

骨伤复原汤联合锁定加压钢板 治疗胫骨下段骨折40例临床观察

陈一帆

(湖南省常宁市中医医院, 湖南 常宁, 421500)

[摘要] 目的:观察骨伤复原汤联合锁定加压钢板治疗胫骨下段骨折的临床疗效。方法:将胫骨下段骨折患者80例随机分为2组,对照组40例采用锁定加压钢板治疗,治疗组40例在对照组治疗的基础上加骨伤复原汤治疗。观察比较2组治疗效果、VAS评分、活动能力评分和膝关节功能恢复优良率。结果:总有效率治疗组为92.5%,对照组为67.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组治疗后VAS评分、活动能力评分、膝关节功能恢复优良率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:骨伤复原汤联合锁定加压钢板治疗胫骨下段骨折有较好的临床疗效。

[关键词] 胫骨下段骨折;骨伤复原汤;锁定加压钢板

[中图分类号] R274.934.2 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.041

胫骨下段骨折发生率较高,通常情况下选择锁定加压钢板进行治疗,由于胫骨下段骨折的位置具有一定特殊性,骨折后愈合比较缓慢,因此在完成手术后需长时间保持卧床休息,避免并发症发生率上升,对患者的生活质量造成影响^[1]。笔者采用骨伤复原汤联合锁定加压钢板治疗胫骨下段骨折40例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年11月至2017年1月我院收治的胫骨下段骨折患者80例,随机分为2组各40例。治疗组中,男25例,女15例;年龄26~66岁,平均 (44.9 ± 2.5) 岁;闭合性骨折28例,开发性骨折12例;C1型14例,C2型17例,C3型9例。对照组中,男26例,女14例;年龄24~63岁,平均 (44.6 ± 2.3) 岁;闭合性骨折29例,开发性骨折11例;C1型12例,C2型19例,C3型9例。2组患者的性别、年龄、骨折类型和AO分型等基本情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。(1)患处出现局部肿胀、疼痛,畸形较显著;(2)X线片检查显示胫骨有断裂,骨小梁不齐,可见不完全性骨折线。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用锁定加压钢板治疗。选择腰硬联合麻醉,协助患者保持仰卧位,抬高患肢,复位骨折部位,通过C臂X光机了解骨折复位详情,调整旋转肢体成角状况。在两端胫骨前内侧作一3cm

长的手术切口,将皮下组织逐一分离,使骨筋膜充分显露,在骨膜分离器的帮助下将软骨组织分离,按照患者骨折情况选择相应长度的LCP钢板,并将其安置在软组织隧道中。通过C臂X光机了解钢板是否正确放置,若一切正常则完成螺钉固定环节,一端3枚或4枚,并将手术切口缝合。手术结束后,采用抗生素抗感染治疗,连续1~3d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用骨伤复原汤治疗。处方:骨碎补200g,续断30g,红花、桃仁、当归各20g,丹参15g,三七12g,廔虫10g,甘草3g。每天1剂,水煎,分2次服,连续治疗30d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察比较2组综合疗效、VAS评分、活动能力评分和膝关节功能恢复优良率。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[3]拟定。显效:患肢无疼痛感,骨折部位基本康复,功能几乎恢复正常;好转:患肢疼痛感明显减轻,骨折部位逐渐康复,功能仍存在异常;无效:与治疗前相比无明显差异。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为92.5%,对照组为67.5%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	好转	无效	总有效
治疗组	40	31(77.5)	6(15.0)	3(7.5)	37(92.5) ^a
对照组	40	20(50.0)	7(17.5)	13(32.5)	27(67.5)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组VAS评分、活动能力评分和膝关节功能恢复优良率比较 2组治疗后各项评分和关节功能恢复优良率比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组VAS评分、活动能力评分和膝关节功能恢复优良率比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	VAS评分	活动能力评分	膝关节功能恢复优良率[n(%)]
治疗组	40	2.68±1.15 ^a	87.42±5.65 ^a	38(95.0) ^a
对照组	40	7.52±1.26	62.31±5.54	22(55.0)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

4 讨论

胫骨下段骨折为临床常见病。临床多采用锁定加压钢板治疗,内置钢板具有较高稳定性,可通过螺钉与钢板生成的角度降低钢板对骨板造成的压力,减轻患肢血行的受损情况。根据资料统计显示,少数患者在实施锁定加压钢板治疗后,会发生骨折部位无法愈合或者愈合速度缓慢的情况,对患

者的康复极为不利^[3]。中医治疗骨伤历史悠久,有相关资料表明在患者发生骨折后,常以镇痛活血化瘀药物辅助治疗^[4]。骨伤复原汤方中续断补肝肾,强筋骨;红花活血通经,祛瘀止痛;桃仁活血通经,祛瘀止痛;当归行血补血;丹参活血镇痛;三七化瘀止血,消肿定痛;廔虫舒筋骨祛瘀;甘草调和诸药。诸药合用,共奏舒经活络、活血祛瘀之效,可有效减轻患肢疼痛。本观察结果表明,采用骨伤复原汤联合锁定加压钢板治疗胫骨下段骨折有较好的临床疗效。

参考文献

[1] 王海军. 骨伤复原汤配合锁定加压钢板治疗胫骨下段骨折的临床观察[J]. 中国实用医药,2014(9):164-165.
[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:85-86.
[3] 梁文杰,方朝义,沈莉,等. 实验诊断学在现行《中医病证诊断疗效标准》中的应用分析[J]. 河北中医学报,2011,26(2):47-48.
[4] 仇洪. 胫骨慢性骨髓炎并骨皮损患者胫骨骨皮瓣修复术后应用骨伤复原汤治疗的临床疗效[J]. 中药材,2015,38(2):419-421.

(收稿日期:2017-07-17)

(上接第82页)(超过72h)特点的玻璃酸钠注射液,集针刺疗法、穴位注射疗法、埋线疗法的优点于一身,其经络作用效应、强度、持续性均远远大于针灸,能较持久地起到类似埋线的有效作用,相当于普通针灸持续数天连续刺激,这种治疗方法不仅能阻断疼痛的传导通路及其恶性循环,促进炎症物质的吸收排泄,起到消除炎症、解除疼痛的作用,还可以通经活络、活血化瘀,促进局部血液循环,解除病变部位的肌肉血管痉挛,调节功能平衡^[12]。

本临床观察结果表明,斜扳法配合C型臂X线机下关节及周围注射玻璃酸钠治疗及单纯斜扳法治疗腰椎后关节紊乱症引起的腰痛均有效,虽然2组总有效率比较无差异,但2组治愈率比较,差异有统计学意义($P<0.05$);且2组VAS评分组间比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。可供临床医师借鉴。

参考文献

[1] 王和鸣,黄桂成. 中医骨伤科学[S]. 北京:中国中医药出版社,2012:317-320.
[2] 王华兰. 推拿治疗学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2011:

115-118.

[3] 陈锋,曾伟清,莫达志,等. 卧位斜扳法治疗腰椎间盘突出症临床规范探讨[J]. 中医药导报,2012,18(6):1-3.
[4] 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.
[5] 李义凯,谢秋屏,钟世镇. 欧美脊柱推拿基础研究进展[J]. 按摩与康复医学,1998(4):1-3.
[6] 袁海光. 改良旋转复位法对腰椎间盘突出症患者疼痛指数与血清IL-6的影响[D]. 咸阳:陕西中医学院,2009.
[7] 骆华亭. 整脊手法暨脊柱三维定椎旋转均整法治疗腰痛临床疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2009.
[8] 宁国利. 斜扳手法对腰椎间盘突出症患者腰椎功能的影响[D]. 郑州:河南中医学院,2015.
[9] 卢云洁. 施沛特[J]. 中国新药杂志,1998,7(4):290-291.
[10] Rosner IA, Boja BA, Malemud CJ, et al. Intraarticular hyaluronic acid injection and synovial prostaglandins in experimental immune synovitis[J]. Journal of Rheumatology, 1983, 10(1):71-78.
[11] 刘翠琴. 经络段埋线治疗气血瘀滞型腰椎间盘突出症的疗效探讨[D]. 济南:山东中医药大学,2010.
[12] Zhou JL, Liu SQ, Qiu B, et al. The Protective Effect of Sodium Hyaluronate on the Cartilage of Rabbit Osteoarthritis by Inhibiting Peroxisome Proliferator-Activated Receptor-Gamma Messenger RNA Expression[J]. Yonsei Medical Journal, 2009, 50(6):832-837.

(收稿日期:2017-11-11)