

解剖接骨板与可调式外固定架固定治疗桡骨远端骨折患者的价值体会

谢雪松 陈 实 邱志龙

湘潭市中心医院骨科二区

[摘要] 目的 研究钢板内固定与外固定架固定治疗桡骨远端骨折患者的临床效果。**方法** 选择2017年2月到2019年1月在我院治疗的桡骨远端骨折患者共60例作为本次研究的对象,随机分为两组,其中观察组30例和治疗组30例。观察组患者采取钢板内固定的方法治疗,对照组患者采用外固定架固定的方法治疗。对比治疗后两组患者的治疗效果。**结果** 治疗后,观察组与对照组患者的骨折愈合情况、腕关节功能恢复无明显差异($P>0.05$)。**结论** 接骨板内固定与外固定架均为桡骨远端骨折的治疗方法,两种方法均可以有效的促进骨折愈合,促进腕关节功能恢复情况。外固定支架操作具有时间短,出血少,微创,可调式外固定架在术后早期即进行被动关节锻炼,避免再次手术取出固定物的特点;接骨板具有直视下复位,有利于重建关节关系,术后对于骨折部位的支撑时间更长的优势。

[关键词] 钢板内固定; 外固定架固定; 桡骨远端骨折

[中图分类号] R687.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1677-3219 (2020) 02-050-02

前言

桡骨远端骨折主要是距离桡骨远侧的关节面2-3cm内发生骨折,约占骨折患者总数的1/6,发病率比较高,多见于老年人、女性^[1]。采用传统石膏复位法不能有效的固定住骨折端,愈合过程中容易出现畸形愈合等并发症,造成患者的疼痛和功能异常,从而对患者的生活质量产生严重的影响^[2]。本文针对解剖接骨板与可调式外固定架固定治疗桡骨远端骨折患者的临床效果进行研究,现做如下叙述。

1 资料和方法

1.1 基线资料

将2017年2月到2019年1月在我院诊疗的60例桡骨远端骨折患者纳入本次研究范围,随机分为观察组和对照组,30例观察组患者中,男16例、女14例;年龄21-72岁,平均年龄(53.5 ± 4.2)岁;30例对照组患者中男15例、女15例;年龄22-73岁,平均年龄(53.6 ± 4.4)岁。对比两组患者的基本临床资料,差异不太明显($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组患者采取外固定架固定治疗^[3],嘱患者仰卧,进行臂丛神经阻滞麻醉。助手协助下轴向牵引患肢,术者反折顶手法复位骨折后,透视下观察骨折复位情况。确认桡骨力线恢复,骨折端对位可,维持骨折复位。沿着掌骨中部及基底部做个纵向的切口,暴露出骨折部位,垂直于掌骨纵轴、与掌骨的额状面呈30°的方向钻孔,打进外固定针,安装远侧腕关节外固定架,尽量调整到使关节面平整,固定好接口。如手法复位后骨折不稳定,无法维持,则可予以克氏针临时固定骨折端,外固定架安装完毕后去除。观察组患者采用解剖接骨板治疗^[4],嘱患者仰卧,进行臂丛神经阻滞麻醉后,在患者的前臂桡侧做个纵向的切口,继续切开腕掌侧的韧带、旋前肌,暴露骨折部位,然后清除被骨折端压住的软组织,在只是下对骨折进行复位,调整掌倾角;根据患者的病情选择合适的钢板对骨折端进行固定,建议先固定近端,在保证关节面平整的前提下固定远端,固定之后冲洗术部位,缝

合切口。根据术后定期复查情况适当进行功能锻炼。

1.3 观察指标

观察、记录两组患者的骨性愈合时间、掌倾角及尺偏角指标,并进行对比。采用缺陷评分系统^[5](Gartland 和 Werley 腕关节评分)评估两组患者的腕关节功能的恢复情况,患者没有疼痛、残疾或者腕关节活动受限,可评为优;患者偶尔发生疼痛、无力,腕关节活动受限,可评为良;患者疼痛比较明显,腕关节功能有障碍,可评为可;患者有剧烈疼痛、肢体功能有明显的障碍,评为差。观察、记录两组患者恢复期间的畸形愈合、桡骨高度丢失、腕关节不稳定、尺骨变异、创伤性关节炎、浅表感染、神经损伤、肌腱断裂、钉扣感染、骨萎缩等并发症的发生情况。

1.4 统计学处理

采用统计软件SPSS 20.0对上述数据进行统计、分析,其中两组患者的骨性愈合时间、掌倾角及尺偏角指标结果使用“均数±标准差”的形式表达,同时将其运用t值检验;治疗后腕关节功能的恢复情况和并发症发生率结果使用“百分比”的形式表达,同时将其运用卡方值检验;结果显示为 $P<0.05$ 时,说明两组患者的上述治疗的对比有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗后两组患者的骨折愈合情况

治疗后,观察组患者的骨折愈合情况与对照组无明显地差别($P>0.05$)。详情见表1:

表1: 对比治疗后两组患者的骨折愈合情况

组别	n	骨性愈合时间 [w]	掌倾角 [°]	尺偏角 [°]
观察组	30	9.14±1.26	12.84±1.65	26.28±2.05
对照组	30	7.76±1.93	11.06±1.33	24.41±1.83

2.2 对比治疗后两组患者的腕关节恢复的优良率

治疗后,观察组腕关节恢复的优良病例数为28例,优良率为93.34%;对照组腕关节恢复的优良病例数为26例,优良率为92.67.33%。观察组患者腕关节恢复的优良率比对照组有明显地提高,差别比较大($P>0.05$)。详情见表2:

表2: 对比治疗后两组患者的腕关节恢复的优良率

组别	n	优 [n, %]	良 [n, %]	可 [n, %]	差 [n, %]	优良率 [n, %]
观察组	30	15 (50.00)	13 (43.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	28 (93.34)
对照组	30	16 (53.34)	10 (33.33)	4 (13.33)	0 (0.00)	26 (92.67)

2.3 对比两组患者的并发症发生情况

(下转第52页)

表 2: 术后 MMSE 评分对比

组别	术前	术后 4h	术后 8h	术后 12h
全身麻醉组 (G 组) n=30	28.56±2.95	22.36±2.45	26.58±2.45	28.45±2.98
全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组) n=30	29.36±2.94	18.45±2.03	21.36±2.15	22.33±2.33
t	1.0520	6.7309	8.7713	8.8614
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

术后认知功能障碍是目前老年患者术中麻醉后最容易出现的中枢神经系统常见并发症之一,该病发生机制复杂,临床研究表明麻醉过深、年龄过大、有心脑血管基础疾病、手术部位和创伤大小、术中应激反应、疼痛刺激等因素是现阶段引起术后认知功能障碍的常见和主要原因。术后认知功能障碍患者主要临床表现为语言能力减退、记忆受损、理解能力下降、焦虑、人格改变^[2]、社会融合能力减退等,因此如何避免实施手术患者术后发生认知功能障碍是目前临床麻醉科医师关注的重难点问题、且均在持续对麻醉药物的使用和

麻醉方式进行改良。

经此次研究对比显示,相对全身麻醉,全麻复合硬膜外麻醉用于老年患者上腹部手术,有利于减少镇静镇痛药物用量,可以在较浅麻醉下完成手术,同时可以减轻患者的应激反应和提供完善的术后镇痛,从而降低认知功能障碍发生的风险。

[参考文献]

- [1] 张军红, 张新红. 不同麻醉方法对老年患者术后认知功能障碍的影响 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24(2):175-176.
- [2] 廖靖华, 张援. 不同麻醉方法对老年患者术后认知功能的影响 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(16):2034-2036.

(上接第 49 页)

拉奉进入人体之后表现为阴离子的形式,利用将电子转移至自由基之中,形成的基团能够有效限制脑细胞出现过氧化的现象,并消除体内活性氧分子,避免氧化物造成的氧化性损害,避免迟发性神经元消亡,最大程度降低患者管内皮受损程度。而部分学者也通过研究正式,依达拉奉能够限制肿瘤坏死因子- α 炎类性因子的表达,缓解患者脑水肿现象,提高治疗效果。^[3]

本次实验数据显示,在治疗效果方面,实验组治疗总有效率为 93.33%,相较于对照组 (73.33%) 更高,组间数据差异显著 ($P < 0.05$)。而在神经功能缺损改善方面,实验组

治疗后神经功能缺损评分为 (11.92±3.61) 分,相较于对照组 (14.25±4.65) 分更低。可见,依达拉奉在急性脑梗死治疗工作中,其治疗效果显著,有助于改善患者神经功能缺损现象,具有临床推广价值。

[参考文献]

- [1] 吕冰洁. 尤瑞克林联合依达拉奉治疗急性脑梗死临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2015, 11(13):193-194.
- [2] 陈光容. 依达拉奉治疗急性脑梗死的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(27):43-44.
- [3] 苏克. 依达拉奉治疗急性脑梗死的临床效果观察 [J]. 海峡药学, 2017(2).

(上接第 50 页)

康复期间,30 例观察组患者中发生 1 例腕关节掌屈受限、1 例桡骨高度丢失,总并发症发生率为 6.67%;30 例对照组患者中 4 例均为桡骨高度丢失,总并发症发生率为 13.33%。从上述数据可以看出,观察组并发症发生率比对照组无明显差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

桡骨远端骨折由于常常出现关节面破坏程度严重、移位比较明显,采用石膏或夹板等保守治疗难以达到骨折愈合所需的稳定关系,容易出现骨折复位丢失,关节僵硬等并发症,患者满意度不高。接骨板内固定和外固定架固定治疗是桡骨远端骨折治疗的常用方案,特别是针对老年患者及骨折严重的患者。使用外固定支架治疗时操作时间短、出血比较少,微创,骨折愈合后直接在门诊去除支架,避免再次手术取出固定物,早期佩戴可调式外固定架还可以进行被动关节锻炼;使用钢板内固定治疗可以在直视下复位,复位质量比较高,有利于重建关节关系,预后效果比较理想,而且术后对于骨折部位的支撑时间更长。

本次研究中,观察组患者治疗后的骨折愈合情况、腕关节恢复的优良率比对照组有明显地提高,并发症发生率比对照组有明显地降低。总而言之,采取钢板内固定的方法治疗

桡骨远端骨折疗效显著,可以促进骨折愈合,提高腕关节功能恢复情况,降低并发症的发生率。

[参考文献]

- [1] 郑上团, 吴斗, 郝海虎等. 桡骨远端骨折的治疗进展 [J]. 中华骨科杂志, 2016, 36(5):314-320.
- [2] 薛天乐, 刘磊, 鲁成等. 两种手术方式治疗 C 型桡骨远端骨折的疗效比较 [J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(7):945-947.
- [3] Roseiro,L.M.,Neto,M.A.,Amaro,A. et al.External fixator configurations in tibia fractures: 1D optimization and 3D analysis comparison[J].Computer Methods and Programs in Biomedicine: An International Journal Devoted to the Development, Implementation and Exchange of Computing Methodology and Software Systems in Biomedical Research and Medical Practice,2014,113(1):360-370.
- [4] 黄政基, 姚霖航, 张晓猛等. 桡骨远端骨折不同治疗方法的研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(9):2292-2295.
- [5] Basso,T.,Klaksvik,J.,Foss,O.A. et al.The effect of interlocking parallel screws in subcapital femoral-neck fracture fixation: A cadaver study[J].Clinical biomechanics,2014,29(2):213-217.