

驳骨油纱外敷治疗桡骨远端骨折临床观察

陈平, 喻秀兵, 陈海云, 万鸣

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察驳骨油纱外敷治疗桡骨远端骨折的临床疗效及安全性。方法: 将 60 例患者随机分为 2 组各 30 例。2 组均经手法复位、夹板外固定, 治疗组使用驳骨油纱外敷, 观察 2 组患者患处的疼痛程度、肿胀度, 记录功能恢复情况、骨折临床愈合时间, 评价疗效。结果: 第 6 天、第 12 天、第 21 天 2 组间疼痛视觉模拟评分表 (VAS) 评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。第 6 天、第 12 天、第 21 天、第 28~30 天 2 组间腕横纹处肿胀度、掌横纹处肿胀度比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组 Gartland 和 Werley 腕关节评分、临床愈合时间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组优良率分别为 93.33%、96.67%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 驳骨油纱外敷治疗桡骨远端骨折起效迅速、方法简便、安全性高。

[关键词] 桡骨远端骨折; 驳骨油纱; 外敷; 中医疗法

[中图分类号] R683.41 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0130-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.057

桡骨远端距离关节面以上 2~3 cm 内的骨折称之为桡骨远端骨折。对于桡骨远端骨折的治疗, 大部分骨折可经保守治疗取得良好的效果。桡骨远端骨折患者在手法复位外固定后均会出现不同程度的手部、腕部组织肿胀、疼痛的临床症状。中药制剂外敷可以消肿止痛, 改善症状。本研究采用驳骨油纱外敷治疗桡骨远端骨折, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2012 年 6 月—2013 年 2 月广东省中医院骨科急门诊及住院部诊治的 60 例桡骨远端骨折保守治疗患者, 按照就诊时间先后顺序分别编写纳入号码, 根据事先制定的随机数字表选择数字, 奇数者为治疗组, 偶数者为对照组, 分为 2 组各 30 例。治疗组男 2 例, 女 28 例; 平均年龄 (68.07 ± 10.90) 岁; 平均发病时间 (6.59 ± 11.09) h。对照组男 5 例, 女 25 例; 平均年龄 (68.20 ± 12.43) 岁; 平均发病时间 (5.87 ± 12.38) h。2 组性别、年龄、发病时间经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》, 外伤史, 多为间接暴力所致; 伤后腕关节周围肿胀、疼痛, 前臂下端畸形, 压痛明显, 腕臂活动功能障碍; X 线摄片检查明确诊断。

1.3 病例选择 纳入: 符合诊断标准; 年龄 ≥ 50 岁; 发病 3 天内接受保守治疗者。排除: 病理性骨折患者或有代谢性骨病的桡骨远端骨折患者; 合并心血管、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病、全身情况较差不能耐受局部麻醉及精神病患者等不能配合研究者; 合并皮肤过敏及严重皮肤病的患

者; 存在手法复位禁忌症患者。

1.4 退出标准 未按规定方法治疗、中断治疗或失去联系、未得到完整随访者。

2 治疗方法

2 组桡骨远端骨折患者采用手法复位及夹板外固定。治疗组口服续筋接骨中成药伤科接骨片, 不服用其他药物。

复位: 根据骨折类型、程度和移位情况, 制定复位步骤与方法。必要时用利多卡因骨折端局部浸润麻醉, 采用 2 人对抗牵引下复位, 手法步骤: 纠正短缩移位, 患者仰卧或坐位, 全身放松, 深呼吸, 患肢肩关节外展与躯干平, 前臂与上臂呈 90° , 助手双手握患肢前臂近端, 术者双手握患肢前臂远端, 持续用力反向牵引拔伸, 纠正短缩畸形, 1~2 min, 直到手下感觉骨折嵌插分离。纠正掌背移位, 短缩畸形纠正满意后, 维持牵引, 如骨折为背伸移位, 术者用食指和拇指钳握骨折远端掌屈纠正背伸畸形, 若骨折为掌屈移位, 则将骨折远端背伸。恢复尺偏角, 术者钳握骨折远端向尺侧屈曲, 恢复桡骨远端尺偏角。复位下桡尺关节, 术者一手维持牵引, 一手将尺骨远端推向桡骨, 恢复下尺桡关节结构。

固定: 复位满意后给予掌、背、桡、尺四夹板外固定, 其中背侧、桡侧板超腕关节, 掌侧、尺侧板至于腕横纹, 四夹板均不超肘关节, 一般置于肘横纹远端 5 cm 处。根据骨折移位方向放置相应衬垫增加固定效果。夹板固定后立即开始进行握拳锻炼, 根据患者恢复情况循序渐进进行肘、肩、腕功能锻炼。观察患肢肢端感觉、血运, 出现异常及时处理。术后根据

[收稿日期] 2015-10-03

[作者简介] 陈平 (1981-), 男, 主治医师, 主要从事骨科工作。

肢体肿胀加重和消退情况,需要及时调整绑带松紧度。4~6 周根据骨折愈合情况拆除夹板外固定。

2.1 治疗组 手法复位后予驳骨油纱外敷局部,四夹板固定,3 天换药 1 次,直至骨折临床愈合。

2.2 对照组 手法复位后仅予四夹板固定。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 受伤后治疗当天、第 6 天、12 天、21 天、28~30 天、42~45 天采用疼痛视觉模拟评分表(Visual Analogue Scale, VAS)进行疼痛评分。肿胀情况:测量受伤后治疗当天、第 6 天、12 天、21 天、28~30 天、42~45 天患侧腕横纹、掌横纹处周径与健侧腕横纹、掌横纹处周径。伤后第 6 天、12 天、28~30 天、42~45 天复查标准腕关节正侧位 X 线片了解骨折愈合情况,并随访至确定骨折临床愈合时间。观察皮肤情况,出现严重皮肤过敏者停止用药,并严格记录不良反应事件报告表。第 42~45 天,采用 Gartland 和 Werley 腕关节评分系统评估腕关节功能。从观察开始第 1 周计算到受伤日期,其所需时间为临床愈合时间。检查肢体异常活动和肢体负重情况时应予慎重,不宜于解除夹板外固定后立即进行。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计分析软件处理数据,非正态分布资料采用秩和检验;等级资料采用 Rdit 分析;正态分布、方差齐资料采用 *t* 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 骨折临床愈合标准:局部无压痛;局部无纵向叩击痛;局部无异常活动;X 线片示骨折线模糊有连续性骨痂通过骨折线;解除外固定后向前平伸持重 1 kg 达 1 min;观察 2 周骨折处不变形。

4.2 2 组 VAS 评分、腕横纹处肿胀度、掌横纹处肿胀度比较见表 1。第 6 天、第 12 天、第 21 天 2 组间 VAS 评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。第 6 天、第 12 天、第 21 天、第 28~30 天 2 组间腕横纹处肿胀度、掌横纹处肿胀度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组 VAS 评分、腕横纹处肿胀度、掌横纹处肿胀度比较($\bar{x} \pm s$)

时 间	VAS 评分(分)		腕横纹处肿胀度(cm)		掌横纹处肿胀度(cm)	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组	治疗组	对照组
第 1 天	7.60±0.814	7.47±0.937	2.173±0.468	2.217±0.491	1.350±0.429	1.187±0.404
第 6 天	4.00±1.083 ^①	4.67±1.124	2.153±0.347 ^①	2.677±0.494	3.013±0.560 ^①	3.603±0.555
第 12 天	2.37±0.765 ^①	3.17±1.020	1.690±0.403 ^①	2.257±0.514	2.200±0.816 ^①	2.860±0.680
第 21 天	1.63±0.556 ^①	2.23±0.898	1.327±0.370 ^①	1.677±0.492	1.367±0.673 ^①	1.803±0.665
第 28~30 天	1.27±0.450	1.43±0.679	0.970±0.359 ^①	1.270±0.420	0.853±0.471 ^①	1.093±0.572
第 42~45 天	0.83±0.531	1.03±0.556	0.717±0.336	0.853±0.303	0.44±0.289	0.577±0.431

与对照组同时间点比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 Gartland 和 Werley 腕关节评分、临床愈合时间比较

见表 2。2 组 Gartland 和 Werley 腕关节评分、临床愈合时间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组 Gartland 和 Werley 腕关节评分、临床愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组	对照组
Gartland 和 Werley 腕关节评分(分)	2.77±2.21	2.57±1.68
临床愈合时间(天)	46.63±1.88	46.33±1.86

4.4 2 组骨折愈合疗效比较 见表 3。2 组优良率分别为 93.33%、96.67%, 2 组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 2 组骨折愈合疗效比较

组 别	例				优良率(%)
	优	良	可	差	
治疗组	20	8	2	0	93.33
对照组	19	10	1	0	96.67

4.5 不良反应 2 组未出现皮疹、瘙痒等皮肤刺激不良反应。

5 讨论

桡骨远端骨折会导致筋骨脉络受到不同程度的损伤,即使经过正骨手法复位夹板外固定后,血不循经导致淤积是无法避免的,瘀血阻滞经脉,使气滞血凝,不通则痛,则患处出现疼痛,患肢出现不同程度组织肿胀。瘀血存在于骨折病变的全过程,活血化瘀促进骨折愈合的机理在于,通过改善微循环,纠正血液流变状态及有抗凝作用^[1]。肿胀时间越长,疼痛程度越大,往往会越畏惧功能锻炼,导致肌腱粘连、肌肉萎缩,发生患肢功能障碍的机会则越大。因此,对桡骨远端骨折患者给予活血化瘀、消肿止痛的治疗尤为重要,它可以改善患处的血液循环^[2]。

中医学认为,人体内外通过经络相互联系。中药制剂外敷,借助皮肤直接吸收,通过经络,沟通内外,深入筋骨,可以充分发挥中药活血化瘀、消肿止痛等的功效,使气血循行经络,阴阳平衡。故中医治疗在桡骨远端骨折中具有重要地位,其手段丰富多样,有正骨手法、中药内服、外治、针灸、练功等。中药外治是有特色的治疗方法,包括敷贴法、涂擦法、熏洗法等,均简便易行,作用直接,安全可靠。驳骨油纱作为外治手法之一,根据“坚者削之,客者除之”的治则,利用具有活血化瘀、消肿止痛的中药直接外用于伤处,能使皮肤迅速吸收药物有效成分,改善血液循环,抑制炎性渗出,促进肿胀消退,活血化瘀,通则不痛,迅速缓解疼痛,达到体外微量给药的作用。早期采用驳骨油纱外敷可行气止痛,活血通络,促使疼痛缓解,加快血肿吸收,进而使肿胀消退,患者可以更好地进行功能锻炼,减少关节僵硬、肌肉萎缩等后遗症,促使腕关节功能恢复,故驳骨油纱外敷治疗具有综合的疗效作用。

驳骨油纱为广东省中医院院内制剂,主要成分有大黄、红花、冰片等,消肿止痛、促进骨痂形成,主治外伤骨折。驳骨油纱中大黄性寒、味苦,攻积导滞、泻火、凉血、活血祛瘀、

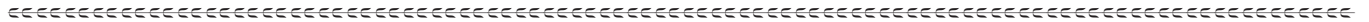
利胆退黄。在止痛方面，大黄素可能通过其抗炎及免疫抑制作用缓解外周神经疼痛^[3]。红花性温、味辛，活血通经，祛瘀止痛。红花中的红花黄色素对小鼠有较强且持久的镇痛效应，对小鼠热板刺激及醋酸扭体均有抑制作用，对锐痛(热刺痛)及钝痛(化学性刺痛)均有效^[4]。冰片味辛苦、微寒，通诸窍，散郁火，去翳明目，消肿止痛。冰片可促进其它药物的透皮吸收^[5]，有抗炎、镇痛作用。

本研究提示使用驳骨油纱有助于促进功能恢复；驳骨油纱能促使骨折处血肿吸收，使肿胀尽早消退，有效缓解疼痛。早期使用可抑制局部炎症反应及恢复和改善创伤局部的血液循环，促进水肿迅速消散，缓解疼痛。肿胀、疼痛症状改善后患者可早期行关节功能锻炼，以减轻创伤后局部软组织内水肿、粘连，最终能促进关节功能恢复。对于其安全，随访中治疗组未出现皮疹、瘙痒等皮肤刺激不良反应病例，说明驳骨油纱皮肤安全性较高。驳骨油纱具有作用直接、起效迅速、方法简便、安全性高、费用低等特点，患者乐于接受，临床可作为常规中医诊疗方案之一。

[参考文献]

- [1] Rodriguez Merchani EC , Forriol F . Nonunion : general principles and experimental data [J] . Clin Orthop , 2010 , 419 : 4 - 12 .
- [2] 张晓明 , 丁圆圆 . 手法复位小夹板固定不同体位治疗桡骨远端骨折 426 例体会 [J] . 江西医药 , 2005 , 5 (40) : 272 - 274 .
- [3] Erlinge D , Bumsstock G . P2 receptors in cardiovascular regulation and disease [J] . Purinergic Signal , 2008 , 4 (1) : 1 - 20 .
- [4] 沈映君 , 徐秋萍 , 陈奇 , 等 . 中药药理学 [M] . 北京 : 人民卫生出版社 , 2006 : 675 .
- [5] 苏玉生 . 冰片的药理研究及临床应用进展 [J] . 中国临床医药研究杂志 , 2003 (98) : 10013 - 10015 .

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)



《新中医》杂志稿约 (2016 年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊，1969 年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，月刊，期刊代号：国内：46-38，国外：M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求：一、征稿内容：本刊设有思路研究论著、名医研究论著、临床研究论著、针灸研究论著、实验研究论著、文献研究论著、养生研究论著、护理研究论著、医案感悟杂谈等专栏。二、来稿要求：主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。三、来稿格式：参照本刊格式。四、投稿方式：用电子邮件将稿件发往本编辑部投稿邮箱：139002863@qq.com。五、文责自负：作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、稿件采用：需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编：510006。电话：020-39359588。