

3 讨论

髌骨骨折的患者经常出现下肢静脉血栓、消化系统溃疡、褥疮、肺部和泌尿系统感染等并发症,特别是下肢静脉血栓会造成严重的后果,血栓脱落可能会导致肺梗塞,甚至危及患者生命。其形成的主要原因是:创伤或手术而引起的机体凝血因子释放增加;患者活动减少后出现血液循环减慢;肢体肿胀压迫使血管腔变狭窄;或者创伤后肢体血管壁受损等。故对无明显禁忌证的患者,要尽早进行手术,以使患者术后早期能够尽早进行功能锻炼,方便护理,减少因长期卧床引起的各种并发症,降低致残率和病死率。

对于骨质疏松症不严重的稳定型股骨粗隆间骨折,使用动力髌内固定治疗可取得较好的效果,但是,对于骨质疏松症较重的中老年患者,动力髌主钉容易从股骨颈内切割,而导致髌内翻畸形。PFNA 内固定治疗股骨粗隆间骨折具有手术操作简便、组织创伤小、切口出血少和固定牢靠等优点。螺旋刀片既可以防止断端旋转,又可以轴向挤压,防止骨量丢失,力学稳定性良好,有利于术后早期进行肢体功能

锻炼。中医药治疗方面,我们按照骨折三期辨证论治^[5]:早期:术前行活血化瘀、消肿止痛治疗,术后行清热凉血、消肿止痛治疗,结合抗静脉血栓等治疗^[6],以预防围手术期各种并发症;中期:给予祛瘀生新,接骨续筋治疗;后期:气血虚者行补益气血、强筋健骨治疗,肝肾虚者行培补肝肾、强筋健骨等治疗,以促进骨折愈合。术后早期指导患者进行功能锻炼,以利于肢体功能恢复。将中医学和现代医学技术相结合,取长补短,能够取得更好的疗效,中老年股骨粗隆间骨折行闭合复位+PFNA 内固定结合中药治疗是目前理想的治疗方法。

参考文献

- [1]李钰军,黄远翘.股骨粗隆间骨折 DHS 和 PFNA 术后并发症的临床分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(4):333-334
- [2]张立国,张学斌,庞政生,等.微创 PFNA 治疗高龄股骨粗隆间骨折短期疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(10):916-917
- [3]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,1994.170-171
- [4]王亦璁,姜保国.骨与关节损伤[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2012.1180-1194
- [5]王和鸣.骨科学[M].北京:北京科学技术出版社,2007.243-248
- [6]王月,王铁铸,吕志伟,等.老年髌骨骨折术后下肢深静脉血栓的预防[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):137-138

(收稿日期:2014-12-25)

中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的临床应用价值

彭苏琦 钟波涛 李皓莘

(广东省珠海市香洲区第二人民医院骨科 珠海 519000)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的应用价值。方法:选取 2013 年 6 月~2014 年 8 月我院收治的胫骨平台骨折患者 60 例,均行切开复位内固定术,按随机数字表法将 60 例患者分成实验组 30 例和对照组 30 例,对照组给予常规康复训练,实验组给予中西医结合康复治疗,对比两组康复效果。结果:实验组 3 个月内骨折愈合率为 50.0%,高于对照组的 30.0%($P<0.05$);实验组并发症发生率为 3.3%,低于对照组的 16.7%($P<0.05$);术后 6 个月,实验组上下楼能力评分、屈曲能力评分、行走能力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中具有较高的应用价值,值得临床推广应用。

关键词:胫骨平台骨折;术后康复;中西医结合疗法;应用价值

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.014

手术治疗胫骨平台骨折,可恢复关节正常力线,为术后功能锻炼提供有利条件。切开复位内固定术后,胫骨平台骨折患者便进入术后康复锻炼期,康复锻炼期为膝关节功能恢复的关键时期,术后早期活动可促进全身和局部血液循环,利于关节软骨修复、再生,还能有效防止关节黏连^[1]。本文探讨了中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的应用价值,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 6 月~2014 年 8 月我

院收治的胫骨平台骨折患者 60 例。纳入标准^[2]:(1)经 X 线片或 CT 诊断为胫骨平台骨折;(2)膝关节局部肿胀、疼痛,患肢屈曲活动受限;(3)新鲜骨折,均接受切开复位内固定术;(4)自愿参与本研究。排除标准:(1)病历及影像学资料不完整患者;(2)胫骨平台陈旧性骨折患者;(3)严重呼吸系统疾病、心脑血管疾病、肝肾疾病及血液系统疾病者;(4)不愿参与本研究。按随机数字表法将入选病例分为实验组和对照组各 30 例,对比两组基本资料, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组研究对象基本资料对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男 (例)	女 (例)	年龄 (岁)	体重指数 (kg/m ²)	骨折类型[例(%)]		
						I	II	III
实验组	30	15	15	43.31±3.62	23.62±2.36	10(33.3)	12(40.0)	8(26.7)
对照组	30	16	14	44.21±3.36	23.11±3.61	11(36.7)	11(36.7)	8(26.7)
P				>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法 入院后为所有患者行跟骨牵引,给予活血化瘀、消肿等对症支持治疗,择期行切开复位内固定术。

1.2.1 对照组 术后给予常规治疗及护理措施,借助弹力绷带包扎患肢,术区放置负压引流管,局部冷敷 24 h,进行抗感染、消肿、止痛等对症支持治疗措施。卧床期间指导患者进行呼吸练习,病情稳定后给予康复训练(包括肌力训练、关节活动训练、平衡和步态训练),积极防治并发症。

1.2.2 实验组 术后给予中西医康复治疗。(1)术后第 14、21、28 天,在患者膝关节腔内注射 2 ml 玻璃酸钠 +1.0 ml 2%利多卡因;(2)遵循中医三期辨证论治原则,按早、中、后三期进行中医辨证治疗,早期(伤后 1~2 周)给予化瘀止痛汤,以活血化瘀、消肿止痛;中期(伤后 3~6 周)给予续骨活血汤,以活血化瘀、接骨续筋;后期(受伤 7 周以后)给予仙灵骨葆胶囊,以养气血、补肝肾、壮筋骨,促进骨折愈合;(3)手术切口甲级愈合拆线后(手术 2 周后),给予推拿疗法治疗,手法包括一指禅推法、擦法、揉法、拿法,力度由轻到重,15 min/次,1~2 次/d,10 d 为 1 个疗程;(4)术后 3 周应用针灸疗法治疗,准备长为 1~15 cm 毫针,针刺患肢阳陵泉、阴陵泉、膝眼、鹤顶等穴位,得气后留针 30 min,1 次/d,针灸疗法在常规功能锻炼后进行。

1.3 疗效评定^① 对两组患者进行 6 个月的随访,了解患者骨折愈合时间及并发症发生情况;按照 Lysholm 膝关节功能评分的相关标准评价患者膝关节能力。

1.4 数据处理 应用 SPSS11.0 处理相关数据,计量数据采用 t 检验,以($\bar{x} \pm s$)表示;计数数据采用 χ^2 检验,以[例(%)]表示。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组骨折愈合时间比较 实验组患者 3 个月内骨折愈合率为 50.0%,高于对照组的 30.0%,组间比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组骨折愈合时间比较[例(%)]

组别	n	<2 个月	2~3 个月	3~4 个月	4~5 个月	3 个月内骨折愈合
实验组	30	2(6.7)	13(43.3)	10(33.3)	5(16.7)	15(50.0)*
对照组	30	1(3.3)	8(26.7)	15(50.0)	6(20.0)	9(30.0)
χ^2						9.512
P						<0.05

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组 Lysholm 评分比较 术后 6 个月,实验组上下楼能力评分、屈曲能力评分及行走能力评分均高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组肿胀评分比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组 Lysholm 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	上下楼能力评分	屈曲能力评分	行走能力评分	肿胀评分
实验组	30	9.69±2.31*	18.65±0.63*	29.31±3.21*	8.23±1.32
对照组	30	7.10±1.32	13.21±2.10	22.35±2.63	8.65±1.23
t		6.034	11.921	12.954	3.654
P		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症发生情况比较 实验组出现 1 例创伤性关节炎,并发症发生率为 3.3%;对照组出现 1 例膝关节僵硬,1 例下肢深静脉血栓,3 例创伤性关节炎,并发症发生率为 16.7%;比较两组并发症发生率,差异有统计学意义, $\chi^2 = 6.459$, $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来,我国社会经济发展迅速,各种致伤事故时有发生,胫骨平台骨折患者也日益增多。临床研究证实^②,中西医结合康复治疗用于胫骨平台骨折术后患者,能减轻患肢疼痛、肌肉紧张症状,促进骨折愈合,提高膝关节功能恢复效果。本研究结果显示,实验组 3 个月内骨折愈合率高于对照组,并发症发生率低于对照组,术后 6 个月上下楼能力评分、屈曲能力评分、行走能力评分均高于对照组, $P < 0.05$,与相关研究结果一致^③,提示中西医结合疗法可缩短胫骨平台骨折患者骨折愈合时间,提高疾病恢复效果,改善预后。

功能锻炼对骨折康复具有积极的意义,常规的功能锻炼包括肌力训练、关节活动训练、平衡和步态训练。肌力训练能减轻关节源性肌肉抑制效应,防止肌肉萎缩,还能促进周围静脉和淋巴循环,促进新陈代谢,防止静脉血栓发生,并预防关节软骨退变;关节活动训练可加速关节软骨和周围韧带、肌腱愈合再生,提高关节部位软组织的弹性和柔韧性,减轻膝关节周围软组织粘连,缓解关节疼痛感;平衡和步态训练能让患者逐步适应行走状态,促进关节本体感觉恢复。但临床实际中,部分患者无法忍受疼痛,欠缺功能锻炼,术后患肢会发生关节黏连或僵硬^④。功能锻炼和中西医结合康复疗法相辅相成,优势互补,用于胫骨平台骨折术后患者,可最大限度恢复患者膝关节活动度,预防关节黏连发生,促进膝关节功能恢复,缩短骨折愈合时间。术后早期,向患者关节腔内注射玻璃酸钠,能改善膝关节活动度,预防膝关节黏连,减少创伤性关节炎发生。

中医学认为^⑤,骨折愈合是一个“瘀去、新生、骨合”的持续渐进过程,治疗时应遵循“活血化瘀、续筋

接骨、补益肝肾”的三期立法原则。骨折早期,气滞血瘀、血溢脉外、脉络受损,应给予活血化瘀中药;骨折中期,气滞血瘀渐消,但骨尚未连接,应给予续筋接骨中药;骨折后期,疼痛已消,骨已生长,但肝肾亦亏虚,故应给予补益肝肾中药。现代药理学表明,三期立法用药治疗胫骨平台骨折,能促进瘀血吸收,减少炎性物质渗出,加速骨小梁、骨痂生长,缩短骨折愈合时间。

推拿揉捏、弹筋拨络可放松膝关节周围肌腱、韧带,降低膝关节紧张度,防止肌肉萎缩。功能锻炼后,为患者进行推拿治疗,可缓解训练引发的肌肉酸痛感和疼痛感,减少患者对止痛药物的依赖。针灸促进骨折愈合,操作简便,易被患者接受,膝眼、鹤顶为膝部疼痛经验穴;针刺阴陵泉能利水消肿;针刺阳陵穴可舒筋活络;诸穴合用,可共奏消肿止痛、舒筋活

血之效。综上所述,中西医结合疗法在胫骨平台骨折术后康复中具有较高的应用价值,值得临床推广应用。

参考文献

[1]朱宝发,丰小勇,谈斐,等.中西医结合在胫骨平台骨折术后康复治疗中应用[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(22):60-61
 [2]杨丽明,傅瑞芸.中医综合疗法在胫骨平台骨折术后康复中的应用[J].中医正骨,2013,25(12):56-58
 [3]叶立亮.胫骨平台骨折术后康复治疗对膝关节功能恢复的影响[J].中国实用医药,2014,9(2):245-246
 [4]张景川,朱婉萍,胡斌昌,等.中药熏洗配合功能锻炼在胫骨平台骨折术后康复中的临床价值[J].中外医疗,2014,33(27):168-169
 [5]杨康骅,戴闻.胫骨平台骨折内固定术后功能康复[J].中国矫形外科杂志,2012,20(2):147-148
 [6]杨媛媛,谢艳兰,苏荣锦.中药烫疗结合推拿手法在胫骨平台骨折术后康复治疗效果观察[J].北方药学,2012,9(8):64-65
 [7]刘光宇,刘涛.针灸联合常规训练应用于胫骨平台骨折术后康复中的临床意义[J].现代中西医结合杂志,2015,24(7):757-759

(收稿日期: 2015-04-06)

三联疗法配合清瘀方熏蒸治疗湿热瘀阻型 盆腔炎 30 例临床观察 *

洪丽美 黄熙理 沈燕慧 左圣兰

(福建中医药大学附属漳州市中医院 漳州 363000)

摘要:目的:比较三联疗法和三联疗法配合清瘀方熏蒸治疗湿热瘀阻型盆腔炎的临床疗效。方法:按入住顺序先后,将 60 例湿热瘀阻型盆腔炎患者随机分为治疗组和对照组。对照组予“丹参针、双黄连冻干粉”静滴,配合中药内服、中药保留灌肠的三联疗法,28 d 为 1 个疗程,其中静滴 14 d;治疗组在对照组的治疗基础上,加用“清瘀方”(透骨草 60 g、大黄 20 g、艾叶 20 g、黄柏 10 g、延胡索 10 g、威灵仙 10 g)熏蒸患处,28 d 为 1 个疗程。经期暂停药。结果:治疗组临床症状缓解时间较对照组短,两组总有效率比较有统计意义。结论:三联疗法配合清瘀方熏蒸治疗湿热瘀阻型盆腔炎疗效更佳。

关键词:盆腔炎;三联疗法;清瘀方;随机对照

中图分类号:R711.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.015

盆腔炎 (pelvic inflammation disease, PID) 是一种常见妇科疾病^[1],是指女性内生殖器(包括子宫、输卵管、卵巢)及其周围的结缔组织和盆腔腹膜的炎症,常导致异位妊娠及不孕症,近年来该病的发病率呈逐年上升趋势。本研究采用常规三联疗法配合清瘀方熏蒸治疗湿热瘀阻型盆腔炎,取得较好疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2013 年 1 月~2014 年 6 月入住我院中医妇科住院部的盆腔炎患者 60 例,按入住顺序先后分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组患者年龄 21~45 岁,平均年龄 (28.23± 3.64) 岁,平均病程 (3.13± 2.67) 年;对照组患者年龄 20~46 岁,平均年龄 (29.10± 3.52) 岁,平均病程 (3.27± 2.32) 年。两组患者在年龄、临床表现、病程等方面均无明显差异, P>0.05,具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 (x̄± s)

组别	n	年龄(岁)	病程(年)	输卵管炎(例)	盆腔粘连(例)
治疗组	30	28.23± 3.64	3.13± 2.67	20	18
对照组	30	29.10± 3.52	3.27± 2.32	18	17

1.2 诊断标准 参照《中医妇科学》^[2]“慢性盆腔炎”中的诊断标准制定:(1)既往有急性盆腔炎、阴道炎、节育及妇科手术感染史,或有不洁性生活史;(2)临床表现:下腹部及腰骶部疼痛,可伴有低热起伏、易疲劳、劳则复发、带下增多、月经不调、不孕;(3)妇科检查子宫触压痛,活动受限,宫体一侧或双侧附件增厚,压痛,甚至触及炎症包块;(4)B 超:探及输卵管增粗、积水,或盆腔炎性包块,或盆腔内有带状无回声;或输卵管通畅试验(通液、造影):显示输卵管一侧或两侧不通或通而不畅;造影显示盆腔粘连。

1.3 中医证候诊断 参照《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗慢性盆腔炎临床研究指导

* 基金项目:福建中医药大学附属单位 2012 年校管科研课题(编号:XB2012040)