

- 民卫生出版社, 2005: 275- 277.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349- 353.
- [5] 卢耀明, 蔡阳娥, 柴生颢, 等. 关节2号方治疗膝关节炎的临床研究[J]. 新中医, 2007, 39(4): 35- 36.
- [6] 刘中华. 针刺配合中药熏洗治疗膝骨关节炎98例[J]. 新中医, 2008, 40(10): 90- 91.
- [7] 李文, 李丽, 是元艳, 等. 防风有效部位的药理作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12(6): 29- 31.
- [8] 李小莉, 张迎庆, 黄通华. 白芥子提取物的抗炎镇痛作用研究[J]. 现代中药研究与实践, 2007, 21(6): 28- 30.
- [9] 李特, 李运曼, 刘丽芳, 等. 威灵仙总皂苷抗类风湿性关节炎的作用机制[J]. 中国药科大学学报, 2009, 40(2): 157- 160.

(责任编辑: 冯天保)

中医动静结合辨治老年下肢创伤骨折临床研究

池达智¹, 黄东平¹, 罗晶¹, 陈江¹, 金丹²

1. 南方医科大学珠江医院急诊科, 广东 广州 510282; 2. 南方医科大学南方医院创伤骨科, 广东 广州 510515

[摘要] 目的: 观察中医动静结合辨证治疗老年下肢创伤骨折的临床效果。方法: 下肢创伤骨折的老年患者178例, 随机分为2组各89例。对照组应用西医切开复位、绝对固定。实验组应用动静结合的原则辨证施治。2组治疗结束后行常规功能锻炼。结果: 总有效率实验组86.50%, 对照组70.79%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。实验组发生疼痛4例(4.76%), 不良反应发生率为4.49%; 对照组恶心7例(7.87%), 感染10例(11.24%), 不良反应发生率为19.10%。总体健康、疼痛与不适、积极感受、日常生活能力、关节活动、对药物及医疗手段的依赖性等评分, 实验组评分均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中医动静结合辨证治疗老年下肢创伤骨折的疗效显著, 不良反应少, 生活质量得到提高。

[关键词] 下肢创伤骨折; 中医; 动静结合; 老年

[中图分类号] R683.42 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0101-03

下肢骨折的治疗与康复, 多数患者与治疗人员常常认为只需要静养即可, 但在静养的时候往往会导致健侧或者上肢肌无力, 并且长期保持一个姿势会导致神经迟钝。正确的做法是在治疗、康复期间动静结合^[1]。下肢骨折处, 关节无法进行运动锻炼, 可以运动其周围的肌肉组织等。如大腿骨折, 可通过活动脚趾来牵动大腿上的肌肉, 还可以有意识地进行肌肉收缩练习^[2]。这样可以让受伤部位附近的血液循环加快, 伤口就可以得到更多养分, 愈合得自然就快。笔者采用中医动静结合辨证治疗老年下肢创伤骨折, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年1月~2012年10月珠江医院治疗的下肢创伤骨折的老年患者, 共178例, 男118例, 女60例; 年龄60~91岁, 平均(69±4.1)岁。骨折原因: 高空坠落37例, 汽车撞伤79例, 坠落伤30例, 建筑物塌方26例, 挤伤6例。下肢骨折类型: 股骨颈骨折, 股骨粗隆间骨折, 股骨干骨折, 股骨髁上骨折, 股骨髁间骨折, 髌骨骨折, 胫骨平台骨折, 胫腓骨骨干骨折, 踝部骨折, 足部骨折。随机分为2组各89例。伤后就诊时间1h~20天。手术后均随访3月。

[收稿日期] 2013-09-11

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号: 81171723)

[作者简介] 池达智(1967-), 男, 主治医师, 研究方向: 骨与关节创伤。

[通讯作者] 陈江, E-mail: cejiceji@126.com。

1.2 诊断标准 所有患者符合《中国接骨学》^[3]中的诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组 股骨颈骨折的患者如无明显移位的外展嵌插骨折和牵引复位,行分皮牵引和骨牵引术,明显移位的外展嵌插骨折的行人工关节置换术或经皮(切开)螺钉内固定术固定。

2.2 实验组 ①静。一层意思是固定。骨伤科固定的方法很多,有绷带缠绕、纸板固定、小夹板固定、石膏固定、牵引固定、外固定支架、以及内固定等,这些固定方法应根据疾病的具体情况作出恰当的选择,应根据损伤部位所要的固定力量和固定范围,同时根据损伤部位的特殊性进行选择。临床上除了要根据损伤的具体情况选择恰当的固定方法外,还应根据损伤的具体情况确定固定的范围,固定范围的确定应在确保固定效果的前提下尽量小范围进行固定,把对肢体功能活动的限制控制在最小的范围,把固定造成的肢体功能障碍降低到最低的程度^[4]。每种损伤的固定时间都要适可而止,固定时间既不能短也不能长,虽然每个具体病症都有大概的愈合时间,但临床上应根据每个病症的具体愈合情况确定具体的固定时间。另一层意思是静养静神。静神在传统养生学中占有重要地位,古人认为,神是生命活动的主宰,保持神气清静,心理平稳,可保养元气,使五脏安和,并有助于预防疾病、增进健康和延年益寿。因此下肢骨折的患者应注重精神的静养。②动。一层意思是功能锻炼。骨折患者在医生指导下进行功能锻炼,治疗的过程中要防止骨折发生再移位。并且功能锻炼应在损伤治疗的早期开始进行,有利于损伤局部肿胀的消退,还可以防止损伤局部软组织的萎缩、挛缩,把由于损伤和固定造成的肢体功能障碍降低到最低程度。另一层意思是适当的运动。古人认为“人欲劳于形,百病不能成”^[5]。隋代巢元方《诸病源候论·腕伤诸病候》指出,“卒然致损”而引起“血气隔绝,不能周荣”,通过按摩导引等法可以使气血恢复正常^[6]。正骨推拿手法一般可分为正骨手法与推拿手法两类。治疗骨折、脱位主要应用正骨手法,治疗软组织损伤则主要应用推拿手法,两者相互配合使用。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床疗效及不良反应。采用 WHO 生活质量量表,针对总体健康、疼痛与不

适、积极感受、日常生活能力、关节活动、对药物及医疗手段的依赖性对患者进行评价,分数范围为 0~100 分,除了“疼痛与不适”与“依赖性”方面,得分越高说明生活的质量越高。

3.2 统计学方法 应用 SPSS16.0 软件进行分析,组间比较均采用 *t* 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据临床具体治疗情况自拟治疗标准。痊愈:临床症状全部消失,活动无不适和受限制,情志状况良好;好转:临床症状基本消失,活动轻微受限,情志状况良好;无效:临床症状无改善甚至恶化,活动受限,情志状况不佳。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率实验组 86.50%,对照组 70.79%,2 组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
实验组	89	45	32	12	86.50 ^①
对照组	89	35	28	26	70.79

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组生活质量评分比较 见表 2。实验组各项生活质量评分均优于对照组($P < 0.05$)。

项目	实验组	对照组
总体健康	88.42± 5.49 ^①	61.86± 6.43
疼痛与不适	33.45± 6.12 ^①	91.53± 5.24
积极感受	85.74± 6.84 ^①	66.41± 5.48
日常生活能力	93.69± 5.78 ^①	72.35± 5.57
关节活动	87.79± 6.48 ^①	49.08± 5.49
对药物及医疗手段的依赖性	32.26± 5.52 ^①	68.31± 6.25

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 不良反应 实验组发生疼痛 4 例(4.76%),不良反应发生率为 4.49%;对照组恶心 7 例(7.87%),感染 10 例(11.24%),不良反应发生率为 19.10%。

5 讨论

下肢因行走和负重,需要高度的稳定性。两下肢应等长,若长度相差 2 cm 以上,就会影响走路,相差愈大,影响愈严重。因此,在治疗下肢骨折时应注意以下特点:对复位的要求要高,轴线对位力争接近正常,因为成角畸形愈大,对关节活动,承重力和肢体长度影响愈大;固定时间较长,待骨愈合牢固后

才开始负重，防止因过早负重发生畸形和再次骨折；因股部肌肉较发达，收缩力强，股骨骨折在手法整复后，用石膏或小夹板固定，不易维持对位，需要持续牵引治疗。

动静结合，一方面是指在治疗过程方式上强调静与动的密切结合，另一方面是指在动时要掌握“动中有静”，在静时要体会“静中有动”。动，指形体外部和体内“气息”(感觉)的运动，前者可视为“外动”，而后者可视为“内动”。静，指形体与精神的宁静，前者可视为“外静”，后者可视为“内静”。伤科疾病的治疗应在辨证论治的基础上^[7]，贯彻动静结合，筋骨并重，内外兼治，医患合作的治疗原则。其中动静结合为第一大原则，动即功能锻炼，静即制动、固定，它们既矛盾又统一。

动与静是相对的，也是辩证的。静主要是锻炼身体内部，而没有肢体活动、肌肉骨骼的锻炼。动有不少肢体活动及肌肉骨骼的锻炼，这有利于初步疏通经络，气血疏通后有利于入静。对于治疗过程者，肢体的动作有助于使注意力集中，通过动而达到静是治疗初期的基本方法。静也不是绝对的静，虽然没有形体的动作，但气血在大脑高度入静状态下按它本身的规律运行，它的种种微妙变化，都是动所不能体会到的。没有形体动作，更能专心一意。入静的程度越深，机体感受能力和反映能力都更敏锐，这是更高级的状态。

在治疗方式的选择上，笔者认为以先动为宜，然后再动、静相兼，最后过渡到以静为主。在治疗过程时，不论静、动都要以静为前提。静时，要做到外静内动，静中求动；动时，要做到外动内静，动中求静^[8]。具体来说，治疗过程患者可根据自己身体的具体情况(如年龄、性别、体质、性格、治疗过程

进度等，如是患者，还需考虑疾病的种类及病程等等)，把动与静有机地结合起来锻炼。从体力来说，体力差的可以少动，体力好的多动，一般以不疲劳为度。从病情来说，病情较重、体质虚弱的可以静为主，配合动；随着病情好转、体质增强，应逐步增加动，达到一定层次后再以静为主。从时间上来说，早晨先静后动，以便精神饱满地投入到一天的活动中去；晚上宜先动后静，以利于安静地入睡。这些都要视具体情况而定，灵活运用。每个治疗过程患者都应根据反馈来的信息，及时调节，时间久了，就能慢慢体会出其中的“度”，就能游刃有余，胸有成竹地处理治疗过程中的动静问题。

[参考文献]

- [1] 王立新,仇海军,智慧,等.动静结合治疗老年创伤性骨折126例[J].陕西中医,2012,33(4):430-431.
- [2] 张翠文,李至红.骨折治疗中动静结合的治疗方法分析[J].医学信息:中旬刊,2010,5(10):2784-2785.
- [3] 尚天裕.中国接骨学[M].天津:天津科学技术出版社,1995.
- [4] 朱宏.骨折治疗中的动静动合[J].中国社区医师:医学版,2010(12):155-156.
- [5] 李明宝.动静结合理论在股骨粗隆间骨折术后康复的指导意义[J].亚太传统医药,2009,5(4):90-91.
- [6] 王兴军,刘广梅.中西医结合治疗骨折[J].中国医药卫生,2005,6(14):64-65.
- [7] 杨建芬,查洁芳.股骨颈骨折的动静结合护理[J].中国中医急症,2004,13(3):196-196.
- [8] 李可心,尚天裕.“动静结合”骨折治疗原则生物力学基础研究[J].中国中医骨伤科,1998,6(1):9-12.

(责任编辑:马力)

·书讯· 中西医结合系列教材已出版，《新中医》编辑部代售的有：中西医结合病理生理学(42元)，中西医结合诊断学(59元)，中西医结合外科学(58元)，中西医结合妇产科学(60元)，中西医结合儿科学(46元)，中西医结合骨伤科学(52元)，中西医结合眼科学(46元)，中西医结合耳鼻喉口齿科学(46元)，中西医结合护理学(44元)，中西医结合临床科研方法学(29元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市机场路12号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码：510405，电话：(020)36585482。