

以“动静结合理论”为核心的综合干预对桡骨远端骨折患者功能康复的作用效果分析

李海燕

【摘要】 目的 探讨以“动静结合理论”为核心的综合干预对桡骨远端骨折患者功能康复的作用效果。**方法** 选择 2016 年 8 月—2018 年 8 月本院收治的 106 例桡骨远端骨折患者作为研究对象,采用随机数表法分为对照组和观察组两组,每组各 53 例。对照组患者进行常规护理,观察组患者进行以“动静结合理论”为核心的综合干预,比较两组患者的护理效果。**结果** 观察组患者术后 2 周、4 周、6 周、8 周、12 周的 PRWE 评分显著低于对照组($P<0.05$);观察组患者术后的腕关节活动度显著高于对照组($P<0.05$);观察组患者术后的腕关节握力显著高于对照组($P<0.05$);观察组患者对于护理很满意的有 34 例,占比 64.15%,其护理满意率为 100.00%,显著高于对照组的 18 例、33.96%、86.79%($P<0.05$)。**结论** 以“动静结合理论”为核心的综合干预对桡骨远端骨折患者功能康复的作用效果更好,可显著改善患者的腕关节活动度和握力,提高患者对护理的满意度,可在临床上广泛推荐应用。

【关键词】 动静结合理论; 综合干预; 桡骨远端骨折; 功能康复

[中图分类号]R683 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.051

桡骨远端骨折是临床上较为常见的一类骨折,约占平时骨折的 10%,在青年和老年人中较为常见,尤其是老年妇女群体^[1]。该类骨折多发生在桡骨远端 2~3 cm 区域,且常常伴有桡腕关节和下尺桡关节损坏,目前,临床上多采用掌侧切开复位内固定术治疗^[2]。临床研究表明,虽然手术治疗效果较好,但是患肢功能恢复却与术后的康复锻炼和护理有直接关系。“动静结合理论”是中医骨伤科治疗的原则之一,既主张患肢做好患肢功能锻炼,又要求患者做好患肢固定,是中医骨伤科关于固定和练功对立统一的辩证关系的直接体现,被逐渐引入到桡骨远端骨折的护理当中^[3-4]。为了进一步探讨以“动静结合理论”为核心的综合干预对桡骨远端骨折患者功能康复的作用效果,本院特做此研究,现报道如下。

一、资料和方法

1.一般资料:选择 2016 年 8 月—2018 年 8 月本院收治的 106 例桡骨远端骨折患者作为研究对象。纳入标准:(1)经 CT 或其他检查确诊为桡骨远端骨折的患者;(2)患者属于 AO/ASIF 分型 A~C 型的患者;(3)可以遵循医嘱配合整个研究过程的患者。排除标准:(1)伴有患肢其他部位骨折或病理性骨折的患者;(2)合并正中神经、桡、尺神经损伤的患者;(3)合并其他严重脏器器官以及不能接受手术治疗的患者;(4)有精神障碍或意识不清的患者。将上述患者按照随机数表法分为对照组和观察组两组,每组各 53 例。对照组中男 23 例,女 30 例,年龄 35~65 岁,平均(47.49±2.46)岁,病程 1~4 天,平均(2.72±0.97)天;观察组中男 24 例,女 29 例,年龄 35~66 岁,平均(47.37±2.54)岁,病程 1~4 周,平均(2.88±0.88)天。本研究经院伦理委员会批准,且两组患者均自愿参与此次研究。

2.研究方法:两组患者均由本院同一批医生进行桡骨远

端骨折内固定术,术后进行前臂石膏托固定和常规药物治疗。对照组患者进行常规术后护理,具体措施如下:(1)术后 1 周内避免患者进行剧烈运动;(2)术后 1~2 周内指导患者主动做指间关节和掌指关节屈伸活动、肩关节和肘关节运动,根据患者的耐受情况不限定次数;(3)术后 3~5 周在已有锻炼的基础上增加肘关节伸屈和肩关节外展、内收活动,并开始逐步进行前臂的肌肉收缩训练,每天做好骨折部上下关节的活动;(4)术后 6~8 周评估患者的骨折恢复情况,开始拆除夹板,逐步锻炼腕、肘、肩关节的伸屈旋转活动。观察组患者则在对照组的基础上进行以“动静结合理论”为核心的综合干预,坚持循序渐进、尽早活动、动静互补,内外结合等原则,具体措施如下:术后第 2 天即进行肩部、指间、掌指关节活动锻炼,如微握拳、松拳、手指爬动练习,循序渐进,动静交替。同时,保持心情舒畅,避免焦虑、厌烦的情绪,保持稳定、乐观的心态;此外坚持运气调息,且保持早中晚各 1 次;在术后 3~5 周,增加肩部的内旋和外展、内旋和肘关节伸屈的频率和强度,适当用力握拳和松拳活动;术后 6~8 周,拆除夹板,循序渐进的进行中、重度力量训练,包括用力握拳和持重训练,增强腕部肌肉力量。

3.观察指标^[5]:(1)比较两组患者术后的腕关节自行评估量表评分(Patient rated wrist evaluation, PRWE),总分 100 分,分数越高表示患者腕关节疼痛和功能障碍越严重;(2)关节量角器测量并比较两组患者术后的腕关节活动度;(3)比较两组患者术后的腕关节握力;(4)比较两组患者对于护理的满意程度。

4.统计学处理:采用 SPSS 19.0 统计软件分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较进行 t 检验,计数资料以[$n(\%)$]表示,组间比较进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1.两组患者术后 PRWE 评分比较:观察组患者术后 2 周、4 周、6 周、8 周、12 周的 PRWE 评分均低于对照组($P<0.05$)。

见表 1。

2. 两组患者术后腕关节活动度比较: 观察组患者术后的腕关节活动度均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

3. 两组患者术后的腕关节握力比较: 观察组患者术后的腕

关节握力高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

4. 两组患者对护理满意度比较: 观察组患者对于护理很满意的有 34 例, 占比 64.15%, 其护理满意率为 100.00%, 显著高于对照组的 18 例、33.96%、86.79% ($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 两组患者术后 PRWE 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术后 2 周	术后 4 周	术后 6 周	术后 8 周	术后 12 周	F 值	P 值
对照组 ($n = 53$)	52.83 ± 6.73	39.35 ± 4.11	31.25 ± 4.13	25.58 ± 3.11	20.17 ± 2.41	4.981	0.039
观察组 ($n = 53$)	50.14 ± 6.64	36.81 ± 4.53	27.44 ± 4.16	22.44 ± 3.13	18.21 ± 2.23	6.298	0.007

表 2 两组患者术后腕关节活动度比较 ($\bar{x} \pm s$, °)

组别	术后 2 周	术后 4 周	术后 6 周	术后 8 周	术后 12 周	F 值	P 值
对照组 ($n = 53$)	36.44 ± 4.41	41.15 ± 6.21	43.51 ± 3.83	49.45 ± 1.13	50.58 ± 4.11	5.263	0.012
观察组 ($n = 53$)	39.37 ± 4.44	45.16 ± 5.73	48.51 ± 4.27	55.64 ± 1.14	54.24 ± 4.13	11.357	0.000

表 3 两组患者术后腕关节握力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术后 2 周	术后 4 周	术后 6 周	术后 8 周	术后 12 周	F	P
对照组 ($n = 53$)	92.55 ± 21.33	162.25 ± 30.23	197.61 ± 32.31	213.89 ± 30.21	290.29 ± 21.41	12.418	0.000
观察组 ($n = 53$)	103.54 ± 20.44	175.14 ± 30.27	210.35 ± 32.23	227.46 ± 30.27	317.93 ± 21.42	35.587	0.000

表 4 两组患者对护理满意度比较 n (%)

组别	很满意	满意	不满意	满意率
对照组 ($n = 53$)	18 (33.96)	28 (52.83)	7 (13.21)	46 (86.79)
观察组 ($n = 53$)	34 (64.15)	19 (35.85)	0 (0.00)	53 (100.00)
Z 值				4.652
P 值				0.002

讨论 桡骨远端骨折是临床上较为常见的一类骨折, 在治疗中不仅要恢复良好的骨折位线, 还要促进患肢关节的功能恢复, 后者主要依靠术后的康复锻炼^[6]。“动静结合理论”是中医范畴内骨科治疗原则, 是固定和功能锻炼相结合的体现, “静”是指固定, “动”则是指功能锻炼, 随着中医骨科理论的发展, “动静结合理论”被引入到桡骨远端骨折的临床治疗当中, 指导意义明显^[7]。

研究中, 通过对桡骨远端骨折患者进行随机分组并分别进行常规护理和以“动静结合理论”为指导的综合干预, 经护理效果对比发现, 观察组患者术后 2 周、4 周、6 周、8 周、12 周的 PRWE 评分显著低于对照组, 且观察组患者术后的腕关节活动度和腕关节握力显著高于对照组, 上述结果提示了以“动静结合理论”为指导的综合干预可显著改善桡骨远端骨折患者的肢体功能。究其原因, 观察组患者采取的以“动静结合理论”为指导的综合干预早期以“静”为主, 有效地对患肢进行内外固定, 卧床休息, 但是也并非为绝对的静止, 尽早进行肩关节、指间关节、掌指关节的活动和前臂肌肉的收缩训练, 适当的辅以“动”, 可更好的促进损伤部位的新骨生长, 肌肉恢复^[8-9]。术后 3~5 周则以动静并重, 加强了前臂肌肉的长收缩锻炼和轻度力量训练, 循序渐进, 范围和强度均从小到大。术后 6~8 周则以“动”为主解除外固定, 加强前臂肌肉的中、重度力量训练, 促进患肢肌力、肌肉协调功能的恢复。在此基础上再以“静”为辅, 保持愉快心情, 配合运气调息, 保持脏腑和气血、筋骨的平衡协调。动静结合理论下, 最大限度地

加强了患者全身活动和患肢关节灵活度锻炼, 通过强化全身气血的运行, 促进了患者局部患肢血液的流畅, 为腕部功能最大化的康复打下坚实基础, 因此患者的恢复更快^[10]。患者恢复快且好, 因此观察组患者对于护理的满意度也显著高于对照组。

综上所述, 以“动静结合理论”为核心的综合干预对桡骨远端骨折患者功能康复的作用效果更好, 可显著改善患者的腕关节活度和握力, 提高患者度护理的满意度, 可在临床上广泛推荐应用。

参 考 文 献

- [1] 王敬威, 高山, 郭艳幸, 等. 平乐正骨“动静互补”平衡理论在桡骨远端骨折术后功能康复中的临床应用[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(10): 1411-1414.
- [2] 张学军. 早期功能锻炼对桡骨远端骨折的临床疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(4): 490-491.
- [3] 吴辉, 蔡丽真. 桡骨远端骨折使用中药联合手法复位小夹板外固定治疗的效果分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(19): 3366-3368.
- [4] 林晓文. 恒力小夹板在桡骨远端骨折患者中的临床效果分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(5): 635-636.
- [5] 万先亮. 桡骨远端骨折两种治疗方法的疗效比较分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(15): 2058-2059.
- [6] 张盛瑞. 桡骨远端骨折行掌侧 T 型钢板和背侧双钢板治疗后的临床效果分析[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(2): 232-233.
- [7] 谢其林. 小切口复位联合外固定架对老年桡骨远端骨折患者骨折愈合及功能恢复的影响[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(18): 2736-2738.
- [8] 白捷, 陈嘉民, 李军, 等. 三柱理论在 C 型桡骨远端骨折治疗中的应用[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(6): 843-844.
- [9] 姜本海. 舒腕活血汤熏洗配合手法复位、石膏外固定对桡骨远端骨折的效果[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(10): 1334-1335.
- [10] 邓强, 张彦军, 张海清, 等. 桡骨远端骨折复位质量与腕关节功能恢复的相关性分析[J]. 西部中医药, 2015, 28(11): 1-5.

(收稿日期: 2019-05-07)

(本文编辑: 陈颂)