

# 中药熏洗联合壮筋续骨丸对肘关节“恐怖三联征”患者术后康复的影响

邓国超<sup>1</sup>, 宋维海<sup>1</sup>, 李程科<sup>2</sup>, 闫鹏<sup>1</sup>

1. 临海市第二人民医院, 浙江 临海 317016; 2. 顺德桂洲医院, 广东 佛山 528300

**[摘要]** 目的: 观察中药熏洗联合壮筋续骨丸对肘关节“恐怖三联征”患者术后康复的影响。方法: 对纳入的17例患者均采用手术治疗, 按McKee治疗原则, 依次修复冠突骨折、桡骨头骨折、外侧副韧带及伸肌总腱起点、软组织等。术后常规石膏托固定肘关节于屈曲90°, 拆除石膏后进行肘关节屈伸和前臂旋转主动锻炼, 并采用中药进行熏洗, 疗程4周; 术后患者即开始服用壮筋续骨丸, 疗程12周。分别于术后4周及2、3、4、6、12月进行随访, 包括对肘关节进行正侧位X线片检查, 对肘关节屈伸度和前臂旋转度进行检查, 记录Mayo肘关节功能评分。结果: 本组患者获得随访9~18月, 平均(13.5±2.9)月。术后12~18周, 患者的肘关节均达临床愈合标准; 1例患者术后8天切口感染, 其余伤口均一期愈合, 无螺钉松动及钢板断裂, 骨折块复位良好, 未发现骨折移位情况, 无明显肘关节不稳发生。术后1例出现桡神经损伤症状, 行松解术后3月, 感觉、运动功能恢复良好。术后12月患者肘关节屈伸范围(125±10)°, 前臂旋前(87±6)°、旋后(68±5)°。Mayo肘关节功能评价: 优良率94.11%(16/17)。结论: 对肘关节“恐怖三联征”术后患者采用中药熏洗患部和内服壮筋续骨丸, 可减轻术后疼痛、减轻关节僵硬, 减少术后并发症的发生, 促进关节功能活动的恢复。

**[关键词]** 肘关节“恐怖三联征”; 中药熏洗; 壮筋续骨丸; 并发症; 术后康复

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)10-0105-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.043

“恐怖三联征”是复杂肘关节不稳的特殊类型, 多因高能量损伤, 如车祸伤、高处坠落伤等, 由施加于上肢伸展位的轴向压力、剪切暴力及前臂处在旋后位的外翻应力引起, 在肘关节后脱位的同时出现尺骨冠状突、桡骨头骨折移位, 并伴有肘内、外侧副韧带及关节囊等的撕裂, 肘关节严重不稳定<sup>[1]</sup>。因骨折不稳定, 复杂性高, 故手术治疗是首选的治疗方式, 能修复维持肘关节稳定性的骨性结构, 修复桡侧副韧带<sup>[2]</sup>。但术后肘关节不稳定、畸形愈合, 不愈合、关节僵硬、创伤性关节炎、异位骨化, 手术区域感染、尺神经症状等并发症会严重影响肘关节的功能, 影响患者康复<sup>[2]</sup>。笔者将壮筋续骨丸内服和中药熏洗用于术后患者的康复治疗, 取得了较好的效果, 报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 有高能外伤史; 查体发现极不稳

定的肘关节; CT或MRI检查确诊。

1.2 纳入标准 符合肘关节“恐怖三联征”诊断标准; 采用手术修复治疗; 术后患者同意配合采用中药内服和熏洗治疗。

1.3 一般资料 本组17例观察病例均为临海市第二人民医院骨科2011年1月~2013年3月收治的患者。男12例, 女5例; 年龄20~47岁, 平均(32.9±6.7)岁; 车祸伤6例, 高处坠落伤10例, 摔伤1例; Regan-Morrey分类<sup>[3]</sup>: Ⅱ型4例, Ⅲ型9例, Ⅳ型4例; 桡骨小头骨折Hotchkiss改良分型<sup>[4]</sup>: Ⅰ型3例, Ⅱ型11例, Ⅲ型3例; 损伤到入院时间6~42h, 平均(14.5±4.5)h。

## 2 治疗方法

2.1 手术方法 采用McKee治疗原则<sup>[5]</sup>: 先对脱位的肘关节进行复位, 然后行尺骨冠状突骨折复位内固定, 再做桡骨头骨折修复或置换, 外侧副韧带或内侧

**[收稿日期]** 2014-06-18

**[作者简介]** 邓国超(1978-), 男, 主治医师, 主要从事骨科临床工作。

副韧带损伤的修复与重建。Regan-Morrey 型用张力带固定；型和型用张力带或螺钉或钢板螺钉内固定。处理桡骨小头骨折，采用钢板，加压螺钉及传统的埋头螺钉，较小骨折块则直接缝合；桡骨颈骨折较易粉碎，则使用钢板进行内固定，钢板放置位置应避免尺桡关节近端。

2.2 术后处理 用后侧石膏托固定肘关节于屈曲 90°，前臂稍旋前位；撤除石膏后进行肘关节屈伸和前臂旋转主动锻炼，4 周后避免伸肘超过 150°过度后旋，4 月内避免肘关节外翻受力。中药熏洗：于拆除石膏开始使用，药物组成：海桐皮、艾叶、伸筋草、制乳香、制没药、红花、当归、川芎、独活、苏木、姜黄、桂枝各 15 g，麻黄 5 g，每天 1 剂，常规水煎后熏洗患肢 2 次，疗程 4 周。手术后即采用壮筋续骨丸(水蜜丸)(吉林省中研药业有限公司)治疗，每次口服 1 丸，每天 2 次。疗程 12 周。

### 3 观察指标

分别于术后 4 周及 2、3、4、6、12 月进行随访，包括对肘关节进行正侧位 X 线片检查，对肘关节屈伸度和前臂旋转度进行检查，记录 Mayo 肘关节功能评分<sup>[6]</sup>：疼痛(45 分)，屈伸度(20 分)，关节稳定性(10 分)，日常活动功能(25 分)。评分标准：优：≥ 90 分，良：75~89 分，可：60~74 分，差：<60 分。记录并发症情况。

### 4 治疗结果

本组患者全部获得随访，随访时间 9~18 月，平均(13.5± 2.9)月。术后 12~18 周，患者的肘关节均达临床愈合标准，即：局部无压痛，无纵向扣击痛；局部无异常活动；X 线片显示骨折线模糊，有连续性骨痂通过骨折线。1 例患者术后 8 天切口感染，其余伤口均 期愈合；无螺钉松动及钢板断裂，骨折块复位良好，未发现骨折移位情况，无明显肘关节不稳发生。术后 1 例出现桡神经损伤症状，行松解术后 3 月，感觉、运动功能恢复良好。术后 12 月，患者肘关节屈伸范围(125± 10)°，前臂旋前(87± 6)°、旋后(68± 5)°。Mayo 肘关节功能评价：优 12 例，良 4 例，可 1 例，差 0 例，优良率 94.11%。

### 5 讨论

肘关节“恐怖三联征”治疗目的是重建肘关节的稳定性，维持同心圆结构，进行早期、无痛的功能锻炼，使肘关节在功能性活动范围内无痛活动<sup>[1~2]</sup>。初

期治疗失败常见的并发症是关节复发性不稳、关节僵硬和肱三头肌腱挛缩<sup>[7]</sup>。手术方式如尺骨冠突的保留、良好的对位和内固定对关节的稳定起着重要的作用。近年来学者也注意到既往手术时往往只注重骨性结构的固定，而忽视对关节周围软组织的修复。而软组织是构成关节完整稳定的重要一环，肘关节“恐怖三联征”多伴有软组织的损伤，手术本身也可破坏正常组织。因此，关节软组织结构的重要性目前逐渐受到重视<sup>[8]</sup>。

中医学认为，急性跌、打等外来暴力作用除导致骨折外，还会引起筋肉、脉络受损，血溢脉外，气滞血瘀，脉络不通；久之风、寒、湿外邪乘虚侵袭，使气血运行不畅，筋骨失养，久之肌萎筋缩，骨节凝滞粘连，关节僵硬，屈伸不利。因此，治疗时要注意重用活血化瘀、舒筋通络、消肿止痛之法。中药熏洗方中海桐皮祛风除湿，利水活血；独活祛风胜湿，散寒止痛；红花、当归活血化瘀；川芎行气止痛；苏木行血祛瘀，消肿止痛；姜黄活血、行气、止痛；伸筋草、制乳香、制没药舒筋活络；艾叶、桂枝、麻黄温经通络。诸药合用，共奏活血化瘀、祛风除湿、温经通络、消肿止痛之功。壮筋续骨丸由川芎、杜仲、骨碎补、桂枝、三七、自然铜、当归、续断、五加皮、熟地黄、炙黄芪等多味中药组成，方中以炙黄芪补气生血，熟地黄补血凉血、益精填髓，骨碎补、杜仲、续断、五加皮补肾、强筋、壮骨，自然铜活血续伤止痛，三七、当归、川芎活血祛瘀，通经活络，桂枝散寒通经，全方共奏补气活血、强筋健骨之功效。

本组资料显示，在肘关节“恐怖三联征”术后，采用中药熏洗患部和内服壮筋续骨丸，可减轻术后疼痛、减轻关节僵硬，减少术后并发症的发生，促进关节功能活动的恢复，值得临床采用。

### [参考文献]

- [1] 陈硕, 黄富国, 胡晓川. 肘关节“恐怖三联征”的手术治疗[J]. 中国修复重建外科杂志, 2009, 23(1): 45-48.
- [2] 翁蔚宗, 苏佳灿. 肘关节恐怖三联征治疗进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2014, 22(8): 745-749.
- [3] Regan W, Morrey B. Fractures of the coronoid process of the ulna [J]. J Bone Joint Surg Am, 1989, 71(9): 1348-1354.
- [4] Hotchkiss RN. Displaced fractures of the radial head: internal fixation or excision? [J]. J Am Acad Orthop

- Surg, 1997, 5(1): 1- 10.
- [5] McKee MD, Pugh DM, Wild LM, et al. Standard surgical protocol to treat elbow dislocations with radial head and coronoid fractures. Surgical technique [J]. The Journal of Bone & Joint Surgery, 2005, 87 Suppl 1(Pt 1): 22- 32.
- [6] Morrey BF, Adams RA, Bryan RS. Total replacement for post-traumatic arthritis of the elbow [J]. J Bone Joint Surg Br, 1991, 73(4): 607- 612.
- [7] 林松, 陈荣, 何和与. 肘关节“恐怖三联征”并发症处理[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(2): 163- 165.
- [8] 翁益平, 郁忠杰, 戚有成, 等. 肘关节恐怖三联征手术治疗体会[J]. 临床骨科杂志, 2013, 16(3): 290- 292.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 从伏邪论治颈椎病 116 例疗效观察

吴健放, 阮永队, 叶碧霞, 李亚坤

东莞市塘厦医院, 广东 东莞 523700

[摘要] 目的: 观察以伏邪致痹论治神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 218 例患者随机分为 2 组, 治疗组 116 例, 按伏邪致痹处方治疗; 对照组 102 例按一般痹症处方治疗; 均治疗 4 周, 检测治疗前、治疗后第 1~8 周的疼痛视觉模拟 (VAS) 评分, 并取其平均值描成折线型图表, 治疗后评估临床疗效。结果: VAS 评分曲线结果显示, 在治疗期间 2 组的 VAS 评分平均值均有明显的下降, 但治疗组 VAS 评分下降的幅度明显大于对照组; 停药观察 1 月内 2 组 VAS 评分均值维持在相对平稳定状态, 但对照组 VAS 评分均值明显大于治疗组。愈显率治疗组为 80.17%, 对照组为 65.69%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗期间 2 组均无发生不良反应事件, 血常规、肝、肾功能检测均无医源性损害。结论: 从伏邪致痹论治较按一般痹证论治神经根型颈椎病, 在缓解疼痛及提高临床疗效方面具有一定优势。

[关键词] 颈椎病; 痹证; 伏邪致痹; 辨证论治

[中图分类号] R681.5<sup>5</sup>

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0107-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.044

目前, 颈椎病的发病率越来越高, 且发病年龄呈现低龄化趋势。自 2007 年 7 月以来, 笔者以伏邪致痹理论为指导, 辨证选方联合透邪法治疗神经根型颈椎病, 收到较好疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 病例选择 ①诊断符合《颈椎病的诊断标准及治疗原则》<sup>[1]</sup>中神经根型颈椎病诊断标准; ②病程≥6 月; ③中医辨证为阴(寒)证为主, 且无明显实热证; ④无手术指征; ⑤不伴有颈椎先天畸形、骨折、结核、肿瘤; ⑥无心脑血管疾病、糖尿病、甲亢、精神病等疾病; ⑦妊娠、哺乳期妇女除外。

1.2 一般资料 观察病例均来自 2007 年 7 月~

2013 年 12 月本院诊治的患者, 共 218 例, 男 135 例, 女 83 例; 年龄(44.86±7.42)岁; 病程(15.79±10.15)月。病变累及单一节段者 154 例, 其中 C<sub>3~4</sub> 者 18 例, C<sub>4~5</sub> 者 21 例, C<sub>5~6</sub> 者 67 例, C<sub>6~7</sub> 者 51 例; 累及 2 个节段者 42 例, 其中 C<sub>4~5</sub>、C<sub>5~6</sub> 20 例, C<sub>5~6</sub>、C<sub>6~7</sub> 23 例。累及 3 个节段者 19 例, 其中 C<sub>3~4</sub>、C<sub>4~5</sub>、C<sub>5~6</sub> 者 5 例, C<sub>4~5</sub>、C<sub>5~6</sub>、C<sub>6~7</sub> 者 5 例。累及 4 个节段 3 例, 分布于 C<sub>3~4</sub>、C<sub>4~5</sub>、C<sub>5~6</sub>、C<sub>6~7</sub>。所有患者随机分为 2 组。治疗组 116 例, 男 71 例, 女 45 例; 年龄(45.35±6.27)岁; 病程(15.56±9.25)月; 疼痛视觉模拟(VAS)评分(7.25±1.23)分; 辨证分型: 寒湿痹阻型 37 例, 气虚血瘀型 18 例, 肝肾两

[收稿日期] 2014-03-25

[作者简介] 吴健放 (1963-), 男, 副主任医师, 主要从事中医骨伤科临床工作。