

桡骨远端骨折骨科诊断及规范治疗探讨

虎元刚

彭阳县新集乡卫生院 宁夏 固原 756500

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9月-2024年9月本院90例桡骨远端骨折患者开展研究,按照治疗方法,分成两组,其中非手术治疗者45例,纳入对照组,手术治疗者45例,纳入观察组,比较两组临床疗效。**结果:** 两组的桡骨尺倾角、桡偏角、尺偏角和并发症发生率均基本一致($P > 0.05$);观察组的关节功能优良率和DASH评分均明显高于对照组,VAS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 及时、精准诊断桡骨远端骨折,予以规范治疗,能有效改善腕关节功能,减轻疼痛,提升疗效。

关键词: 桡骨远端骨折;骨科诊断;规范治疗;手术;疼痛

引言:在人体前臂中,桡骨为长骨,其和尺骨共同构成前臂骨骼,针对桡骨远端骨折,出现部位多为手腕,为多发骨科病,其在皮质骨、松质骨处,属于过渡区域,基于外力影响,骨折风险高,特别是老年人,为多发群体^[1]。该病并发症多,包括腕关节僵直、桡骨偏移、肌韧带/肌腱受损等。我国高龄人群占比高,该病患病率增加,患病后,干扰手腕生理作用,手部灵活性差,握力下降,工作能力减弱,如未及时诊治,未采取规范疗法,预后效果差,可能愈合不良、畸形愈合,部分甚至不愈合,手腕外形改变,恢复速度慢^[2]。该病有两种疗法,分别为非手术疗法,即保守治疗,如进行手法复位等,手术治疗,实施手术内固定等。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年9月-2024年9月本院90例桡骨远端骨折患者开展研究,按照治疗方法,分成两组,其中非手术治疗者45例,纳入对照组,男23例,女22例,年龄为18-76岁,平均年龄(56.64 ± 5.38)岁;手术治疗者45例,纳入观察组,男24例,女21例,年龄为19-77岁,平均年龄(56.71 ± 5.32)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;有完整资料;能正常交流;知情同意本研究。**排除标准:** 认知功能异常;神经血管受损;血液系统疾病;精神疾病;恶性肿瘤。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法

①观察临床表现:致病原因多为腕部伸位跌倒,患者手掌直接和地接触,腕部产生剧痛,观察患处局部,存在皮下出血、肿胀等表现,患者手指半屈,无法握拳。若正中神经受到压迫,则产生相应表现,包括手指麻木等。②Colles特征:出现腔刺状畸形,观察骨折远

端,发现其侧移位,朝向桡骨,关注中轴线、桡骨轴线,二者在两个层面。出现银叉状畸形,观察远端骨折,发现其侧移位,朝向背侧,监测周围,可见凹陷。进行直尺试验,处于正常状态下,采取直尺,将其在腕尺侧放好,保证直尺和尺骨茎突直接相距 $> 1\text{cm}$,针对桡骨下端骨折,可令直尺接触尺骨突茎。正常情况下,观察桡骨突茎,其多于尺骨突茎,超出 $1-1.5\text{cm}$,二者基本在相同直线。③影像学检查:X线检查,可检出力线不良、静态不稳定、脱位及骨折情况等。引导患者将手掌放下,处于水平方向,令肩部、肘关节处于相同高度,处于弯曲状态,角度为 90° ,旋转前臂及腕关节,令其达到中立位,测量掌倾角、桡骨高度和尺偏角等。CT检查,采取CT检查时,可见关节面塌陷情况,骨折块移位情况和角度等,图像清晰,即使是隐蔽骨折处,也能尽快发现,例如舟骨窝和月骨窝等,能提升检出率。MRI检查,能观察桡腕骨间情况,评估肌腱、三角纤维软骨及软骨损伤等,能精准识别,同时也可鉴别缺血性坏死、腕骨骨折等。④分类方法:借助AO/ASIF分类,关节内骨折为A型,A1型表示尺骨骨折桡骨完整,A2型表示桡骨背侧边缘骨折,A3型表示桡骨粉碎型骨折。部分关节内部骨折为B型,B1型表示桡骨矢状面骨折,B2型表示桡骨背侧边缘骨折,B3型表示桡骨掌侧边缘骨折。完全关节骨折为C型,C1型表示干骺端、关节出现简单骨折,C2型表示关节部位简单骨折,同时干骺端粉碎性骨折,C3型表示干骺端和关节皆出现粉碎性骨折。

1.2.2 治疗方法

对照组行非手术治疗,进行手法复位,可采取小夹板外固定,或选择石膏,进行外固定。观察组行手术治疗:采取外固定支架,和掌骨距离约 1cm 处,做切口,呈纵向,约为 1cm ,处理伸指肌腱,先将其分离,然后牵开,和掌

骨呈30°，为其打孔，选择掌骨螺钉，共2枚，将其拧入。于桡骨骨折偏背处，做切口，呈纵向，避免损害肌腱、神经及血管。对于有需要者，可为其植入自体骨、异体骨，采取螺钉，共计2枚，对骨折部位进行固定，第一个为和骨折部位距离2cm，第二个为距离12cm，拧入螺钉，采取可调节夹钳，取得良好复位效果后，对夹钳进行调节，拧紧螺钉，将其固定好。术后1d，针对侧肩、手指关节和肘，开展功能锻炼，术后10d，对夹钳展开松懈，改善腕关节功能，适当调整夹钳，将其拧紧，开展功能训练，观察6-7w，观察骨折部位，待其愈合后，将固定拆除。

1.3 观察指标

评价角度变化：拍摄X线片，测量桡骨尺倾角、桡偏角和尺偏角^[3]。评价上肢功能和疼痛：采取DASH量表，评估上肢功能，分值0-100分；选择VAS量表，评估疼痛，0-10分^[4]。评价关节功能：观察骨折部位，未出现疼

痛，掌屈角度下降低于15°，关节功能恢复，纳为优；出现轻微疼痛，关节功能基本正常，进行剧烈活动时，有影响，测量掌屈角度，减少15-30°，纳为良；出现频繁疼痛，关节功能下降，测量掌屈角度，下降30-50°，纳为可；出现持续疼痛，影响正常活动，测量掌屈角度，下降高于50°^[5]。评价并发症：包括手指僵硬、腱鞘炎、腕管综合征和创伤性关节炎^[6]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据，($\bar{x}\pm s$)与(%)表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组角度变化比较

治疗前后两组的桡骨尺倾角、桡偏角和尺偏角均基本一致($P > 0.05$)。详见表1。

表1 两组角度变化比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	桡骨尺倾角(°)		桡偏角(°)		尺偏角(°)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	16.84±1.25	19.73±1.61 ^a	15.51±1.36	21.13±3.65 ^a	21.21±3.36	30.13±3.69 ^a
对照组	45	16.91±1.22	19.16±1.72 ^a	15.57±1.30	20.22±4.17 ^a	22.18±3.19	28.86±4.17 ^a
t	/	0.269	1.623	0.214	1.102	1.404	1.530
P	/	0.789	0.108	0.831	0.274	0.164	0.130

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组上肢功能和疼痛比较

治疗后两组DASH评分均明显高于治疗前，VAS评分

均明显低于治疗前，观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组上肢功能和疼痛比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	DASH(分)		VAS(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	14.21±2.58	7.51±1.25 ^a	7.37±1.13	1.24±0.18 ^a
对照组	45	14.30±2.52	9.36±1.27 ^a	7.41±1.10	1.53±0.20 ^a
t	/	0.167	6.964	0.170	7.230
P	/	0.867	0.000	0.865	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组预后效果比较

两组的并发症发生率基本一致($P > 0.05$)；观察组的

关节功能优良率明显高于对照组($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组预后效果比较[n(%)]

组别	例数	关节功能					并发症				
		优	良	可	差	优良率	手指僵硬	腱鞘炎	腕管综合征	创伤性关节炎	发生率
观察组	45	25	15	4	1	97.78	1	1	1	1	8.89

续表:

组别	例数	关节功能				优良率	并发症				发生率
		优	良	可	差		手指僵硬	腱鞘炎	腕管综合征	创伤性关节炎	
对照组	45	17	11	9	8	82.22	1	1	0	0	4.44
χ^2	/	/	/	/	/	6.049	/	/	/	/	0.714
P	/	/	/	/	/	0.014	/	/	/	/	0.398

3 讨论

桡骨远端骨折为多发骨科病,患病后,桡关节不平、桡骨长度减少,针对尺偏角、掌倾角,均呈下降趋势。对于该病诊断,包括观察临床表现,进行影像学检查等,利用X线,能呈现骨折及其附近情况,使用率高。开始采取MRI、CT等,应用CT,既能显示骨块移位方向、角度,又可观察塌陷角度等,能监测隐蔽骨折,准确性高^[7]。采取MRI技术,既能检出软骨损伤,识别桡骨间韧带锻炼,同时能评估并发症,例如腕管综合征、创伤性关节炎等。

评估患者病情,实施规范疗法,其包含两类,一为非手术疗法,执行手法复位等,其基本不会干扰血液循环情况,疗效理想,进行复位后,开展功能锻炼,能加快愈合速度,取得满意疗效^[8]。对于大部分桡骨远端骨折,观察其程度,均较轻,采用保守疗法,就能取得预期疗效,不需要实施手术,以A、B两类型为例,主张采取手法复位。应用小夹板,操作简单,使用便捷,仅经由门诊,即能将其固定好,花费少,患者经济负担小,另外就夹板而言,具有较高柔韧性,方便更换敷料及调整,不需要将组织、皮肤切开,能减轻软组织损伤,保护关节功能。借助C臂透视机,能取得良好外固定作用^[9]。二为手术治疗,即关节切开内固定,开展手术疗法时,多治疗伴有软骨损伤者,能改善腕关节功能。该疗法后遗症少,能减少创伤,加快恢复进程。采取手术疗法时,要进行多方面考虑,包括原始移位情况、骨折粉碎情况、骨折类型等,就手术治疗而言,其具有侵入性,进行内固定手术时,会损害局部软组织,故要结合患者病情,制定差异化、科学化手术方案^[10]。研究结果显示两组的桡骨尺倾角、桡偏角、尺偏角和并发症发生率均基本一致($P > 0.05$),代表两种疗法均能取得显著效果,可促进骨折恢复,二者并发症均较少,安全可靠。对比对照组,观察组的DASH评分更高,VAS评分更低($P < 0.05$),表示对比保守治疗,采取手术疗法,更有助于改善上肢功能,后续疼痛感轻。观察组的关节功能优良率更高($P < 0.05$),

表明实施手术治疗,能促进腕关节恢复。

参考文献

- [1]于晓飞,于亚东,邵新中,李楠.3D打印外置模具辅助下微创治疗桡骨远端骨折的疗效观察[J].重庆医学,2024,53(2):188-192.
- [2]黄建新.掌侧钢板内固定术中保留旋前方肌对桡骨远端骨折患者腕关节功能的影响[J].贵州医科大学学报,2021,46(8):976-980.
- [3]张仲传,朱勋兵,袁伶俐,韩俊柱,徐文弟,未洋洋.腕关节四位片中透视联合桡骨远端掌侧“T”型万向锁定钛板内固定应用于桡骨远端骨折的疗效研究[J].蚌埠医学院学报,2023,48(8):1045-1049+1055.
- [4]侯继光,张楠,臧宏伟,王庆环,郝剑,高姗.改良Henry入路在老年粉碎性桡骨远端骨折内固定术中的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2023,38(1):92-95.
- [5]杨永豪.3D打印技术解剖型桡骨远端掌侧锁定骨板应用在桡骨远端骨折中治疗效果分析[J].哈尔滨医药,2022,42(5):91-93.
- [6]李凯,陈刚,郑松,陈斌,季康,刘明,徐竹,林海青.桡骨远端AO万向锁定钢板内固定术治疗AO-C型桡骨远端骨折的效果观察[J].浙江实用医学,2022,27(4):307-310.
- [7]王隆凤,王辉,许世兵,李杭,徐方琪,胡钢锋,叶家宽.克氏针结合桡骨远端解剖钢板及外固定架固定治疗极远端型桡骨远端骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2022,37(7):771-773.
- [8]何文浩,纪亲龙.切开复位桡骨远端掌侧钢板内固定术治疗不稳定型桡骨远端骨折临床观察[J].贵州医药,2022,46(6):875-876.
- [9]李飞,李璐兵,帕尔哈提·瓦哈甫,郑辉,王雪,方志远,王成伟.桡骨Z形截骨延长治疗桡骨远端骨折畸形愈合的疗效分析[J].中国骨与关节杂志,2022,11(4):244-248.
- [10]刘晶晶,潘丹,秦志均,唐承杰,蒋柒.桡骨远端AO万向锁定钢板和普通锁定钢板治疗老年AO-C型桡骨远端骨折的疗效比较[J].实用医院临床杂志,2022,19(2):79-82.