

• 中医中药 •

血府逐瘀汤合防己黄芪汤加减治疗骨伤后期肢体肿胀疗效观察

王玉祥

龙岩人民医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 研究骨伤后期肢体肿胀患者采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗的临床效果。**方法** 选择在我院接受治疗的 80 例骨伤后期肢体肿胀患者, 通过随机分组的方式分成对照组 (40 例) 和治疗组 (40 例)。对照组采用甘露醇进行治疗; 治疗组采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗。比较两组药物治疗总有效率、药物不良反应、肿胀现象消失时间、住院总时间、骨折部位功能复常时间、治疗前后生活质量评分。**结果** 治疗组患者药物治疗总有效率达到 92.5%, 高于对照组的 75.0%; 有 2 例药物不良反应出现, 少于对照组的 9 例; 肿胀现象消失时间、住院总时间、骨折部位功能复常时间短于对照组; 治疗前后生活质量评分的改善幅度大于对照组。组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 骨伤后期肢体肿胀患者采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗, 能够减少不良反应, 改善生活质量, 在短时间内控制症状, 缩短住院和恢复时间, 使治疗效果显著提升。

【关键词】 骨伤; 肢体肿胀; 血府逐瘀汤; 防己黄芪汤; 有效率

【中图分类号】 R274.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7711 (2020) 03-088-02

骨伤后期阶段出现的肿胀属于在骨折手术或自然愈合之后出现的一种迟迟无法完全消除的肿胀现象^[1]。该症状的出现不仅仅会对广大骨伤患者的患肢功能恢复产生不利影响, 甚至还会导致伤筋等相关并发症的出现。而目前临床上主张对骨伤后期肿胀, 通过中医辨证法进行治疗, 且已经取得了令人满意的效果^[2]。本文研究骨伤后期肢体肿胀患者采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗的临床效果。汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 11 月 -2019 年 11 月在我院接受治疗的 80 例骨伤后期肢体肿胀患者, 通过随机分组的方式分成对照组 (40 例) 和治疗组 (40 例)。对照组中男性 27 例, 女性 13 例; 患者年龄 19-75 岁, 平均 39.8 ± 6.5 岁; 骨折发生时间 1-26 小时, 平均 8.2 ± 1.5 小时; 上肢骨折 18 例, 下肢骨折 22 例; 治疗组中男性 25 例, 女性 15 例; 患者年龄 19-77 岁, 平均 39.6 ± 6.3 岁, 骨折发生时间 1-28 小时, 平均 8.1 ± 1.7 小时; 上肢骨折 16 例, 下肢骨折 24 例。数据组间无统计学意义 ($P > 0.05$), 可以进行比较分析。

1.2 方法

对照组采用甘露醇进行治疗, 静脉滴注复方甘露醇注射液, 每次 250mL, 每天用药一次, 连续治疗一个星期; 治疗组采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗, 主要方剂组成包括防己、黄芪各 15g, 桃仁 12g, 牛膝、生地黄、当归、红花、白术各 9g, 赤芍、甘草、枳壳各 6g, 桔梗、川芎各 5g, 柴胡 3g。不思饮食、面色无华、纳呆加用党参和茯苓, 痰饮、气喘者加用茯苓和半夏, 四肢不温、腰膝酸软者加用肉桂和附子, 上肢肿胀严重加羌活, 下肢肿胀严重加川牛膝。水煎服, 每日一剂, 分早晚各一次服用, 连续治疗一个星期。

1.3 评价标准

治疗效果: 显效: 治疗后患者患肢围度的下降程度达到甚至超过 9mm, 骨折治疗计划顺利进行; 有效: 治疗后患者患肢围度的下降程度达到甚至超过 6mm, 但没有达到 9mm, 骨折治疗计划实施略受影响; 无效: 治疗后患者患肢围度的下降程度没有达到 6mm, 或进一步增大, 或出现其他并发症^[3]。

生活质量: 采用 SF-36 量表进行调查, 主要包括 8 个方面, 36 个问题, 满分为 100 分, 分数越高则说明患者的生活质量越高^[4]。

1.4 观察指标

(1) 药物治疗总有效率; (2) 药物不良反应; (3) 肿胀现象消失时间、住院总时间、骨折部位功能复常时间; (4) 治疗前后生活质量评分。

1.5 数据处理

采用 SPSS18.0 软件对研究数据进行处理, $P < 0.05$ 时差异存在统计学意义, 计数、计量资料分别进行 χ^2 和 t 检验, 后者以 ($\bar{x} \pm s$) 的形式予以表示。

2 结果

2.1 药物治疗总有效率

治疗组总有效率高于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 总有效率数据统计 [n(%)]

组别	例数 (n)	无效	有效	显效	总有效率
对照组	40	10 (25.0)	17 (42.5)	13 (32.5)	30 (75.0)
治疗组	40	3 (7.5)	12 (30.0)	25 (62.5)	37 (92.5)*

注: 与对照组比较 $\chi^2=4.46$, $*P < 0.05$

2.2 不良反应

治疗组有 2 例药物不良反应出现, 少于对照组的 9 例, 发生率分别为 5.0% 和 22.5%, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 肿胀现象消失时间、住院总时间、骨折部位功能复常时间治疗组短于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 肿胀现象消失时间、住院总时间、骨折部位功能复常时间数据统计结果 (d)

组别	例数 (n)	肿胀消失	住院时间	骨折部位功能复常
对照组	40	7.98 ± 0.27	10.62 ± 2.75	113.84 ± 6.29
治疗组	40	4.03 ± 0.51	6.95 ± 1.40	81.43 ± 4.08
t 值		13.628	14.001	32.526
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 治疗前后生活质量评分

治疗后两组 SF-36 评分高于治疗前, 组内有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后组间有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗前组间无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3: 治疗前后生活质量评分数据统计 (分)

组别	例数 (n)	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	40	56.07 ± 6.21	81.73 ± 5.29	30.551	< 0.05
治疗组	40	58.44 ± 5.42	90.34 ± 4.10	38.593	< 0.05
t 值		7.813	18.492		
P 值		> 0.05	< 0.05		

3 讨论

作者简介: 王玉祥 (1988-) 男, 福建龙岩人, 硕士研究生, 住院医师, 中医骨伤学。

(下转第 91 页)

方可恢复活动功能;经 8 周治疗后,患者的患肢功能尚未完全恢复,其因活动功能障碍产生的负性情绪变化及社交功能变化,未得到充分改善,因此,患者的生活质量改善状况欠佳。而相比之下,引入针灸治疗后,针灸手法对痉挛性偏瘫患者曲池穴、手三里穴、合谷穴等的刺激,则可缩短其活动功能障碍恢复时间,随着活动功能的变化,其生活质量的不良影响因素逐渐消失,因此,其生活质量变化较大。上述结果证实:按照足少阳经、足太阳经、手少阳经、手阳明经标准取穴,可有效发挥针灸治疗的价值,借助针灸的舒经通络、散瘀活血、理气镇痛等功效,纠正痉挛性偏瘫患者的活动功能障碍,并促进患者生活质量的改善。

综上所述,宜于痉挛性偏瘫患者的中医针灸治疗中,选择手阳明经、手少阳经、足少阳经及足太阳经取穴,以促进患者活动功能的恢复。

表 2: 生活质量变化 [分, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	45	49.16 $\pm$ 7.26	54.62 $\pm$ 5.93
观察组	46	49.22 $\pm$ 7.31	58.16 $\pm$ 5.49
t	-	0.19	4.13
P	-	> 0.05	< 0.05

参考文献:

- [1] 张璐, 方剑乔. 针灸对老年脑卒中后痉挛性偏瘫患者肢体运动功能、日常生活活动能力的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17):4222-4223.
- [2] 胡佩廷, 蔡礼松, 曹建平, 等. 关刺法合温针灸辅助易化

康复技术对缺血性卒中痉挛性偏瘫患者的影响 [J]. 现代实用医学, 2019, 31(07):933-935.

[3] 杨兰兰. 针灸治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的价值分析 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(10):65-66.

[4] 苟娟平. 基于神经解剖学温针灸与穴位贴敷治疗脑卒中痉挛性偏瘫的临床研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(10):1061-1064.

[5] 刘晓华, 肖爱玲, 冯晓杰, 等. 血栓通联合针灸治疗中风后痉挛性偏瘫价值分析 [J]. 中国农村卫生, 2018(22):85.

[6] 高波. 头针疗法联合循经取穴治疗中风后痉挛性偏瘫的效果研究 [J]. 中国实用医药, 2018, 13(31):19-20.

[7] 黄宗菊, 黄平. 温针灸对中风后痉挛性偏瘫患者运动功能的改善作用 [J]. 四川中医, 2018, 36(06):184-186.

[8] 夏兆新. 针灸联合康复治疗治疗脑血管意外后痉挛性偏瘫的疗效分析 [J]. 世界复合医学, 2018, 4(05):4-6.

[9] 李峰, 陈劲松, 涂美, 等. 温针灸配合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效分析 [J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(02):14-17.

[10] 孔谐和, 黄琴峰, 杨光, 等. 针灸治疗痉挛性偏瘫临床选穴规律探析 [J/OL]. 上海针灸杂志, 2019(11):1302-1309.

[11] 胡彩虹, 李小军, 周彩莲, 等. 温针灸、反射性抑制模式对脑卒中痉挛性偏瘫治疗的临床研究 [J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S3):451-452.

[12] 周香意. 大活络胶囊配合针灸治疗脑梗塞后痉挛性偏瘫的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(08):53-54.

(上接第 88 页)

以往临床对骨折后期出现肢体肿胀现象的患者进行治疗,多数情况下建议在术后早期阶段实施综合性治疗,积极有效的消肿治疗是其基本原则,通过此方法可以使治疗时间显著缩短,为骨折局部功能的修复提供方便条件。而中医学理论在研究后认为,对骨折后期肢体肿胀进行治疗的时候,需要通过补气养血、通经活络的方式达到消肿的目的^[5]。血府逐瘀汤合防己黄芪汤加减方案进行治疗,可以对有效消肿产生积极的促进作用。该方所含的柴胡主要具有疏肝理气的治疗功效,枳壳主要具有降气的治疗功效,牛膝能够达到祛瘀活血的效果,猪苓、茯苓、白术三味中药联合,可以发挥健脾利水的作用,甘草能够调和诸药,泽泻则主要具有利水渗湿的功效,红花、当归、赤芍、桃仁、川芎几味联合可以达到活血化瘀的效果。上述多种药物联合应用,可以为骨折后期肢体肿胀的迅速消退起到积极的促进作用,使患者的预后更加理想^[6]。总之,骨折后期肢体肿胀患者采用中药血府逐瘀汤联合防己黄芪汤进行治疗,能够减少不良反应,改善生活质量,

在短时间内控制症状,缩短住院和恢复时间,使治疗效果显著提升。

参考文献:

- [1] 顾罗加, 孙文里. 自拟中药方剂联合推拿治疗骨折患者后期肢体肿胀临床观察 [J]. 中国中医急症, 2014, 23(9):1721-1722.
- [2] 郑秋涛, 王爱军, 李立东, 等. 祛湿活血通络法治四肢长骨骨折术后肿胀的疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(9):1666 - 1667.
- [3] 程红霞, 张琴, 付艳, 等. 中药伤科油纱外敷改善四肢骨折患者术后肢体疼痛及肿胀的效果观察 [J]. 广西医科大学学报, 2017, 34(1):147 - 150.
- [4] 周国柱, 朱金华, 江萍, 等. 四黄悬液外敷治疗骨折早期肢体肿痛的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 14(3):251 - 253.
- [5] 张永春. 自制消肿止痛洗剂外敷治疗外伤后肢体肿胀的临床观察 [J]. 山西医药杂志, 2016, 45(3):295 - 297.
- [6] 吕书政, 刘金山, 刘阳, 等. 参芪知甘汤治疗骨科术后肢体肿胀疼痛临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 16(11):97 - 99.

值得临床推广。

参考文献:

(上接第 89 页)

期较长,极易导致患者出现耐药性,降低治疗效果,且西药常规治疗对患者的预后效果较差。有研究表明^[6],中药治疗乙型肝炎病毒慢加急性肝衰竭具有较好的保肝效果,且能提升患者机体免疫力,提高其对病毒的抵抗能力,对患者整体机能的改善均有重要帮助,可以减轻患者所受的疾病痛苦,改善其就诊体验。本研究中,观察组使用土茯苓组方进行治疗,该方剂中包含土茯苓、玄参两味药,两味药均具有解毒、除湿等作用,对病毒慢加急性肝衰竭治疗具有针对性。结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,该结果表示治疗乙型肝炎病毒慢加急性肝衰竭在西药常规治疗基础上联合使用土茯苓组方,能有效提升治疗效果,提升患者恢复速度,这对改善患者预后意义重大。另外,中药的应用能够减少西药在治疗中的使用剂量,且可减少其不良反应发生几率,而这正是土茯苓组方安全性的体现。

综上所述,土茯苓组方联合常规西药治疗乙型肝炎病毒慢加急性肝衰竭临床效果显著,且不良反应较少,具有较高用药安全性。

[1] 肖志鸿, 吴丽, 陈国良. 陈国良教授清热解毒凉血法治肝衰竭的经验 [J]. 光明中医, 2017, 32(4):484-486.

[2] 张伟. 慢性乙型肝炎抗病毒治疗中恩替卡韦和干扰素的应用观察 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(z2):204-205.

[3] 李阿利, 刘均艳, 王素云, 等. 恩替卡韦联合糖皮质激素治疗早期乙型肝炎肝衰竭的临床疗效观察 [J]. 中国医师进修杂志, 2018, 41(9):789-792.

[4] 陈瑛, 李楠. 熊去氧胆酸联合还原型谷胱甘肽治疗脂肪性肝病的临床研究 [J]. 中国基层医药, 2017, 24(11):1650-1653.

[5] 刘俊平, 范竹萍, 李海, 等. 姜黄素对非酒精性脂肪性肝炎的氧化和抗氧化调节作用 [J]. 中华传染病杂志, 2018, 36(3):139-144.

[6] 毕启超, 林敏如. 慢加急性肝衰竭水肿患者的中医整体护理疗效观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(23):125-127.