

钢板内固定结合中药治疗胫骨平台骨折 16 例临床观察

童俊杰 陈学云

(湖南省望城县骨伤科医院 望城 410206)

摘要:目的:观察钢板内固定结合中药治疗胫骨平台骨折的临床疗效。方法:治疗组 16 例,采用高尔夫钢板内固定结合桃红四物汤加减方口服治疗,对照组 13 例,单纯予高尔夫钢板内固定术治疗,比较两组的临床优良率。结果:治疗组的优良率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:钢板内固定结合桃红四物汤加减方治疗有利于膝关节功能的快速恢复,是胫骨平台骨折的有效的中西医结合方法之一。

关键词:胫骨平台骨折;高尔夫钢板;桃红四物汤加减方;内固定术;中西医结合疗法

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.021

胫骨平台骨折为临床常见的关节内骨折,骨折不仅使胫骨平台的关节面严重粉碎,还常常累及干骺端甚至骨干,骨折后往往愈合过程较为困难。自 2007~2009 年,作者采用高尔夫钢板内固定结合术后桃红四物汤加减方口服治疗胫骨平台骨折 16 例,收到理想的疗效。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 29 例患者均为我院 2007 年 5 月~2009 年 5 月的住院病人,经 X 线拍片确诊为滥用激素、长期大量酗酒等情况得不到控制等^[1],致使股骨头坏死发病率不断上升。中医学认为股骨头坏死无论是创伤型所致气滞血瘀,还是特发型气血虚弱所致供血不足,都属于血液循环不畅,供血不足所致。也就是说股骨头坏死是由于多种原因导致的股骨头局部血运不良,从而引起骨细胞进一步缺血、坏死、骨小梁断裂、股骨头塌陷的一种病变。可见,在治疗股骨头坏死时,改善股骨头局部供血是治疗中首先要考虑的问题。

热敏灸疗法^[2]是我院经过多年实践探索出的一种全新的艾灸方法,全称为“腧穴热敏化悬灸疗法”,是以经络理论为指导,通过激发经络感传,促进经气运行,使气至病所,临床具有透热、扩热、传热等特点。热敏化穴是一种能激发感传活动的反应点,热敏化穴的最佳刺激为艾灸热刺激。热敏灸疗法通过用艾热刺激随疾病而出现的热敏反应点,激发机体内源性调控系统功能,使失调、紊乱的生理生化过程恢复正常,从而达到治愈疾病的目的。热敏灸疗法通过调节和维持体内神经、内分泌和免疫平衡,达到消除神经根炎症的治疗目的。热敏灸疗法的关键在于找到热敏穴。在治疗过程中我们注意到:热敏化穴位多位于腰部膀胱经穴和督脉经穴附近。因太阳经及督脉经行于背部,督脉又督一身之阳气,因此具有温煦阳气、激发经气的功效。热敏穴因人而异,因时而异,多随着疾病的好转而消失。但是在关元俞、上髂与次髂之间存在着一个“高热敏

胫骨平台骨折,均采用手术切口复位,钢板固定。其中男 22 例,女 7 例;年龄 18~72 岁,平均 31.05 岁;车祸伤 19 例,高空坠落伤 6 例,砸伤 3 例,挤压伤 1 例;左侧 9 例,右侧 20 例;开放性骨折 4 例,闭合性骨折 25 例;根据 Schatzker 分类方法,I 型 5 例,II 型 8 例,III 型 6 例,IV 型 5 例,V 型 4 例,VI 型 1 例;合并内侧副韧带损伤 2 例,外侧副韧带损伤 2 例,髁间棘骨折脱位 2 例,内侧半月板损伤 2 例,外侧半月板损伤 3 例。随机分成高尔夫钢板内固定结合“带”,经统计治疗组 30 例患者中就有 18 例在此带区内找到热敏穴并激发感传,疾病好转后 18 例患者中仅 7 例仍可诱发感传。从解剖结构来看,该区处于神经根发出处,在该区行灸疗可直接刺激到硬脊膜、神经根、腰丛神经及脊神经后支,使气至病所。应用此法治疗股骨头坏死,可促进髋关节局部血液循环,促进经气运行,使气至病所,再加丹参^[3]祛瘀止痛,活血通经,有“一味丹参散,功同四物汤”之说,内外兼治,很好地改善了髋关节周围的供血状况,为股骨头提供了更好的供血条件,从而为缺血的股骨头提供了充足的血运,可促进死骨的清除和新骨的生成。

热敏灸疗法是一项全新的针灸治疗方法,具有操作简便、无痛苦、无副作用、病人接受程度高的优势。对于股骨头坏死早期患者,从本研究结果中可以看出治疗组疗效持久,复发率较低,疗效明显优于治疗组,值得进一步研究。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 201-202
- [2] 刘百海, 李玲. 活门板减压术治疗股骨头坏死[J]. 中国医药导报, 2006, 27(9): 56
- [3] 陈卫衡, 林娜, 王胜, 等. 非创伤性股骨头坏死与激素、酒精的相关性研究[J]. 中国医药导报, 2006, 27(32): 16-18
- [4] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化的临床应用[J]. 中国针灸, 2007, 27(3): 199-202
- [5] 王曙东, 周军. 丹参药理研究及临床应用概况[J]. 中医药信息, 2000, 17(2): 9-11

(收稿日期: 2010-11-25)

桃红四物汤加减方治疗(治疗组)16例,单纯高尔夫钢板内固定术治疗(对照组)13例。两组性别、年龄差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用硬膜外麻醉或全麻。患者平卧位,大腿根部安放空气止血带。常规使用膝枕,保持患肢屈膝 45° 。取膝前外侧切口,有半月板破裂的切除半月板暴露关节面,通过“骨折窗”清理关节,恢复关节面解剖,关节面塌陷者采用撬拨复位,人工骨或自体骨植骨。术中确认关节面恢复良好后行高尔夫钢板内固定。术后治疗遵循传统内固定手术原则,内外侧切口常规放置负压引流,术后常规使用弹力绷带1~2周以减少积血、减轻伤口肿胀,同时抬高患肢。两组手术方法及术后处理相同。治疗组术后能进饮食时开始加用桃红四物汤加减方口服。

1.2.2 桃红四物汤加减方组成及用法 桃仁 15 g,红花 10 g,当归 20 g,川芎 20 g,赤芍 10 g,生地 12 g,茯苓 10 g,没药 10 g,乳香 10 g,川牛膝 10 g,柴胡 8 g,枳壳 8 g,陈皮 10 g,日 1 剂,连用 10 d;然后改方剂为桃仁 10 g,红花 10 g,当归 15 g,川芎 15 g,白芍 10 g,熟地 15 g,茯苓 10 g,骨碎补 10 g,杜仲 10 g,川牛膝 10 g,补骨脂 10 g,自然铜 10 g,日 1 剂,连用 15 d。汤剂均由望城县骨伤科医院药剂科代煎,150 mL/次,2 次/d。

1.3 疗效标准 优:骨性愈合,膝关节伸屈正常,活动无疼痛,恢复原工作。良:骨性愈合,膝关节屈曲达 110° ,行走无疼痛,可恢复原工作。可:骨性愈合,膝关节屈曲达 90° ,膝关节有不稳或时有疼痛,对体力劳动有一定影响。差:骨折畸形愈合,膝关节屈曲小于 90° ,膝关节常有疼痛,不能适应体力劳动^[1]。

1.4 统计学方法 所有数据均用 SPSS13.0 统计软件处理。组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。治疗组优良率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
治疗组	16	9	5	2	0	87.5
对照组	13	4	3	4	2	53.8

2.2 典型病例 雷某,男,48岁,2009年5月因车祸外伤急诊入院。X线片示左外侧胫骨平台塌陷,腓骨头骨折,确诊为胫骨平台骨折。入院后即行骨折复位,左侧胫骨外踝高尔夫钢板固定术,术中探查左外侧半月板破裂,行外侧半月板切除。术后能

进饮食时开始加用桃红四物汤加减方口服,每天 1 剂,分 2 次口服,连用 3 周。出院后随访半年,患者康复良好,骨性愈合,膝关节伸屈正常。

3 讨论

3.1 高尔夫钢板内固定的优点 胫骨平台骨折在膝部骨折中非常多见,由于伸膝装置结构复杂,胫骨平台骨折往往引起关节面的塌陷及劈裂,关节腔内渗血渗液,从而造成膝关节软组织及骨结构粘连,最终导致膝关节僵硬、屈膝功能受限或创伤性关节炎等并发症。Lachiewicz 等^[2]认为手术治疗要做到:(1)解剖复位;(2)采用坚强的内固定;(3)塌陷的骨折必须复位后植骨。内固定不坚强易致负重后骨折处再移位,导致远期膝外翻或膝内翻畸形。高尔夫钢板松质骨螺钉能靠近关节面呈“木筏形固定”,为关节面提供良好的支撑,防止后期复位关节面的再塌陷。

3.2 桃红四物汤加减方的使用原理 外伤与手术创伤对于关节而言都是一种损害,易出现关节局部的充血肿胀或淤血出现,骨折时造成经骨外膜进入骨内营养血管及中央血管断裂,断端血运不良,不但影响骨折断端组织的生长,而且造成骨坏死,尤其是胫骨平台骨折,由于血液循环的破坏,延迟愈合和骨不连的发生机率大大增加。清·陈士铎在《辨证录》中说:“血不活者瘀不去,瘀不去则骨不能连也。”因此,在手术治疗胫骨平台骨折的同时若能采用活血化瘀、理气止痛药物口服,更有利于关节局部气血通畅,腠理疏松,有利于改善膝关节局部血液循环,减轻疼痛,对预防伸膝装置粘连有较好的预防作用,有利于膝关节功能的恢复。桃红四物汤出自清·吴谦等所著《医宗金鉴》,由桃仁、红花、当归、赤芍、生地、川芎组成,全方活血调经,主治血瘀所致的月经不调、痛经、闭经、崩漏以及眼底出血之暴盲者,是中医伤科用活血祛瘀法治疗骨折的基本方。根据损伤的发展过程,初期(伤后 1~2 周内)由于气滞血瘀,需以消肿止痛、活血化瘀为主,中后期(3~6 周)虽疼痛肿胀症状改善,但瘀祛而未尽,疼痛减轻而未止,仍应以活血化瘀、和营生新、接骨续损为主。笔者采用桃红四物汤加减方治疗胫骨平台骨折,初期方中桃仁是常用活血、化瘀中药,具有疏通血脉、祛除瘀血之功效;红花为活血化瘀中药,常用于血脉闭塞、跌打损伤、疮疡肿痛等证;当归补血活血止痛;生地黄具有滋阴补血、生津的功效;川芎具有行气活血、祛风镇痛之功效;牛膝补肝肾,强筋骨,活血利水;柴胡、枳壳、陈皮行气止痛;中后期方中熟地、白芍具有和营生新之功效;自然铜、骨碎

纵切横缝治疗混合痔术后并发肛管狭窄 21 例临床观察

袁可¹ 廖波¹ 琚晓¹ 指导老师:黄德铨²

(1 成都中医药大学 2004 级中西医临床七年制硕士研究生 四川成都 610075; 2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072)

摘要:目的:观察纵切横缝治疗痔术后并发肛管狭窄的临床疗效。方法:对 21 例痔术后并发肛管狭窄患者采用纵切横缝治疗的临床资料作系统回顾性分析。观察临床疗效、肛门功能、排便情况。结果:21 例痔术后并发肛管狭窄患者近期全部治愈,治愈率 100%。术后所有患者肛门功能正常,大便自解通畅。随访 0.3~3 年未见复发。结论:纵切横缝治疗混合痔术后并发肛管狭窄可获得较好的临床效果。

关键词:纵切横缝;肛管狭窄;混合痔术后

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.022

混合痔术后并发肛管狭窄主要由于临床上手术治疗不当或内痔注射术后感染、坏死导致肛门皮肤缺损所致,是术后常见的并发症之一。收集我院 2007 年 3 月~2010 年 6 月混合痔术后并发肛管狭窄患者,采用纵切横缝手术治疗,临床疗效确切。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 21 例混合痔术后并发肛管狭窄患者为 2007 年 3 月~2010 年 6 月我院收治的住院病人,男性 10 例,女性 11 例;年龄 17~55 岁,平均年龄为 32.5 岁;病程半月~1 年,平均 6 个月;均因混合痔手术治疗不当或内痔注射术后感染、坏死导致肛门皮肤缺损所致。其中混合痔外剥内扎术 16 例,外痔切除加内痔注射术 5 例。主要表现为不同程度的排便困难,便条变细,少数患者伴有肛门疼痛,其中轻度狭窄 5 例,中度狭窄 15 例,重度狭窄 1 例。

1.2 诊断标准^[1] 轻度狭窄:症状较轻,以排便不畅为主,肛门直肠指检可通过术者食指,但麻醉下两指不能通过;中度狭窄:狭窄部位孔径在 1 cm 左右,术者食指通过困难,但小指可以通过,有明显的排便困难和不畅,伴有因狭窄所致的全身症状和不完全性肠梗阻症状;重度狭窄:狭窄部孔径小于 1 cm,术者小指不能通过,仅容指尖,甚至棉签方可通过,症状严重,均伴有较严重的全身症状及不完全性、慢性肠梗阻症状。

1.3 治疗方法

补、牛膝、补骨脂有祛瘀、生新、接骨续损之功效。诸药合用,标本兼治,活血化瘀,活营生新,接骨续损,使气血畅通,经络得疏。

总之,对于胫骨平台骨折的治疗,稳定的手术内固定,是进行早期功能锻炼的基础,早期功能锻炼是预防膝关节僵直的有效手段。术后结合活血化瘀中药的口服治疗,有促进肿胀消退及防止或减少

1.3.1 术前准备 术前进流质饮食 1 d,术前清洁灌肠。

1.3.2 手术方法 麻醉采用腰骶穴麻醉^[2],待麻醉显效后转膀胱截石位,常规消毒铺巾,消毒肛管及直肠下端。在肛门后正中做一纵形切口,上至齿线上 0.5 cm,下至肛缘外 0.5 cm,切断瘢痕,切断栞膜带、部分内括约肌及外括约肌皮下部;潜行分离切口边缘皮肤及黏膜,用 2 号丝线从切口上端黏膜进针,稍带基底组织,再从切口下端皮肤穿出,拉拢切口两端丝线结扎,将黏膜与皮肤横行间断缝合 5~7 针,对合切口,查无活动性出血,凡士林纱条塞入肛内,塔纱包扎固定。

1.3.3 术后处理 (1)流质饮食 2 d,控制大便 2 d;(2)静脉予预防性抗感染治疗 3~5 d,便后伤口换药,其中换药采用我院自制紫草油砂和熊珍膏塞肛,两者具有清热解毒、消炎止痛的功效;(3)术后 7 d 开始行伤口间断拆线。

2 结果

21 例肛管狭窄患者术后自解大便通畅,肛门括约功能正常,无伤口感染及局部裂开。专科检查:肛门镜检顺利通过,指检肛管及直肠下端松紧度适中,可轻松容纳一横指。平均住院天数 7~10 d,随访 0.3~3 年未见复发。

3 讨论

混合痔手术治疗不当或内痔注射术后感染、坏死导致肛门皮肤缺损,引起肛管狭窄,为混合痔术关节粘连、僵直的作用。钢板内固定手术治疗结合活血化瘀中药内服是治疗胫骨平台骨折的有效方法。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:170
[2]Lachiewicz ZP,Funeik T.Factors influencing the results of open reduction and internal fixation of tibial plateau fractures [J].Clin Orthop,2007,259:210

(收稿日期:2010-11-04)