

手法整复石膏固定治疗桡骨远端骨折的临床疗效观察

刘发元

福建省莆田市秀屿区医院骨科 福建 莆田 351146

【摘要】：目的：分析研究桡骨远端骨折患者采用手法整复石膏固定治疗的作用价值，同时分析该治疗方法对腕关节活动度产生的影响。方法：2022年3月~2024年11月，选取60例桡骨远端骨折患者展开分析研究，分组方法选择随机数字表法，可分为两组，各位30例。将石膏外固定应用在对照组内治疗，应用手法整复石膏固定治疗观察组患者，比较两组：治疗效果；疼痛程度、肿胀程度、功能情况；腕关节活动度；并发症发生情况。结果：治疗总有效率较对照组，观察组较高（ $P<0.05$ ）；疼痛程度（VAS）评分、肿胀评分、功能评分治疗前比较无显著差异（ $P>0.05$ ），治疗后VAS评分、肿胀评分、功能评分均优于治疗前，且观察组优于对照组（ $P<0.05$ ）。腕关节活动度各项指标治疗前两组对比分析（ $P>0.05$ ），治疗后均增加，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。与对照组展开比较分析，并发症发生率观察组较低（ $P<0.05$ ）。结论：手法整复石膏固定治疗桡骨远端骨折患者的效果突出，利于缓解患者疼痛和肿胀，同时可改善患者功能，提升患者腕关节活动度，可减少并发症发生，值得推广应用。

【关键词】：手法整复石膏固定；桡骨远端骨折；腕关节活动度；并发症

DOI:10.12417/2811-051X.25.09.026

桡骨远端骨折在临床中属于十分常见的骨科疾病，具体指距离桡骨远端关节面小于3厘米位置的骨折，中老年人群高发^[1]。桡骨远端骨折可能诱发多种临床症状表现，其中以活动受限、畸形以及肿痛为主要表现，在患者未采取及时有效治疗措施的情况下，则会导致病人功能受损和连续疼痛症状，对患者身心健康和生活质量产生了十分严重的损害^[2]。临床治疗桡骨远端骨折患者过程中，手术内固定和保守治疗为主要应对方法，但是手术，即内固定具备创伤性和侵入性，会损伤病人机体状态，对患者术后愈合产生了不良影响^[3]。由此可知，采用非手术方法治疗桡骨远端骨折的情况越来越常见。针对桡骨远端骨折患者治疗时，手法整复石膏固定的效果突出显著，但是当前相关研究仍然较少。基于此，此次研究于2022年3月~2024年11月期间选取桡骨远端骨折患者60例，分析了手法整复石膏固定治疗的临床效果，评估对腕关节活动度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间2022年3月~2024年11月，选取桡骨远端骨折患者合计60例，采用随机数字表法进行分组，各30例。对照组女性和男性，各15和15例，年龄45~76岁，均值（ 63.16 ± 3.62 ）岁，受伤原因：交通事故9例、意外跌倒9例、高处坠落12例；观察组女性和男性，各16和14例，年龄47~78岁，均值（ 63.49 ± 3.22 ）岁，受伤原因：交通事故10例、意外跌倒10例、高处坠落10例。一般资料两组对比分析，涵盖年龄、性别、受伤原因等，（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）实施影像学检查，判断为桡骨远端骨折；（2）单侧出现桡骨远端骨折；（3）闭合性骨折；（4）具备良好的依从性；（5）临床资料完整。

排除标准：（1）伴发腕关节外伤史；（2）骨折部位皮肤

损害；（3）伴发神经或肌腱损伤；（4）伴发严重精神疾病；（5）伴发凝血功能障碍；（6）处于妊娠期或哺乳期。

1.2 方法

对照组患者应用石膏外固定治疗，石膏近拇指处切1“V”形小口，利于拇指活动，从桡侧包绕到尺侧。治疗期间采用石膏进行固定需保证其合适，且因为石膏在固定定型后松紧度难以被改变，骨折发生后3天内极易发生水肿，因此在实施固定治疗过程中需避免肢体受到压迫，不能过紧也不能过松，需在必要情况下进行石膏的更换，从而达到预期效果。嘱咐病人主动进行握拳动作，从而加快局部血液循环。同时让病人进行肩肘部的活动，活动过程需循序渐进，逐渐适应。

采用手法整复石膏固定对观察组患者实施治疗，展开手法复位，由助手将病人患肢前臂上端握住，同时安排其他助手将病人患手握住，将大小鱼际紧扣，此后实施拔伸牵引，结合患者实际情况和耐受程度控制持续时间，通常为5~10min。直到重叠移位被矫正或嵌插后手术操作人员2掌夹住患腕，双手拇指对骨折远端背侧实施并列压住，其余手则抱腕抵住其骨折近端。当病人骨折断端有松动情况下，指下感觉骨折断端平齐时，紧握患手的助手需折顶腕关节让其掌屈尺偏，再对骨折成角畸形、残余以及移位进行纠正。

1.3 观察指标

（1）对照组和观察组患者治疗6个月后评价治疗效果，显效：治疗之后具备良好的骨折预后同时无畸形出现，无疼痛无功能受限；有效：完成相关治疗之后病人骨折具备良好预后，不存在畸形问题，疼痛轻微，功能受到一定影响。无效具体指治疗后未达到上述标准，甚至病情长时间未见好转或恶化。治疗总有效率=显效率+有效率^[4]。

（2）疼痛程度、肿胀、功能评分治疗前后对比分析。应

用视觉模拟评分法（VAS）对病人疼痛程度进行评价，评分最低0分，最高10分，评分越高则疼痛越严重^[5]；肿胀程度则应用腕关节肿胀评分评价，0~3分，肿胀程度和评分呈正比^[6]。腕关节功能应用 Cooney 腕关节功能评分评价，评分0~100分，腕关节功能和评分呈正比^[7]。

（3）对照组和观察组腕关节活动度，分别测量桡偏度、掌屈度、背伸、旋后、旋前活动度。

（4）对照组和观察组并发症发生情况，包括关节疼痛、腕关节僵硬、创伤性关节炎，发生率=发生例数/总例数*100.00%。

1.4 统计学方法

取 SPSS23.0 软件统计数据组间差异；疼痛程度、肿胀、功能评分、腕关节活动度均为正态分布计量资料，（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验；临床疗效和并发症发生情况应用 n（%）表示计数资料，检验过程采用 χ^2 ， $P < 0.05$ 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

治疗总有效率较对照组，观察组较高（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1：临床疗效对比分析[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	30	30	/	/
无效	8（26.67）	2（6.67）	/	/
有效	8（26.67）	7（23.33）	/	/
显效	14（43.33）	21（70.00）	/	/
总有效率	22（73.33）	28（93.33）	4.320	0.038

2.2 疼痛程度、肿胀、功能评分

疼痛程度（VAS）评分、肿胀评分、功能评分治疗前比较无显著差异（ $P > 0.05$ ），治疗后VAS评分、肿胀评分、功能评分均优于治疗前，且观察组优于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2：两组疼痛程度改善情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		对照组	观察组	t	P
病例数		30	30	/	/
VAS	治疗前	8.84±0.30	8.87±0.32	0.375	0.709
	治疗后	2.15±0.22*	1.22±0.24*	15.646	<0.001
肿胀评分	治疗前	2.31±0.55	2.32±0.57	0.069	0.945
	治疗后	2.31±0.55*	0.32±0.05*	19.736	<0.001

功能评分	治疗前	54.40±4.28	54.37±4.24	0.027	0.978
	治疗后	68.73±5.44*	87.64±5.50*	13.389	<0.001

注：和同组治疗前比较，*表示 $P < 0.05$ 。

2.3 腕关节活动度

治疗前，两组患者腕关节活动度比较分析（ $P > 0.05$ ），腕关节活动度治疗后均升高，观察组更高（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3：两组腕关节活动度改善情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		对照组	观察组	t	P
病例数		30	30	/	/
桡偏度	治疗前	10.48±1.24	10.44±1.26	0.124	0.902
	治疗后	13.26±1.52*	15.66±1.49*	6.176	<0.001
掌屈度	治疗前	43.29±4.99	43.26±5.07	0.023	0.982
	治疗后	48.79±5.90	53.43±6.03	3.013	0.004
背伸	治疗前	40.59±4.37*	40.55±4.33*	0.036	0.972
	治疗后	48.76±4.70	51.25±4.66	2.061	<0.044
旋后	治疗前	81.36±5.45*	81.33±5.43*	0.023	0.982
	治疗后	85.26±5.50	89.80±5.66	3.151	<0.003
旋前	治疗前	77.49±6.55	77.43±6.60	0.035	0.952
	治疗后	82.36±6.82*	89.43±6.80*	4.021	<0.001

注：和同组治疗前比较，*表示 $P < 0.05$ 。

2.4 并发症发生情况

与对照组展开比较分析，并发症发生率观察组较低（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4：两组并发症发生情况比较

组别	对照组	观察组	χ^2	P
病名数	30	30	/	/
关节疼痛	3（10.00）	1（3.33）	/	/
腕关节僵硬	3（10.00）	1（3.33）	/	/
创伤性关节炎	2（6.67）	0（0.00）	/	/
并发症发生率	8（26.67）	2（6.67）	4.320	0.038

3 讨论

临床骨科中，桡骨远端骨折属于常见疾病之一，剧烈疼痛为主要临床症状^[8]。桡骨远端骨折的诱发原因主要为外力作用，同时可能和患者存在骨质疏松和身体功能低下存在紧密联系，

也会导致桡骨远端骨折^[9]。目前针对桡骨远端骨折实施治疗时，内固定术的应用十分常见，但是在患者办法骨质疏松的情况下，手术后存在较高的复发风险，术后可能出现关节面再次塌陷，且螺钉固定强度较低^[10]。由此可见，积极探究一种更为有效的治疗措施具有十分重要的价值。

本次研究结果提示，观察组治疗总有效率高于对照组；VAS评分、肿胀评分、功能评分治疗后均优于治疗前，且观察组优于对照组。并发症发生率观察组低于对照组。由此可知，手法整复石膏固定治疗桡骨远端骨折患者的作用效果显著，可改善患者腕关节活动度、疼痛和肿胀以及肢体功能，分析原因：

手法整复石膏固定治疗中，主要采用过牵引折顶手法复位骨折，具有多种优势，包括操作简单和可促进病人关节面恢复平整，通常不会导致损伤加重，同时手法复位可治疗关节面粉碎骨折，效果显著^[11]。而石膏固定则因为具备硬度高、塑型好等优势，可有效避免骨折发生位移^[12]。手法整复和石膏固定联合实施治疗的情况下，则可发挥协同作用，提升患者临床治疗效果^[13]。

综上所述，骨远端骨折患者应用手法整复石膏固定治疗的可改善患者腕关节活动度、疼痛和肿胀以及肢体功能，可减少并发症发生，值得推广应用。

参考文献：

- [1] 梁彬彬.手法复位石膏外固定配合桃红四物汤加减治疗桡骨远端骨折临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(12):2386-2388.
- [2] 霍锦升.中医正骨手法整复联合小夹板固定在老年桡骨远端骨折治疗中的应用观察[J].内蒙古中医药,2024,43(11):109-111.
- [3] 赵纯,刘政,李静.郑氏手法整复结合夹板中立板外固定治疗儿童桡骨远端骨骺骨折[J].四川中医,2024,42(09):160-163.
- [4] 李建华.手法整复夹板固定与阶梯性康复训练联合治疗老年桡骨远端骨折的临床效果[J].中外医学研究,2024,22(26):50-54.
- [5] 陈静,消肿止痛膏配合手法整复夹板固定治疗桡骨远端骨折(气滞血瘀型)的临床研究.吉林省,长春市中医院,2023-11-16.
- [6] 郑建桥.手法复位石膏托及石膏夹板外固定序贯小夹板固定治疗桡骨远端骨折的疗效观察[J].中医外治杂志,2023,32(05):63-65.
- [7] 郝博川,谢克波,张君松,等.手法整复硬纸夹板外固定治疗儿童桡骨远端骨骺骨折 26 例[J].中国中医骨伤科杂志,2023,31(10):57-60+66.
- [8] 吴秋敏,廖拥军,刘盛飞,等.手法复位交叉克氏针内固定加石膏外固定与小夹板外固定治疗不稳定桡骨远端骨折的疗效比较[J].现代诊断与治疗,2023,34(11):1680-1683.
- [9] 郭鑫亮,陈晓龙,朱水玲,等.筋骨伤喷雾剂辅助弹力绷带联合石膏固定治疗桡骨远端骨折手法复位后患者的效果[J].中国民康医学,2023,35(08):42-44.
- [10] 黄志宏.手法整复夹板固定治疗桡骨远端骨折的效果及对腕关节活动度的影响[J].中国医学创新,2023,20(08):53-57.
- [11] 陈文杰,王溪淳,杨宏志,等.切开复位内固定与手法复位石膏固定治疗对桡骨远端骨折后愈合的影响[J].江西医药,2022,57(12):2147-2149.
- [12] 刘琦,刘威,王向阳.手法复位小夹板与石膏外固定治疗桡骨远端骨折对复位质量及腕关节活动度参数的影响[J].河南医学研究,2022,31(15):2813-2816.
- [13] 张化.中医手法整复小夹板外固定配合补肾活血法治疗老年桡骨远端骨折的疗效价值[J].世界复合医学,2022,8(06):31-34.