

桡骨远端骨折手术治疗与保守治疗的临床疗效比较

王如忠

(苏州市相城区第三人民医院外科, 江苏 苏州 215134)

摘要: **目的** 探讨桡骨远端骨折患者应用保守治疗与手术治疗的效果。**方法** 选取苏州市相城区第三人民医院2019年1月至2020年6月收治的138例桡骨远端骨折患者作为研究对象,并将其按随机数字表法分为对照组(69例,给予手法复位石膏外固定保守治疗)与观察组(69例,给予切开复位内固定术手术治疗)。对比两组患者治疗前、治疗后3个月骨折部位与腕关节尺侧疼痛评分、腕关节活动度;对比两组患者治疗后相关并发症发生率。**结果** 治疗后3个月两组患者骨折部位与腕关节尺侧视觉模拟疼痛量表(VAS)评分均较治疗前显著下降,且观察组下降幅度较对照组显著增大(均 $P<0.05$);治疗后3个月,两组患者掌屈、背伸、桡偏、尺偏、旋前、旋后活动度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组患者并发症总发生率较对照组显著下降($P<0.05$)。**结论** 桡骨远端骨折患者应用手术治疗的效果更加确切,有助于减轻患者疼痛,降低患者术后并发症发生率,值得临床推荐应用。

关键词: 桡骨远端骨折;手术治疗;保守治疗;关节功能;疼痛

中图分类号: R683.41

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.18.0072.03

桡骨远端骨折是临床中比较常见的一种骨折类型,如果不采取及时的治疗措施,则会导致患者腕关节僵硬疼痛,从而使手部功能受到影响。目前临床上针对桡骨远端骨折多采用保守治疗与手术治疗。保守治疗方法主要有夹板外固定、手法复位石膏外固定等,可取得良好的效果,但易引发一系列并发症,如愈合不及时、愈合不完善等。相较于保守治疗,手术治疗更加精准、牢靠,能够精细解剖骨折部位,进而予以针对性复位,不仅可以取得良好的临床效果,加快患者关节功能恢复,同时还可减少相关并发症,临床应用价值更高^[1-2]。基于此,本研究探讨了手术治疗与保守治疗桡骨远端骨折患者的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取苏州市相城区第三人民医院2019年1月至2020年6月收治的138例桡骨远端骨折患者作为研究对象,并将其按随机数字表法分为对照组(69例)与观察组(69例)。对照组中男、女患者分别为38、31例;年龄25~67岁,平均 (57.36 ± 3.54) 岁;AO分型:A2型9例,A3型10例,B1型9例,B2型11例,B3型9例,C1型9例,C2型12例;重物砸伤23例,交通伤30例,摔伤16例。观察组中男、女患者分别为39、30例;年龄26~76岁,平均 (57.14 ± 3.38) 岁;AO分型:A2型10例,A3型9例,B1型10例,B2型10例,B3型11例,C1型10例,C2型9例;重物砸伤21例,交通伤31例,摔伤17例。两组患者一般资料进行对比,差异无统计学意义($P>0.05$),组间可进行对比分析。纳入标准:符合《临床诊疗指南:骨科分册》^[3]中桡骨远端骨折的诊断标准者;均为新鲜闭合性骨折;腕关节疼痛明显,活动受限者等。排除标准:

开放性骨折者;双侧桡骨畸形者;合并腕骨缺损、神经损伤者。患者及其家属知情同意本研究并签署知情同意书,研究在苏州市相城区第三人民医院医学伦理委员会审核批准下实施。

1.2 方法 对照组患者采用保守治疗,即手法复位石膏外固定,操作如下:患者取仰卧位,用束带固定,给予手法复位,即复位患者肌肉、韧带组织,之后进行骨折复位,并用石膏固定。在石膏固定期间,指导患者进行掌指关节活动,以免关节僵硬,固定4~6周后复查,拆除石膏。观察组患者采用切开复位内固定术治疗,操作如下:给予患者臂丛神经阻滞麻醉,麻醉成功后,在患者前臂桡侧作一5 cm的切口,充分暴露桡骨下端,将深筋膜切开,牵引桡侧腕屈肌腱与指屈肌,之后向桡侧牵开血管,切开旋前方肌纤维,重复暴露骨折部位,整复骨折。用小螺丝钉将小钢板固定,加压骨折端,于C臂机下确定复位情况,关闭切口。之后利用克氏针、T型钢板等适宜的内固定系统固定复位好的骨折端,完成固定,检查复位良好后,止血,缝合切口。术后指导患者进行早期功能锻炼,如手指活动、腕部活动、前臂活动,遵循循序渐进的原则。

1.3 观察指标 ①观察并统计两组患者治疗前、治疗后3个月骨折部位、腕关节尺侧疼痛评分,采用视觉模拟疼痛量表(VAS)^[4]评分进行评估,分值范围为0~10分,分值越高,疼痛程度越强烈。②将两组患者治疗前、治疗3个月腕关节活动度进行对比,包括掌屈、背伸、桡偏、尺偏、旋前、旋后。③观察并统计两组患者神经损伤、感染、畸形愈合等并发症发生情况。④分型典型病例保守治

疗与手术治疗前后的 X 线片特征。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 22.0 统计软件分析处理文中数据, 并发症发生率为计数资料, 以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 骨折部位与腕关节尺侧疼痛评分、腕关节活动度为计量资料, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 骨折部位与腕关节尺侧 VAS 评分 治疗后 3 个月, 两组患者骨折部位与腕关节尺侧 VAS 评分均较治疗前显著下降, 且观察组下降幅度较对照组显著增大, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者骨折部位与腕关节尺侧 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	骨折部位		腕关节尺侧	
		治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月
对照组	69	3.81 ± 0.73	1.92 ± 0.37*	3.62 ± 0.71	1.81 ± 0.37*
观察组	69	3.86 ± 0.75	1.25 ± 0.34*	3.67 ± 0.72	1.04 ± 0.31*
t 值		0.397	11.076	0.411	13.251
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。VAS: 视觉模拟疼痛量表。

2.2 腕关节活动度 治疗后 3 个月, 两组患者掌曲、背伸、桡偏、尺偏、旋前、旋后活动度比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

2.3 并发症 观察组患者并发症总发生率较对照组显著下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	神经损伤	感染	畸形愈合	总发生
对照组	69	3(4.35)	3(4.35)	3(4.35)	9(13.04)
观察组	69	1(1.45)	1(1.45)	0(0.00)	2(2.90)
χ^2 值					4.840
P 值					<0.05

2.4 典型病例分析 某患者, 男, 43 岁, 新鲜闭合性骨折, 腕关节疼痛明显, 活动受限, 保守治疗前 X 线片显示腕骨脱位, 远折端向掌侧移位, 掌倾角增大, 见图 1-A; 保守治疗后 X 线片显示腕骨复位, AP 间距 (桡骨掌侧缘顶点与背侧缘顶点之间的距离) 缩小, 见图 1-B。某患者, 男, 54 岁, 新鲜闭合性骨折, 腕关节疼痛明显, 活动受限, 手术治疗前 X 线片显示桡骨短缩, 桡偏, 背侧成角, 尺侧角与桡骨背侧皮质有骨折线见图 2-A; 手术治疗后 X 线片显示桡骨长度恢复, 骨折线消失, 见图 2-B。

表 2 两组患者腕关节活动度比较 ($\bar{x} \pm s$, °)

组别	例数	掌屈	背伸	桡偏	尺偏	旋前	旋后
对照组	69	39.23 ± 3.34	39.79 ± 3.78	13.46 ± 1.79	26.23 ± 2.78	70.78 ± 3.79	70.98 ± 3.67
观察组	69	39.68 ± 3.79	40.23 ± 3.23	13.68 ± 1.78	26.89 ± 2.34	71.12 ± 3.78	71.34 ± 3.23
t 值		0.740	0.735	0.724	1.509	0.528	0.612
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

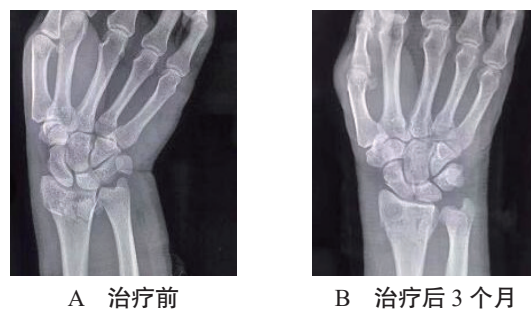


图 1 保守治疗前与治疗后的 X 线表现

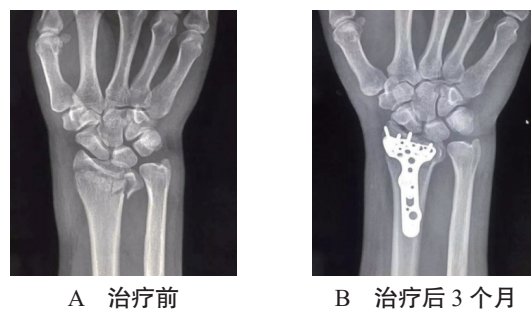


图 2 手术治疗前及治疗后的 X 线表现

3 讨论

桡骨远端骨折是临床中发病率较高的一种骨折类型, 临床治疗方案主要包括保守方法与手术方法。在保守治疗中, 手法复位石膏外固定方法应用十分广泛, 具有操作简便、治疗费用低等优势, 但复位准确率相对较差, 不仅会增加患者治疗疼痛感, 还会提高并发症发生率, 影响患者骨折愈合状况^[5]。有研究表明, 在桡骨远端骨折治疗中, 手术方法的应用效果更加确切^[6]。相较于保守治疗, 切开复位内固定术治疗桡骨远端骨折具有操作简单、安全可靠等优势。应用该手术方法治疗桡骨远端骨折患者, 不仅可以取得更加理想的复位效果, 还可使骨折周围软组织的损伤程度减轻, 改善血运不良状态, 缓解患者疼痛, 促进骨折愈合^[7-8]。本研究结果显示, 治疗 3 个月后观察组患者骨折部位与腕关节尺侧 VAS 评分均显著低于对照组; 两组患者腕关节活动度比较, 差异均无统计学意义, 表明桡骨远端骨折患者采用手术治疗或保守治疗均可取得良好的治疗效果, 但对于关节内骨折, 尤其是合并严重干骺端骨折情况下, 采用保守治疗很难恢复腕关节正常的三维结构, 导致关节应力增加, 最终可能出现关节痛或创伤性关节炎, 而采用手术治疗可明显减轻患者疼痛程度, 而促进患肢功能的恢复, 与王德军等^[9]的研究结果基本相符。相对于保守治疗, 手术治疗可起到良好的复位效果, 避免了术后

超高频电波刀在慢性宫颈炎中的应用分析

罗月芳

(溧阳市妇幼保健院妇产科, 江苏 常州 213300)

摘要: **目的** 探讨超高频电波刀(LEEP)对慢性宫颈炎患者炎症因子水平的影响与安全性。**方法** 将2017年4月至2020年4月溧阳市妇幼保健院收治的87例慢性宫颈炎患者根据随机数字表法分为对照组(43例,应用微波治疗)与试验组(44例,应用LEEP刀治疗),对比两组患者术后临床疗效、手术相关指标、术前与术后1个月炎症因子水平、术后并发症发生情况。**结果** 与对照组比,术后试验组患者临床总有效率显著升高;手术时间、术后阴道排液时间、创面愈合时间较试验组患者均显著缩短,术中出血量较对照组显著减少;与术前比,术后1个月两组患者血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏-C反应蛋白(hs-CRP)水平均显著降低,且试验组均显著低于对照组;术后试验组患者脱痂出血>月经量、瘢痕形成发生率均显著低于对照组(均 $P<0.05$),而两组患者创面感染、宫颈黏膜外翻率及腹痛发生率比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。**结论** 应用LEEP治疗慢性宫颈炎患者的临床效果更加确切,可缩短手术时间,减少术中出血量,并减轻炎症因子水平,减少术后相关并发症的发生,从而加快患者术后恢复。

关键词: 慢性宫颈炎;超高频电波刀;微波;炎症因子

中图分类号: R711.32

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.18.0074.03

慢性宫颈炎是一种临床常见病,主要表现为白带增多、接触性出血等症状,对患者身心健康与生活质量有着很大的影响。此外,有关研究报道,慢性宫颈炎是诱发宫颈癌的主要因素,因此应采取及时、有效的治疗方法,来预防宫颈癌的发生^[1]。目前,微波、冷冻、激光、药物等是慢性宫颈炎患者的常用治疗方法,其中微波治疗通过利用微波场的特殊性,可将组织蛋白凝固,促进坏死物质的吸收,但需要反复多次地进行治疗,且治愈率不高^[2]。超高频电波刀(LEEP)是一种微创、高效、安全的治疗方

法,操作简单,其利用超声波良好组织穿透性,可精准确定病变组织位置,在慢性宫颈炎的治疗中得到了普遍应用,有助于改善患者症状,提高临床疗效,且安全性良好^[3-4]。基于此,本文旨在探讨LEEP治疗慢性宫颈炎,分析其对患者临床疗效、炎症因子水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取溧阳市妇幼保健院于2017年4月至2020年4月收治的87例慢性宫颈炎患者,将其根据随

作者简介: 罗月芳,大学本科,主治医师,研究方向:妇产科相关疾病的诊疗。

畸形的发生,稳固固定后可做到早期功能锻炼,加速术后功能的恢复。同时本研究中,观察组患者并发症总发生率较对照组显著下降,表明桡骨远端骨折患者应用手术治疗的效果更加确切,可降低患者术后并发症发生率,安全性较高。

综上,桡骨远端骨折患者采用手术治疗或保守治疗均可取得良好的治疗效果,但切开复位内固定术可明显减轻患者的疼痛程度,且安全性较高。但本研究选取的研究对象样本量较少、单中心对照研究,未来可通过扩大样本量、多中心对照研究等进一步深入分析,从而为桡骨远端骨折患者的手术治疗提供可靠的参考依据。

参考文献

- [1] 陈杰,张堃,米仲祥,等.老年脆性桡骨远端骨折手术与保守治疗的疗效对比[J].西部中医药,2017,30(8):132-134.
- [2] 王甸平,蒲超,唐付林.桡骨远端不稳定骨折手术对老年患者

的疗效及PRWE评分的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2018,15(4):105-107.

- [3] 中华医学会.临床诊疗指南:骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:21.
- [4] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):273.
- [5] 彭海付.手术治疗和保守治疗应用于老年简单桡骨远端骨折患者的疗效对比[J].临床医学工程,2019,26(12):1689-1690.
- [6] 吴桂勇,刘锐,王林.手术与保守方法治疗桡骨远端骨折的随机对照研究[J].中国民康医学,2019,31(20):55-57.
- [7] 李义.保守治疗与手术治疗对桡骨远端骨折患者疼痛及腕关节功能评分的效果评价[J].中国伤残医学,2019,27(4):46-48.
- [8] 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.
- [9] 王德军,冯博懿.老年性伸直型桡骨远端骨折非手术与手术治疗的疗效评估[J].中医药学报,2017,45(4):126-128.