

桡骨远端骨折骨科诊断及规范治疗探讨

董晓斌 陈 波

宁夏银川市贺兰县人民医院 宁夏 银川 750200

摘要：目的：分析桡骨远端骨折骨科诊断及规范治疗效果。方法：选取2023年10月-2024年10月本院102例桡骨远端骨折患者开展研究，均行影像学诊断，根据治疗方法分组，其中行保守治疗者，纳入对照组，共50例，行手术治疗者，纳入观察组，共52例，比较临床疗效。**结果：**两组的旋后、旋前、尺偏、桡偏、背伸和掌屈活动度均基本一致（ $P > 0.05$ ）；观察组的SF-36评分明显高于对照组，骨折部位、腕关节尺侧VAS评分均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。**结论：**通过影像学诊断，证实为桡骨远端骨折者，建议采取手术，能减轻疼痛，提高生活质量，值得推广。

关键词：桡骨远端骨折；影像学；诊断；保守治疗；手术治疗

桡骨远端骨折患病率高，为多发骨折类型，在所有骨折中，其约占1/6，有关数据提出，针对门诊急诊骨折，该病占比达到74%^[1]。常见于青壮年、老年人。当下，该病多用影像学技术检查，如CT、MRI等，能有效检出该病。疾病一经确诊，要马上治疗，改善腕关节功能，减轻疼痛感，尽量消除不良影响。治疗该病时，主要有两种疗法，一为保守治疗，即应用外固定，同时做手法复位，花费时间长，恢复时间长，治疗时，患者疼痛显著，局限大^[2]。二为手术治疗，进行切开复位，同时结合内固定，采用该方法，能减轻疼痛，缩短骨折愈合时间，提升生活质量。手术使用率高，治疗时，患者常有抗拒、抵触心理，或受自身条件影响，对手术不耐受。本研究以桡骨远端骨折患者为对象，分析规范诊治效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年10月-2024年10月本院102例桡骨远端骨折患者开展研究，根据治疗方法分组，对照组50例，男23例，女27例，年龄为41-72岁，平均年龄（ 56.72 ± 5.28 ）岁；观察组52例，男24例，女28例，年龄为42-73岁，平均年龄（ 56.81 ± 5.22 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合桡骨远端骨折诊断标准；意识清晰；资料完整；知情同意本研究。排除标准：存在重大疾病；精神疾病；心理障碍；严重骨质疏松；骨肿瘤；感染性疾病；免疫疾病。

1.2 方法

1.2.1 影像学检查

①X线检查：进行检查时，借助X线，可显示有无脱位、骨折，能检出力线不良、静态不稳定等情况。检查

时，患者手掌朝下，将其放在水平处，令肘关节外展，与肩部同高，处于弯曲状态，呈90度角，旋转前臂及腕关节，保证为中立位，测量掌倾角、桡骨高度和尺偏角等。②CT检查：通过CT检查，能清晰呈现关节塌陷情况、移位情况和骨折块角度等，可识别隐蔽骨折，特别是舟骨窝、月骨窝等。③MRI检查：借助MRI，能精准识别肌腱损伤、软骨损伤及韧带撕裂情况等，同时能检出缺血性坏死、炎症疾病等。

1.2.2 治疗方法

①对照组行保守治疗：进行手法复位，同时采取石膏，进行外固定，选择仰卧位，采取束缚带，将其固定好，开展手法复位，处理韧带组织、肌肉等，然后复位骨折，采取石膏固定。进行固定时，开展掌指关节训练，防范关节僵硬，等待4-6周，进行复查，将石膏拆除。②观察组行手术治疗：进行切开复位，实施内固定，方法为臂丛神经阻滞，观察麻醉效果，待其成功后，选择前臂桡侧，进行切口，长度约为5cm，将桡骨下端显示出来，切开深筋膜，观察指屈肌、桡侧腕屈肌腱，对其进行牵引，朝向桡侧，将血管牵开，处于旋前方肌纤维，将其切开，显示出骨折部位，对骨折进行整复。采取小钢板，用小型螺丝固定好，对骨折端进行加压，通过C臂机，观察复位情况，将切口关闭。借助内固定系统，包括T型钢板、克氏针等，将复位骨折端固定好，将其固定后，评估复位情况，如其良好，进行止血处理，将切口缝合。后续尽早锻炼，训练手指、腕部及前臂等功能，保证循序渐进。

1.3 观察指标

评价腕关节活动度：检查旋后、旋前、尺偏、桡偏、背伸和掌屈活动度^[3]。评价疼痛程度：选择VAS量表，于不同时间，评估骨折部位、腕关节尺侧疼痛程

度, 分值0-10分^[4]。评价生活质量: 选取SF-36量表, 选择4项指标, 百分制^[5]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)表示计量, 行 t 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腕关节活动度比较

两组的旋后、旋前、尺偏、桡偏、背伸和掌屈活动度均基本一致 ($P > 0.05$)。详见表1。

表1 两组腕关节活动度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	旋后 (°)	旋前 (°)	尺偏 (°)	桡偏 (°)	背伸 (°)	掌屈 (°)
观察组	52	70.87±3.56	70.67±4.25	25.12±2.67	13.35±1.68	38.68±4.67	39.34±3.45
对照组	50	71.45±4.25	71.23±3.87	25.78±2.45	13.79±1.67	39.34±4.16	39.41±3.52
t	/	0.748	0.695	1.299	1.326	0.753	0.101
P	/	0.456	0.489	0.197	0.188	0.453	0.919

2.2 两组疼痛程度比较

分, 观察组均更低 ($P < 0.05$)。详见表2。

对比治疗后3和6个月骨折部位、腕关节尺侧VAS评

表2 两组疼痛程度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	骨折部位 (分)			腕关节尺侧 (分)		
		治疗前	治疗后3个月	治疗后6个月	治疗前	治疗后3个月	治疗后6个月
观察组	52	6.81±1.32	2.07±0.32 ^a	0.42±0.11 ^{ab}	5.71±1.14	1.64±0.18 ^a	0.30±0.09 ^{ab}
对照组	50	6.79±1.41	2.81±0.33 ^a	0.91±0.14 ^{ab}	5.77±1.10	2.24±0.16 ^a	0.87±0.12 ^{ab}
t	/	0.074	11.498	19.697	0.270	17.768	27.209
P	/	0.941	0.000	0.000	0.787	0.000	0.000

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与本组治疗后3个月比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组生活质量比较

见表3。

对比各项SF-36评分, 观察组均更高 ($P < 0.05$)。详

表3 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	总体健康 (分)		精神状态 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52	67.47±5.55	95.24±4.65 ^a	67.26±5.77	94.29±3.86 ^a
对照组	50	67.25±5.64	90.67±4.82 ^a	67.41±5.69	90.76±3.75 ^a
t	/	0.199	4.874	0.132	4.682
P	/	0.843	0.000	0.895	0.000

续表3 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	躯体疼痛 (分)		生理功能 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52	67.47±4.83	95.21±3.85 ^a	67.45±5.72	95.17±3.95 ^a
对照组	50	67.61±4.72	90.78±3.43 ^a	68.25±5.47	90.84±3.84 ^a
t	/	0.148	6.127	0.721	5.610
P	/	0.883	0.000	0.472	0.000

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

作为多发骨折部位, 桡骨远端骨折多发, 一旦发生, 会出现明显肿胀感、疼痛感等, 影响腕关节功能^[6]。

对于骨折严重者, 会影响活动, 干扰日常生活, 身心健康下降。出现骨折后, 若未及时治疗, 易引发并发症, 危及生命。该病检查时, 首选影像技术, X线可呈现骨和

附近情况,CT能识别骨折块角度、塌陷角度等,MRI能检出多种病变,如软骨损伤、腕关节创伤性疼痛等^[7]。

该病多用保守疗法,令疾病逐渐恢复,长期实践提出,采取保守疗法时,依然有并发症,有明显疼痛,难以改善身心健康。医疗领域不断进步,手术疗法越发常见,使用率提高^[8]。对于手术疗法,其包含两种类型,一为内固定,二为外固定,对比外固定,内固定优势更突出,所做切口更小,能加快康复进程,治疗时,不需要将软组织剥离,进行复位时,更加容易,固定效果更好。但因缺乏研究,对于手术治疗效果,尚有质疑。有学者提出,采取手术疗法时,可能有较多并发症,影响健康水平,而应用保守疗法,既能维护疗效,又可促使其痊愈^[9]。也有学者提出,一旦有桡骨远端骨折,要马上治疗,促进骨折复位,以免干扰腕关节功能,影响生活能力,基于该要求下,保守治疗和其不符,骨折愈合时间,故建议尽量不选保守疗法。故治疗该病时,选择哪种疗法更好,依然有争议。采取手术疗法,能快速解剖复位,观察骨折部位,能实现良好对位,可减少血液循环,尽量消除组织干扰,加快骨折愈合速度,提高生活质量。进行手术时,恢复时间较长,术后,要尽早做康复训练,促进桡骨关节好转,防范关节僵硬,改善肌肉功能^[10]。对于老年患者,采取手术疗法时,要综合分析病情,考虑机体状态,而应用保守疗法,尽管软组织损伤小,但见效缓慢,花费时间长,对于严重骨折,则不适用。制定治疗方法时,要基于多个角度、多个层面,评估患者病情,制定最适宜、最科学疗法,加强疗效。无论是保守治疗,还是手术治疗,均要求进行康复锻炼,要求操作者有较高技能水平,与患者有效交流,保证心态乐观、积极,自觉进行训练,加强疗效^[11]。

研究结果显示两组的旋后、旋前、尺偏、桡偏、背伸和掌屈活动度均基本一致($P > 0.05$),代表两种方式的关节活动度无明显差异,均能起到良好效果。观察组治疗后3和6个月骨折部位、腕关节尺侧VAS评分均明显低于对照组($P < 0.05$),表示采取手术疗法,能减轻疼痛,分析主要原因,即通过手术,能尽快解剖复位,可减轻疼痛,采取保守疗法时,复位时间长,产生明显疼痛。观察组的各项SF-36评分均明显高于对照组($P < 0.05$),表明对比保守治疗,实施手术治疗,更有助于提高生活质量。说明对比保守疗法,实施手术治疗,桡骨远端骨折疗效更显著,预后更理想。两种方法皆有各

自缺陷及优势,对于保守治疗,其并发症少,病情较轻者、老年患者适用,但愈合速度慢,疼痛明显,对于手术治疗,疼痛感更轻,愈合速度更快,但并发症风险较高,两种方法的综合效果均较好,实际治疗,要根据患者病情,选择最佳方式,制定最适宜方案,加强疗效。

综上所述,通过影像学诊断,证实为桡骨远端骨折者,建议采取手术,能减轻疼痛,提高生活质量,值得推广。

参考文献

- [1]李庭,孙志坚.《成人桡骨远端骨折诊断与治疗循证指南(2024)》解读[J].骨科临床与研究杂志,2024,9(6):321-325.
- [2]严才平,蒋电明.桡骨远端骨折治疗方式的选择与挑战[J].中国骨伤,2024,37(10):941-946.
- [3]李庭,孙志坚,姚东晨,米萌,肖鸿鹄,费晗,余翔,谭哲伦,王玲,郭颖彬,米尔阿里木·木尔提扎,付刚,高士翔,伊喆,马颖宏,朱诗宇.成人桡骨远端骨折诊断与治疗循证指南(2024)[J].骨科临床与研究杂志,2024,9(5):257-274.
- [4]王文庆,曹玉净,吕秋霞,李东方,李明,李家乐,钱亚男.桡骨远端骨折临床治疗方法研究进展[J].世界中医药,2024,19(12):1870-1874.
- [5]肖建.手术与保守治疗不稳定型桡骨远端骨折的临床效果评估[J].中外医疗,2024,43(20):50-53.
- [6]姚君伟,龙浩,冯斌,张磊,张轶,姚爱明.老年性Colles骨折的保守治疗与掌侧锁定钢板治疗的临床疗效对比[J].临床急诊杂志,2024,25(5):251-254.
- [7]任永和,罗伟,谢阳江,董涛.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影响分析[J].系统医学,2023,8(23):81-84.
- [8]李海波,马宝通.老年桡骨远端骨折保守治疗的研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2023,29(3):406-410.
- [9]韦程,吴战坡,曹英武,吴富华.探究桡骨远端骨折保守治疗与手术治疗的疗效[J].中外医疗,2023,42(7):82-85+98.
- [10]陈勇杰,方策.中西医治疗桡骨远端骨折后遗关节僵硬研究进展[J].河南中医,2023,43(5):804-810.
- [11]王同,牛鸣,吴旭年,丁治中,赵毅,杜鑫.桡骨远端骨折应用传统保守治疗与手术治疗的临床效果对比[J].中外医学研究,2023,21(10):31-34.