

探讨切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折的疗效及预后

代炳红 冯焕然

(河南省淮滨县人民医院滨湖院区中西医结合外科 淮滨 464400)

摘要:目的:探讨切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折的疗效及预后。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 6 月行手术治疗的桡骨远端不稳定骨折患者 58 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 29 例。对照组给予切开复位内固定术及常规康复疗法,观察组给予切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗。对比两组骨折治疗效果及预后情况。结果:观察组疼痛评分、住院时间、骨折愈合时间均明显低于对照组($P<0.05$);观察组治疗优良率明显高于对照组($P<0.05$);观察组术后 3、6 个月时掌倾角、尺偏角以及桡骨高度明显高于对照组($P<0.05$);两组术后并发症发生率比较无显著差异($P>0.05$)。结论:切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折可有效提升骨折治疗效果,改善患者预后。

关键词:桡骨远端不稳定骨折;切开复位内固定;中医分期辨证;上肢运动功能

中图分类号:R683.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.013

桡骨远端不稳定骨折是临床上较为常见的骨折类型,多因直接暴力或间接暴力因素所致,病情一般较为严重、复杂,需手术恢复解剖学结构及妥善固定、对症康复治疗后,方可最大程度恢复上肢运动功能^[1-2]。切开复位内固定是目前临床治疗四肢骨折最常用的外科术式之一,可最大程度恢复骨折断端解剖学结构,但由于桡腕关节解剖结构相对复杂,且周围存在复杂的血管神经走行,因此切开复位内固定术后极易发生多种并发症或上肢功能障碍,严重影响患者术后运动功能及生活质量^[3]。近年来中医疗法在骨折手术辅助治疗中的应用越来越广泛。本研究旨在探讨切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折的疗效及预后。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2020 年 6 月于我院行手术治疗的桡骨远端不稳定骨折患者 58 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 29 例。对照组男 18 例,女 11 例;年龄 35~68 岁,平均年龄(48.5 ± 7.1)岁;左侧骨折 15 例,右侧骨折 14 例;AO 分型:A2 型 1 例,A3 型 3 例,B1 型 12 例,B3 型 5 例,C1 型 6 例,C2 型 2 例;病程时间 2~7 d,平均病程(3.8 ± 1.2)d。观察组男 17 例,女 12 例;年龄 33~66 岁,平均年龄(49.2 ± 6.7)岁;左侧骨折 16 例,右侧骨折 13 例;AO 分型:A2 型 1 例,A3 型 4 例,B1 型 11 例,B3 型 6 例,C1 型 6 例,C2 型 1 例;病程时间 2~6 d,平均病程(3.5 ± 1.0)d。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:签署知情同意书;经临床症状及影像学检查明确诊断为不稳定型桡骨远端骨折,满足《外科学》第 9 版^[4]中相关诊断标准;拟行切开复位内固定术;能够积极配合治疗。排除标准:合并恶性

肿瘤;合并精神疾病;合并其他部位骨折;合并全身急慢性感染。

1.2 治疗方法 对照组患者行切开复位及 T 型钢板的内固定术治疗,术后接受早期上肢主、被动功能康复训练及负重训练等。观察组则在切开复位内固定术围术期进行中医辨证施治。早期骨折术后 1~2 周时以活血祛瘀、通腑排便为核心,采用加味桃核承气汤治疗,方剂组成:桃仁去皮 12 g,大黄 12 g,桂枝去皮 6 g,炙甘草 12 g,芒硝 6 g。中期术后 3~4 周时以活血生新、接骨续筋为核心,采用加味续骨活血汤,方剂组成:当归 12 g,赤芍 12 g,白芍 10 g,生地 8 g,红花 12 g,地鳖虫 6 g,骨碎补 12 g,川续断 10 g。后期术后 4 周以补益肝肾、温经通络为主,采用加味养筋健骨汤治疗,方剂组成:熟地、山茱萸各 15 g,青皮 6 g,白芍、川断、杜仲、当归、茯苓、五加皮、牛膝各 10 g。

1.3 观察指标 于患者出院时采用视觉模拟评分法(VAS)评价两组患者疼痛程度,并记录两组住院时间、骨折愈合时间。术后 3 个月根据 Matta 评价标准评估两组患者治疗效果,优为上肢等长无旋转,桡腕关节运动正常无疼痛,关节无畸形;良为肢体不等长,无旋转,运动功能基本正常,患处无明显疼痛;可为上肢不等长,功能轻度障碍,患处轻度疼痛;差为肢体不等长且存在旋转,桡腕关节运动功能障碍,患处疼痛。优良率 = (优例数 + 良例数) / 总例数 × 100%。于术后 3 个月、6 个月拍摄 X 线平片测量患肢掌倾角、尺偏角及桡骨高度。随访 6 个月后统计两组患者术后并发症(切口感染、腕管综合征、肌腱断裂等)发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料

以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标比较 观察组 VAS 评分、住院时间、骨折愈合时间均明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表1 两组临床指标比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	VAS 评分(分)	住院时间(d)	骨折愈合时间(月)
观察组	29	1.19± 0.54	7.95± 1.02	4.98± 1.65
对照组	29	3.28± 0.77	10.42± 1.65	7.23± 1.49
t		3.092	3.832	4.291
P		0.045	0.039	0.027

2.2 两组治疗效果比较 观察组治疗优良率明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表2 两组治疗效果比较[例(%)]						
组别	n	优	良	可	差	优良
观察组	29	12(41.38)	15(51.72)	2(6.90)	0(0.00)	27(93.10)
对照组	29	8(27.59)	12(41.38)	9(31.03)	0(0.00)	20(68.97)
χ^2						5.865
P						0.021

2.3 两组术后掌倾角、尺偏角及桡骨高度比较 观察组术后 3、6 个月时掌倾角、尺偏角及桡骨高度均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表3 两组术后掌倾角、尺偏角及桡骨高度比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	n	术后 3 个月			术后 6 个月		
		掌倾角(°)	尺偏角(°)	桡骨高度(mm)	掌倾角(°)	尺偏角(°)	桡骨高度(mm)
观察组	29	11.46± 1.74	23.10± 2.28	11.50± 2.18	10.90± 1.87	22.74± 2.17	10.72± 2.09
对照组	29	7.25± 2.44	19.46± 3.43	9.14± 2.10	6.29± 1.49	16.82± 2.11	8.50± 1.34
t		4.682	5.529	3.201	5.592	6.912	3.091
P		0.042	0.033	0.045	0.032	0.022	0.048

2.4 两组术后并发症发生率比较 两组术后并发症发生率比较无显著差异 ($P>0.05$)。见表 4。

表4 两组术后并发症发生率比较[例(%)]						
组别	n	切口感染	腕管综合征	肌腱断裂	其他	总发生
观察组	29	0(0.00)	2(6.90)	1(3.45)	1(3.45)	4(13.79)
对照组	29	1(3.45)	2(6.90)	1(3.45)	2(6.90)	6(20.69)
χ^2						1.479
P						0.083

3 讨论

桡骨远端不稳定骨折患者术后极易因手术损伤、骨折所致的神经软组织损伤导致腕管综合征、肌腱断裂等并发症,影响患者桡腕关节稳定性、术后康复效果、生活质量及上肢运动功能,而通过合理、科学的康复训练对降低术后并发症、提升上肢运动功能具有良好的促进作用,但仅通过康复训练难以达到良好的骨折愈合效果^[5-6]。本研究结果显示,观察组 VAS 评分、住院时间、骨折愈合时间均明显低于对照组,治疗优良率明显高于对照组,且术后 3、6 个月时掌倾角、尺偏角及桡骨高度均明显高于对照组,两组术后并发症发生率比较无显著差异,表明切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折的效果更为理想,且患者疼痛程度更低、骨折愈合时间更快。骨折的中医治疗过程为“祛瘀、新生、骨合”,骨折早期骨骼、脉络受损而导致局部气滞血瘀、瘀积不散,进而导致脾胃热伤,在治疗方面以活血化瘀、通腑排便为主^[7-8],中期患者骨折引起的瘀肿已基本消退,疼痛明显缓解,但骨折断端尚未完全愈合,因此治疗以接骨续筋为主,到后期骨折断端骨痂已明显生长,患者普遍存在有四肢无力、腰痛腿软

症状,部分患者在活动后甚至会存在隐痛症状,因而在治疗时以强筋壮骨、滋补肝肾为主^[9]。而本组研究中采用的加減桃核承气汤中桃仁、大黃、桂枝具有良好的活血化瘀、散瘀止痛功效,加減虎骨活血汤则具有续骨活血、祛瘀止痛功效,养筋健骨汤则具有补益肝肾、强筋壮骨的功效,在骨折不同时期予以中医对症治疗可进一步加快骨折愈合速度,促进桡腕关节功能的恢复,对不稳定型骨折的愈合与康复均具有重要的促进意义^[10]。

综上所述,切开复位内固定术结合中医分期辨证治疗桡骨远端不稳定骨折可有效提升骨折治疗优良率,对骨折的愈合与康复都具有积极作用。

参考文献

[1]曹卿飞.中医综合疗法治疗桡骨远端骨折与手术治疗的疗效比较[J].四川中医,2019,37(8):159-161.
[2]钟林宽,吴信仿,毛飞.中医手法复位对桡骨远端骨折患者复位质量与腕关节功能恢复的影响[J].实用医院临床杂志,2019,16(5):251-254.
[3]蓝芳令.切开复位钢板内固定在桡骨远端不稳定骨折患者中的应用[J].中国当代医药,2020,27(9):71-74.
[4]陈孝平,汪建平,赵继宗.外科学[J].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.452.
[5]庞向华,周建飞,洪定钢.外固定架联合中药抗骨质疏松治疗对老年不稳定型桡骨远端骨折患者桡骨远端高度及腕关节功能的影响[J].广西医学,2019,41(16):64-67.
[6]杨春生,路丹.中西医结合治疗老年骨质疏松性桡骨骨折 56 例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(1):88-90.
[7]邹来勇,涂国卿,朱玉辉,等.基于三期辨证用药理论研究桃红四物汤促进骨折愈合的影响[J].中国中医药现代远程教育2020,18(19):115-118.
[8]刘斌,苏晓川,滕军燕.中西医结合治疗骨折原则的新启示[J].中华中医药杂志,2020,35(10):4.
[9]李瑛.骨折的中医三期治疗临床应用[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(13):71-71.
[10]王雷,陈坤.三期辨证联合手法整复夹板固定治疗老年伸直型桡骨远端骨折疗效观察[J].山西医药杂志,2020,49(8):919-922.

(收稿日期: 2021-05-10)