

中药口服配合手法复位后小夹板外固定治疗桡骨远端骨折

李红波

(河南省辉县市中医院中医骨伤 辉县 453600)

摘要:目的:探讨中药口服配合手法复位后小夹板外固定治疗桡骨远端骨折的疗效。方法:选取 2017 年 8 月~2019 年 10 月收治的桡骨远端骨折患者 84 例,按随机数字表法分为对照组和试验组,各 42 例。对照组行常规手法复位,试验组在对照组基础上使用温阳健骨汤治疗。比较两组腕关节功能、腕关节活动度、消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间。结果:试验组腕关节功能优良率高于对照组,消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间短于对照组,腕关节旋后度、旋前度、掌屈度、背伸度、桡偏角度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中药口服配合手法复位后小夹板外固定治疗桡骨远端骨折患者效果显著,可有效缩短消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间,提高腕关节活动度,增强腕关节功能。

关键词:桡骨远端骨折;中药;手法复位后小夹板外固定;温阳健骨汤;腕关节功能

中图分类号:R274.11 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.009

桡骨远端骨折属于临床常见的骨折类型之一,多见于中老年女性,若不及时给予患者正确且有效的治疗,可继发腕关节僵硬、慢性疼痛、活动功能受限等,降低患者生活质量^[1]。西医多使用手法复位后小夹板外固定治疗,能控制骨折对位,促进患者早期实施肢体功能锻炼,利于患肢血运改善,促进消肿,并能促进新骨形成,加快骨折愈合^[2-3]。但治疗期间,常出现骨折复位容易但难以保持位置固定的难题,且易出现患处筋膜和软组织受损,影响治疗效果。中医认为,桡骨远端骨折是“祛瘀、新生、骨和”的过程,肾主骨、生髓,肾精血充足则骨折易愈合,治疗上应以温阳补肾为主。基于此,本研究旨在分析中药口服配合手法复位后小夹板外固定治疗桡骨远端骨折的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 8 月~2019 年 10 月在我院接受治疗的桡骨远端骨折患者 84 例,按随机数字表法分为试验组和对照组,各 42 例。试验组女 30 例,男 12 例;年龄 55~82 岁;平均年龄(68.24±2.16)岁;受伤原因:坠落伤 14 例,车祸伤 15 例,跌倒伤 13 例。对照组女 32 例,男 10 例;年龄 56~79 岁,平均年龄(68.34±2.08)岁;受伤原因:坠落伤 13 例,车祸伤 17 例,跌倒伤 12 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获得医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医符合《外科学》^[4]中相关诊断标准:腕部肿胀、呈餐叉样畸形,或因骨折远端向尺侧、掌侧移位,无明显腕关节畸形。中医符合《桡骨远端骨折中医诊疗指南》中相关诊断标准:腕部屈伸功能活动受限、合并前臂旋转功能受限、被动活动时剧烈疼痛^[5];具有明确的外伤史;桡骨远端可见纵轴叩痛,触诊可闻及骨擦音;经 MRI、CT 等影像学检查

确诊。

1.3 入组标准 纳入标准:符合上述中西医诊断标准;单纯性闭合型骨折;签署知情同意书;骨折至就诊时间在 24 h 内。排除标准:精神疾患;过敏体质;因骨癌、先天性骨病等导致的病理性骨折;伴肝肾功能严重不全;伴血液系统疾病;伴严重心脑血管疾病;入组前 6 个月内服用影响钙或骨代谢药物。

1.4 治疗方法 对照组行常规手法复位,取仰卧位,操作者双手握住患者手部,助手握住前臂近肘关节处,对抗牵引约 4 min,按照骨折位置选择复位方式,Smith 骨折和 Colles 骨折分别使用背伸桡偏复位、掌屈尺偏复位,确认复位满意后,用小夹板固定,绷带、纱布固定且保留 1 指松紧度,将患肢屈曲呈直角用三角巾悬吊于颈部,指导患者轻度运动肩关节和手指关节。术后 4 周将小夹板外固定拆除,根据患者病情恢复情况,指导其实施腕关节功能锻炼。试验组在对照组治疗基础上口服温阳健骨汤治疗,方药组成:熟地黄、鹿角胶(烊化)各 20 g,芥子 15 g、细辛 3 g、肉桂 10 g、骨碎补 15 g、续断 15 g、菟丝子 10 g、玄参 10 g,加水煎至 200 ml,分早晚餐后温服,每日 1 剂,连续治疗 30 d。

1.5 观察指标 (1)比较两组拆除小夹板 14 d 后腕关节活动度,旋后度、旋前度、掌屈度、背伸度、桡偏角度。(2)比较两组消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间。(3)比较两组临床疗效。优:活动不受限,无疼痛,功能无损伤,背伸或掌屈位减小 $<15^{\circ}$,握力同健侧;良:剧烈活动受限,偶尔疼痛,背伸或掌屈位减小 $15^{\circ}\sim30^{\circ}$,握力与功能接近正常;可:工作活动轻微受限,经常疼痛,背伸或掌屈位减小 $30^{\circ}\sim50^{\circ}$,握力与功能减弱;差:正常活动受限,持续疼痛,背伸或掌屈位减小 $>50^{\circ}$,握力和功能显著减弱^[6]。优良率=(优例数+良例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 试验组优良率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	优	良	可	差	优良
对照组	42	18(42.86)	16(38.10)	5(11.90)	3(7.14)	34(80.95)
试验组	42	29(69.05)	11(26.19)	2(4.76)	0(0.00)	40(95.24)
χ^2						4.087
P						0.043

2.2 两组消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间比较 试验组消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间比较($d, \bar{x} \pm s$)				
组别	n	消肿时间	疼痛缓解时间	骨折愈合时间
对照组	42	8.14 $\pm$ 1.29	7.60 $\pm$ 1.34	44.70 $\pm$ 6.68
试验组	42	6.15 $\pm$ 1.24	5.32 $\pm$ 1.25	37.19 $\pm$ 6.26
t		7.208	8.063	5.316
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组腕关节活动度比较 拆除后,试验组旋后度、旋前度、掌屈度、背伸度、桡偏角度均大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组腕关节活动度间比较($^{\circ}, \bar{x} \pm s$)											
组别	n	旋后度		旋前度		掌屈度		背伸度		桡偏角度	
		拆除时	拆除后	拆除时	拆除后	拆除时	拆除后	拆除时	拆除后	拆除时	拆除后
对照组	42	80.49 $\pm$ 5.64	83.39 $\pm$ 6.28	76.69 $\pm$ 7.41	82.29 $\pm$ 8.22	42.39 $\pm$ 7.29	43.56 $\pm$ 7.36	40.55 $\pm$ 4.59	42.15 $\pm$ 4.70	10.28 $\pm$ 4.22	10.35 $\pm$ 4.27
试验组	42	80.56 $\pm$ 5.59	89.51 $\pm$ 7.10	76.72 $\pm$ 8.08	88.95 $\pm$ 8.90	42.40 $\pm$ 7.26	51.25 $\pm$ 7.90	40.62 $\pm$ 4.60	49.01 $\pm$ 5.08	10.27 $\pm$ 4.29	15.42 $\pm$ 4.54
t		0.057	4.184	0.018	3.563	0.006	0.616	0.011	6.424	0.011	5.272
P		0.955	0.000	0.986	0.001	0.995	0.000	0.991	0.000	0.991	0.000

3 讨论

手法复位后小夹板外固定是临床治疗桡骨远端骨折的常用手段,以中医学理论为基础,辅以现代医学影像学,以肢体动态平衡原则实施治疗,可有效维持复位后骨折端的稳定,防止发生错位,恢复骨折断端血运、软组织等,避免过度压迫而延迟愈合^[7-8]。手法复位后小夹板外固定形成开放性创口,避免发生创口感染等现象,对获得良好愈合有促进作用。但骨折复位治疗中,会牵拉患处筋膜和软组织,导致患者出现炎症反应、水肿等,影响患者病情康复,且骨折愈合时间较长,可能会增加二次创伤发生风险。

中医认为,肾为先天之本,其藏精、生髓、主骨,肾中精气充盈利于骨的生长发育。桡骨远端骨折患者多为中老年人,精气渐衰,本之动摇,温化无力。而肾主骨,肾阳虚损则骨髓生化乏源,骨骼失去濡养,易发生骨折。元气可推动血液运行,肾精不足则无力化生元气,血运无力则血瘀,阻碍经脉,水谷不布散,失养于骨骼,增加脆性。肝肾同源,肝主筋,骨折必伤肝,肝血不充,血不养筋,筋病难愈。《素问·痿论》载:“脾主身之肌肉。”脾是人体正气的源泉,生化气血,主肌肉,外伤皮肉腠理,脾气虚弱,寒湿内生,脾阳困遏,寒凝气结,骨折难以为续。故中医认为桡骨远端骨折属于阳虚寒凝血瘀虚实夹杂证,需以温阳健骨、补肾治疗为主。本研究结果显示,试验组腕关节功能优良率高于对照组,消肿、疼痛缓解、骨折愈合时间短于对照组,腕关节旋后度、旋前度、

掌屈度、背伸度、桡偏角度大于对照组,提示联合中药口服治疗效果更佳。温阳健骨汤方中以熟地黄、鹿角胶为君药,前者能填精益髓、滋阴补血,后者为血肉有情之品,善强壮筋骨、助阳补肾,两者配伍,一阳一阴,阴阳相得,温阳养血。肉桂、芥子、细辛为臣药,肉桂善补命门之火而助阳,可植心肾之气,导百药;细辛温通经脉;芥子祛经络之痰,能使君药滋而不腻、补而不滞。续断、玄参、骨碎补、菟丝子为佐药,起到疗伤续折、强筋健骨之效,使君药温阳健肾作用增强。全方补血药与温阳药联用,滋腻、辛散相伍,益髓、扶阳,故通经络、充精髓、筋骨自健。此外,鹿角胶可增加骨小梁数量,增加成骨细胞数量,对破骨细胞合成形成抑制,拮抗骨吸收;熟地黄能抑制骨吸收;芥子、玄参能促进血液循环,增加骨折部位营养,增强代谢物质,增加骨矿化活动;续断、补骨脂能拮抗破骨细胞^[9-10]。诸药合用能使骨骼生物力学增加,使胶原合成降低,抑制骨吸收,使骨溶解和丢失延长,促进骨形成,缩短骨折愈合时间,加快腕关节功能恢复。

综上所述,中药口服配合手法复位后小夹板外固定治疗桡骨远端骨折患者能缩短消肿时间、疼痛缓解时间、骨折愈合时间,提高腕关节活动度,增强腕关节功能,改善患者病情。

参考文献

[1]杜竑颖,王伟伟,殷钰涵.中药内服兼治桡骨远端骨折术后肿胀及疼痛疗效观察[J].中国中医急症,2016,25(6):1136-1138.
[2]信金党,郑昆仑.手法复位小夹板固定配合金(下转第 73 页)

后 5 min、拔管后 0.5 h 以及拔管后 1 h 镇静效果均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组不同时间段镇静效果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	拔管后 5 min	拔管后 0.5 h	拔管后 1 h
对照组	30	4.96± 1.20	4.23± 0.91	1.74± 0.56
观察组	30	3.24± 0.85	3.01± 0.40	2.59± 0.31
t		6.406	6.722	7.274
P		0.000	0.005	0.000

3 讨论

宫腔镜为纤维光源内窥镜,对所观察部位具有放大效应,利于直观、准确判断病灶位置、大小及范围,同时可清晰显示细微组织结构,利于提高疾病诊疗准确性及有效性^[9]。宫腔镜手术具有一定创伤性,因而在实施过程中需进行有效镇痛,以减轻患者术中应激反应。此外,该术式用时较短、不需开腹,故要求所选麻醉药物具有诱导迅速、作用平稳、镇静完善且可快速苏醒等优势^[7]。

七氟烷为卤素类吸入性麻醉药,多用于全麻诱导阶段,具有起效快、觉醒平稳、肌松良好且血气分配系数低等特点,在发挥作用的同时可有效减轻喉保护性反射,调节心肌收缩,进而降低呼吸抑制,减少血管阻力,稳定患者血流动力学^[8-9]。但值得注意的是,七氟烷单独应用时,需大剂量、长时间吸入方可获得有效动脉血浓度,受此影响,患者血流动力学可出现失衡现象,从而影响手术进程。因而,应联合应用其他麻醉药物,以提高麻醉安全性及可靠性。本研究结果显示,T1、T2 时,两组 SpO₂、MAP、HR 水平均较麻醉前下降,但观察组较对照组高;观察组拔管后 5 min、拔管后 0.5 h 以及拔管后 1 h 镇静效果优于对照组,表明右美托咪定复合七氟烷麻醉在宫腔镜手术患者中应用效果显著,利于稳定血流动力学,提升镇静效果。分析其原因为右美托咪定为 α₂-肾上腺素受体激动剂,可选择性抑制外周交感神经活性,从而阻碍去甲肾上腺素的释放,延缓神经冲动的传导,进而达到镇静、镇痛的目的^[10-11];同时,可抑制伤害性反应神经元的电生理活动,触发脊髓背角内的钾离子内流,致使突触后膜超极化,进而减轻痛

感,稳定患者血流动力学^[12]。该药还可作用于脑干蓝斑内去甲肾上腺素能细胞群,调节睡眠、觉醒等生理过程,进而产生催眠及镇静作用^[13]。与七氟烷联合应用时,可有效减少后者使用剂量并延长其作用时间,同时减轻血浆内儿茶酚胺反应,进而维持机体内环境稳态,提升麻醉及镇静效果^[14]。

综上所述,右美托咪定复合七氟烷麻醉在宫腔镜手术患者中应用效果较好,可稳定血流动力学,提升镇静效果。

参考文献

[1]赵赢,费建平.右美托咪定复合瑞芬太尼可唤醒麻醉在宫腔镜手术中的应用[J].临床药物治疗杂志,2017,15(11):60-64.
[2]阙洪源,宋强,高成杰.右美托咪定、七氟烷联合全麻下喉罩通气行宫腔镜手术的疗效观察[J].中国妇幼健康研究,2017,28(7):842-844.
[3]王杰荣.七氟醚和丙泊酚复合舒芬太尼在喉罩通气宫腔镜手术中的应用比较[J].广西医科大学学报,2016,33(4):679-681.
[4]孙星峰,董苏琳,黄绍强,等.不同剂量羟考酮复合异丙酚和瑞芬太尼用于宫腔镜手术患者的麻醉效果[J].复旦学报(医学版),2019,46(4):504-507,514.
[5]王加仑,李建,林凤颜,等.预先注射地佐辛联合地塞米松在宫腔镜手术中的应用及对患者术后的镇痛效果[J].实用药物与临床,2019,22(4):401-404.
[6]翟利平,徐公元,邓爱华.宫腔镜术中右美托咪定复合异丙酚的麻醉效果[J].中国妇幼健康研究,2017,28(4):472-474.
[7]叶玉萍,欧阳辉旺,王阿琳,等.不同剂量右美托咪定用于门诊宫腔镜手术全麻的安全性及有效性观察[J].广东医学,2017,38(14):2224-2226.
[8]陈新艳,牛世坤,房先杰,等.右美托咪定联合七氟烷吸入在宫腔镜电切术中的麻醉效果研究[J].中国内镜杂志,2017,23(6):21-25.
[9]黄文杰,胡继红.宫腔镜电切术应用右美托咪定联合七氟烷吸入麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(6):771-773.
[10]彭晓静,张树波.右美托咪定复合依托咪酯用于宫腔镜手术的麻醉效果[J].中国临床研究,2018,31(11):1522-1525.
[11]汪燕,詹莎莎.右美托咪定及丙泊酚联合地佐辛用于宫腔镜手术麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(1):39-41.
[12]金豪杰,陈兰凤,高宝斌,等.右美托咪定对女性患者成功置入喉罩时瑞芬太尼效应室浓度的影响[J].中华全科医学,2017,15(2):234-236,301.
[13]刘松涛,朱丽娇,周海.羟考酮复合右美托咪啉在宫腔镜手术中的应用效果[J].热带医学杂志,2017,20(11):1202-1205.
[14]黄群,刘静,毛姗姗,等.右美托咪定静脉泵注联合七氟醚吸入麻醉在宫腔镜电切术中的麻醉效果[J].中国医药导报,2018,15(34):106-109.

(收稿日期: 2020-09-11)

(上接第 21 页)黄膏外用治疗稳定型桡骨远端骨折 68 例[J].山东中医杂志,2018,37(6):488-490.
[3]关业宁,周志,黄兹谕.活血壮骨汤联合夹板外固定治疗老年桡骨远端骨折愈合效果的临床评价及对患者体内骨代谢的影响[J].四川中医,2018,36(7):148-151.
[4]陈孝平,汪建平.外科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013:360-362.
[5]李红专,赵继荣,李盛华,等.《桡骨远端骨折中医诊疗指南》临床应用评价[J].中华中医药杂志,2016,31(11):4615-4618.
[6]王和鸣.中医伤科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:124.

[7]莫冰峰,尹东,黄宇,等.手法整复小夹板固定与外固定架固定治疗老年桡骨远端骨折效果对比观察[J].山东医药,2016,56(44):89-91.
[8]孙丰强,王海,王昀,等.小夹板固定联合芪骨胶囊治疗老年桡骨远端骨折临床研究[J].中国临床医生杂志,2016,44(1):60-62.
[9]张朝仁,邓友章,常振湘,等.活血疏经方中药熏洗对稳定性桡骨远端骨折后期功能恢复的影响[J].世界中西医结合杂志,2016,11(8):1140-1142,1146.
[10]黎旭军,何晖,刘存东,等.温阳健骨汤联合手法复位对老年患者桡骨远端骨折康复效果研究[J].陕西中医,2018,39(1):95-97.

(收稿日期: 2020-09-15)