍,逐渐消耗ATP,离子代谢失调,增加自由基生成,破坏细胞膜结构,增加细胞膜通透性,使神经元死亡^[1]。所以临床上在对急性脑梗死进行治疗时,尽快改善缺氧缺血状态的其中的一个关键环节。尤瑞克林作为一种人尿中激肽原酶,激肽原酶可以对体内的激肽原进行水解,产生大量的激肽,激肽对血管内皮细胞上的激肽受体产生直接作用后,生成大量的前列环素和一氧化氮,使血管舒张,对新生血管形成起到积极的促进作用,对氧化应激进行抑制,对细胞凋亡进行抑制^[2]。临床研究资料表明,尤瑞克林可以对神经干细胞分化和增殖起到积极的促进作用,使皮层梗死周围的血管密度提高,使缺血区软脑膜血管舒张,有助于梗死灶周围再生血管。高压氧作为一种物理疗法,可以将氧分压提高,使机体内血氧含量增加,使脑组织的缺氧状态得到改善,使无氧糖酵解减轻,使患者的早期缺血得到改善,有助于恢复患者的神经功能^[3]。同时,高压氧可以对脑组织的低氧状态进行纠正,使有氧代谢恢复,生成大量的ATP,使 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶损伤减轻,给予组织细胞能量,使脑细胞功能得到保护^[4]。此外,高压氧可以使有氧代谢增加,使

酸性有害代谢产物生成减少,有助于缺血组织建立侧支循环,对毛细血管再生起到积极的促进作用,恢复缺血半暗带的可逆神经细胞功能,使病程缩短,降低致残率^[5]。在本次研究中,观察组的总有效率为96.61%,明显高于对照组的74.58%,并且与对照组比较,观察组的NIHSS评分改善明显,治疗效果较好,这一结果与薛广团^[6]等研究报道一致。

综上所述,临床上给予急性脑梗死患者尤瑞克林和高压氧联合治疗,可以改善患者的神经功能,提高治疗效果,值得推广。

参考文献

- [1] 赵春哲. 依达拉奉联合尤瑞克林治疗急性脑梗死临床分析[J]. 中外医疗, 2014, 36(9):112-113.
- [2] 孙琦, 李鸿梅. 急性脑梗死患者行尤瑞克林与依达拉奉联合治疗的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 23(2):126-127.
- [3] 李珂. 尤瑞克林联合依达拉奉治疗老年急性脑梗死97例临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 73(9):122.
- [4] 韩征宇. 尤瑞克林联合高压氧治疗急性脑梗死的临床疗效[J]. 中外医学研究, 2015, 30(3):6-8.
- [5] 黄忠文. 尤瑞克林联合奥扎格雷钠治疗急性脑梗死疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 12(5):31-33.
- [6] 薛广团, 马超颖, 李柱. 疏血通注射液联合尤瑞克林治疗急性进展性脑梗死的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2012, 23(8):7-8+11.

(上接第56页)

节不稳定、关节软骨损伤或三角纤维软骨盘(TFCC)损伤等进行探查、修补和清理,但该方法具有其局限性。

7 人工腕关节置换

人工腕关节逐渐被应用于临床,因腕关节严重创伤、关节僵硬和严重创伤性关节炎的患者提供了一种可供选择的新方法。

8 骨或骨替代物移植问题

桡骨远端骨折属松质骨骨折,常有干骺端骨缺损,尤其是老年骨质疏松明显的病人。作骨移植的适应证有:严重的粉碎性骨折,干骺端压缩,复位后存在缺损,关节面有下沉倾向者;严重的骨质疏松,容易造成各种内固定物松动而引起骨折再移位或畸形愈合者。植骨的目的是为关节内骨折块提供支撑,诱导骨生长,促进骨愈合,减少外固定时间,为尽早开始功能锻炼、减少并发症创造条件。但是,关于多大

的缺损需要植骨尚无统一的标准。目前自体松质骨被认为是最佳的骨移植,具有良好的骨诱导性和骨传导性,并能提供结构上的支撑。

桡骨远端骨折以往多保守治疗,近年随着观念的改变、手术治疗在临床上越来越多,对于病人功能的康复具有积极的意义。但桡骨远端骨折机制和形式的多样性,没有一种单一疗法适用于所有类型的骨折。因此,桡骨远端骨折的治疗方法一定要根据骨折的类型,并结合病人的具体情况慎重选择。

参考文献

- [1] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1285 页
- [2] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1292 页
- [3] Bruce D. Bower, Jesse B. Jupiter, Alen M. Levine, Peter G. Trafton. SKELETAL TRAUMA 1296 页