

中医手法 + 中药内服外用治疗桡骨远端骨折的临床效果分析

韦 伟 马启之

宾阳县中医医院 广西南宁 530400

【摘要】目的 分析中医手法 + 中药内服外用治疗桡骨远端骨折的临床效果。**方法** 纳入本单位 2018 年 01 月至 2019 年 12 月间 96 例桡骨远端骨折患者作研究样本, 采用随机数字表法分组, 取其中 48 例为对照组, 施行单纯手法复位治疗; 另 48 例为实验组, 施行中医手法 + 中药内服外用联合治疗。比较两组疗效指标差异。**结果** 实验组疗效、骨愈合及肿胀消退时间佳于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 予桡骨远端骨折患者中医手法复位联合中药内服外用治疗效果确切, 可促患者疾病早日健康转归。

【关键词】 中医; 手法复位; 中药; 内服外用; 桡骨远端骨折

【中图分类号】 R687.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 03-011-02

桡骨远端骨折好发于老年群体, 此类人群伴有程度不一的骨质疏松症状, 加之身体机能衰退, 因此手术治疗有一定风险, 保守治疗在此类患病人群中利用率高。中医手法复位在不影响骨折端血运的前提下, 能够有效保留原有软组织与骨膜, 促进骨结构恢复, 是桡骨远端骨折保守治疗之基础^[1]。为进一步提升桡骨远端骨折患者的治疗效能, 笔者提出在中医手法复位基础上加以中药内服外用, 并纳入本单位 96 例临床确诊患者作研究样本, 作以下论述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入本单位 2018 年 01 月至 2019 年 12 月间 96 例桡骨远端骨折患者作研究样本, 采用随机数字表法分组, 取其中 48 例为对照组, 男女比例 26:22, 平均年龄 (52.47 ± 10.82) 岁, AO 分型: 15 例 A 型, 27 例 B 型, 6 例 C 型; 另 48 例为实验组, 男女比例 28:20, 平均年龄 (53.14 ± 11.08) 岁, AO 分型: 16 例 A 型, 26 例 B 型, 6 例 C 型。研究已上报本单位伦理委员会并获得批准, 以上基线资料对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

(1) 纳入标准: ①确诊桡骨远端骨折^[2]; ②知晓本次研究内容并自愿被纳入组, 签署同意书; ③可全程参与研究; ④可耐受相应治疗者。

(2) 排除标准: ①合并其他部位骨折; ②合并严重脏器疾病者; ③认知功能障碍或精神类疾病者; ④严重全身性感染; ⑤妊娠、哺乳期女性。

1.2 方法

对照组施行中医手法复位治疗, 实验组施行中医手法 + 中药内服外用联合治疗。

中医手法复位治疗: 局麻满意后开始治疗, 患肢上臂取外展位, 肘关节保持 90° , 前臂为旋前位, 将手心朝下, 让助手握住患肢肘上方, 术者双手握住患肢腕部进行对抗牵引治疗 (3min), 解除短缩畸形, 恢复骨端长度; 然后术者拇指压住骨折远端向远侧推挤, 余指置于掌侧, 顶住骨折近端, 加大屈腕角度, 纠正成角畸形。最后腕关节向内侧挤压, 纠正侧方移位。放置压垫, 用超腕关节小夹板外固定 4~6 周。绷带条扎紧夹板后悬于胸前。复位后复查 X 线片均提示骨折端对位对线良好。

中药内服 (根据骨折内治三期用药, 1 剂/d, 2 次分服):

①早期 (伤后 2 周内): 气滞血瘀证 (治法主活血祛瘀, 消肿

止痛): 桃红四物汤加减: 生地 15g, 当归、延胡索各 12g, 莪术、花粉、桃仁、赤芍、红花各 10g, 川芎、乳香、没药、甘草各 6g。②中期 (伤后 3~4 周): 营血不调证 (治法主接骨续筋, 调和营卫): 续骨活血汤加减: 熟地 15g, 当归、骨碎补、白芍、党参各 12g, 川断、川仲、自然铜各 10g, 川芎、红花、没药、甘草各 6g, 地鳖虫 5g。③后期 (伤后 4 周以上): 肝肾亏虚证 (治法主补益肝肾, 强壮筋骨): 补肾活血汤加减: 熟地 15g, 当归、川芎、秦艽、白芍、党参各 12g, 川仲、寄生、五加皮、川断、骨碎补、黄芪、四方藤各 10g, 川芎、甘草各 6g, 地鳖虫 5g。

中药外用: 药膏外敷, 方药: 桃仁、红花、归尾、乳香、没药、黄柏、泽兰、大黄、川断、骨碎补、自然铜、杜仲、牛膝、苏木各等份, 上药共研细末, 加入适量凡士林熬制成膏。复位后根据患处大小取适量药膏摊于纱布, 贴敷于患处, 2 日更换 1 次药膏。

1.3 观察指标

观察两组骨愈合时间、肿胀消退时间及疗效。

疗效: ①优: 患侧疼痛消失, 具备正常活动能力, X 线提示关节面平整, 骨折处对位对线佳; ②可: 患侧伴有一定疼痛, 腕关节功能有所恢复, X 线提示关节面不平整 ($< 2\text{mm}$), 骨折功能复位, 略有短缩; ③差: 患侧持续疼痛, 关节活动度减幅 50° , X 线提示关节面不平整 ($> 2\text{mm}$) 短缩畸形。治疗有效率 = $[(\text{优} + \text{可}) / \text{总例数}] \times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组骨愈合及肿胀消退时间比较

实验组骨愈合及肿胀消退时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组骨愈合及肿胀消退时间比较 ($\bar{x} \pm s$), d

组别	骨愈合时间	肿胀消退时间
实验组 (n=48)	40.83 ± 6.15	4.06 ± 1.10
对照组 (n=48)	52.03 ± 7.82	8.85 ± 1.71
t	7.800	16.322
P	0.001	0.001

2.2 两组疗效比较

实验组疗效大于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组疗效比较 $n(\%)$

组别	优	可	差	有效率
实验组 ($n=48$)	29	18	1	47 (97.92)
对照组 ($n=48$)	23	17	8	40 (83.33)
χ^2	12.527			
P	0.001			

3 讨论

作为临床四肢骨折中一类较常见的高发病症, 桡骨远端骨折拥有较高发病率。针对此类患者的治疗在于快速恢复关节面平整与桡骨远端力线。科学的治疗手段能够促使患者疾病早日康复; 不当的治疗操作, 轻则延缓患者恢复周期, 重则导致患者腕关节畸形, 严重影响患者身心健康与未来生活质量。

大部分桡骨远端患者可经保守治疗实现疾病健康转归。中医手法复位联合夹板外固定治疗操作便捷, 已被临床证实为有效的治疗手段^[3]。夹板固定能够更好地约束骨折对位, 同时有助于后续早期的运动训练, 促进骨愈合。但骨折毕竟恢复周期长, 病期下患者生活质量受到严重影响, 对此思考如何提升患者恢复效能, 具有一定实际价值。

本次研究结果显示, 实验组有效率、骨愈合及肿胀消退时间佳于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。究其原因, 笔者将中药内服外用与中医手法复位相联合, 三期用药各异, 骨折早期气血瘀滞, 用药以破为主, 祛瘀生新, 加快肿胀消退,

中期气血不和, 经络不通, 用药以和为主, 调和营卫, 续筋接骨, 促进血运; 后期久病体虚, 用药以补为主, 益气养血, 滋补肝肾, 壮筋骨, 利关节, 加快患者骨痂生长, 提升骨愈合速度。结合药膏外敷, 药力直达患处, 活血化瘀, 消肿止痛, 续筋接骨。正是由于中药内服外用, 药效相合, 进而加快骨折患者健康转归^[4-5]。

综上, 予桡骨远端骨折患者中医手法复位联合中药内服外用治疗效果确切, 可促患者疾病早日健康转归。

参考文献:

[1] 张杰, 霍力为, 周阳升, 等. 手法复位小夹板外固定结合中药治疗中老年桡骨远端骨折疗效观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(10):98-100.

[2] 李永志, 董博, 欧国峰, 等. 手法复位小夹板固定联合三味骨伤胶囊治疗桡骨远端骨折的临床疗效观察[J]. 河北中医, 2019, 41(2):186-190.

[3] 王广伟, 霍力为, 罗曼, 等. 手法复位夹板外固定配合中药外洗治疗 Cooney IV 型桡骨远端骨折的效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(18):61-63, 67.

[4] 李玉彬, 徐春华, 吴飏, 等. 手法复位联合中药熏洗治疗桡骨远端骨折疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(19):2126-2128.

[5] 高继红, 许青青. 中药外敷联合冷敷治疗桡骨远端骨折手法复位后早期肿胀临床研究[J]. 河南中医, 2017, 37(6):1067-1069.

(上接第 9 页)

眼症眼表炎症患者实施普拉洛芬滴眼液治疗, 能够促使各项临床症状, 如眼部疼痛、畏光、干涩视力模糊等症状尽快改善, 同时有效控制炎症, 最终达到治疗的目的。

综上, 干眼症眼表炎症患者的理想治疗方案是普拉洛芬滴眼液, 此方案能够加快患者症状的消退, 更好地控制眼表炎症反应。

参考文献:

[1] 赖均洲. 普拉洛芬滴眼液治疗干眼症眼表炎症的临床研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(19):121-122.

[2] 顾晓波. 普拉洛芬滴眼液合并玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症眼表炎症的临床价值体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(90):97-99.

[3] 祝艳妮, 寇张峰, 樊伟军, 等. 普拉洛芬滴眼液联合芪明颗粒对青少年 LASIK 术后干眼症泪膜稳定性和眼表功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(24):2688-2690.

[4] 梁彩凤, 徐正邦. 1g/L 普拉洛芬滴眼液控制干眼症患者眼表炎症的疗效和安全性分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(15):42.

(上接第 10 页)

心肌梗死治疗的常用药, 能作用于人体血小板环氧化酶-1, 使其降低或丧失活性, 从而减少血小板聚集, 能有效防治血栓。而氯吡格雷也有抗血小板作用, 能有效抑制凝血酶、胶原所导致的血小板聚集, 与阿司匹林联合使用使得抗血小板聚集作用加强。血小板对血栓形成有重要影响作用, 凝血酶、胶原等都会促进血小板黏附聚集, 氯吡格雷能起到阻断作用^[7]。并且人体中微量的一氧化碳能促进血小板凝集素 A2 合成, 而阿司匹林能发挥作用, 减少人体一氧化碳吸入量, 从而抑制凝集素 A2 的合成作用, 减少血小板聚集, 从而实现血管再通。在本文中, 研究结果表明, A 组以阿司匹林联合氯吡格雷治疗后患者的血管再通率显著高于单用阿司匹林治疗的 B 组 ($P < 0.05$)。此外, 两组患者治疗后的血糖水平差异并不大 ($P > 0.05$)。对其治疗安全性进行分析可知, A 组治疗中, 不良事件发生率要明显的比 B 组低, 差异非常之显著 ($P < 0.05$)。总的来说, 采用氯吡格雷 + 阿司匹林来对老年心肌梗死并糖尿病患者进行治疗的效果比较理想, 安全性有保障。

参考文献:

[1] 王志军, 周建芝, 吴寿岭等. 老年糖尿病患者合并高血压的危险因素及随访分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2013, 15(27):151-154.

[2] 许超蕊, 安丽萍, 王欢等. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年心肌梗死合并糖尿病的疗效分析[J]. 航空航天医学杂志, 2015, 39(42):480-481.

[3] 夏耀廷. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年心肌梗死合并糖尿病的疗效分析[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 30(33):33-34.

[4] 赵秋红. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗老年心肌梗死合并糖尿病的疗效分析[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2015, 22(26):34-34, 36.

[5] 田恒松. 老年糖尿病合并急性心肌梗死的临床分析[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(17):2927-2928.

[6] 邹莺, 寿飞波, 朱晓芳等. 老年糖尿病合并急性心肌梗死患者抑郁焦虑状况研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(27):3018-3020.