

活血化瘀汤结合逆向牵引复位固定治疗 型距骨颈骨折临床观察

黄正霜, 胡亚飞, 叶晶

台州骨伤医院下肢创伤科, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察活血化瘀汤结合逆向牵引复位固定治疗 型距骨颈骨折的临床疗效。方法: 将 型距骨颈骨折 93 例随机分为 2 组, 对照组 46 例采取逆向牵引复位固定治疗, 研究组 47 例在对照组基础上加用自拟活血化瘀汤治疗, 比较 2 组临床疗效及并发症发生率。结果: 优良率研究组为 91.5%, 对照组为 76.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。并发症发生率研究组为 6.4%, 低于对照组的 15.2%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 活血化瘀汤结合逆向牵引复位固定治疗 型距骨颈骨折可提高临床疗效, 减少并发症。

[关键词] 型距骨颈骨折; 逆向牵引复位; 活血化瘀汤

[中图分类号] R683 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0115-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.053

距骨颈骨折严重足部损伤, 所占距骨骨折百分率约超过 50%^[1]。随着近年交通事故与工伤的增多, 距骨颈骨折发生率不断升高。人体距骨周围无肌肉附着, 表面 3/5 为关节软骨, 因此骨折时关节面易受到波及。距骨颈骨折临床治疗难度较大, 原因在于手术会造成一定创伤而进一步破坏距骨血液循环, 最终引发距骨缺血坏死, 且闭合整复效果也不理想^[2-3]。若可有效闭合复位, 后期创伤性关节炎与距骨缺血坏死发生率将会大幅降低, 预后得到改善。大量研究提出, 活血化瘀中药在刺激骨生长因子合成及分泌、促进基质胶原合成、抑制骨细胞诱导破骨细胞形成、促进骨折部位骨基质钙盐沉积等方面均有显著效果^[4-5]。本研究应用自拟活血化瘀汤结合逆向牵引复位固定治疗 型距骨颈骨折, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

选取本院 2013 年 8 月—2014 年 8 月收治 93 例 型距骨颈骨折患者作为研究对象, 按随机数字表法分为 2 组。研究组 47 例, 男 34 例, 女 13 例; 年龄 23~57 岁, 平均(34.6±6.0)岁; 扭伤 7 例, 坠堕伤 40 例; 合并单踝骨折 1 例, 合并胫骨平台骨折 1 例, 合并胸腰椎压缩性骨折 2 例。对照组 46 例, 男 36 例, 女 12 例, 年龄 25~55 岁, 平均(34.8±6.2)岁; 扭伤 5 例, 坠堕伤 41 例; 合并单踝骨折 1 例, 合并胸腰椎压缩性骨折 1 例, 合并骨盆骨折 2 例。2 组年龄、性别、受伤原因、合并症等一般资料间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 逆向牵引复位固定治疗。对患者作坐骨神经与

股神经阻滞麻醉, 从外踝最高点自外到内横向将 1 枚骨圆针穿入胫骨并穿出对侧, 之后经外踝尖下将另 1 枚骨圆针由根骨横向穿入并穿出对侧。由助手直接牵引跟骨钢针对骨折远端进行整复, 尽量背伸踝关节以扩大踝穴间隙, 2 min 左右后由术者握住患者前足跖屈外翻, 另一手拇指置于跟腱内后侧缘, 将脱位距骨体骨块向前推顶以达到旋推复位目的。对于复位困难者可首先安装反牵引复位固定器, 予以充分牵引后于跟骨结节上方卷垫绷带, 之后对准绷带卷复位向后方脱位骨块向前锤击, 足固定于跖屈位, 5 周后改为功能位, 12 周后解除外固定并适当负重。

2.2 研究组 在对照组基础上加用活血化瘀汤治疗。处方: 木香、牛膝各 20 g, 桂枝 18 g, 乌药、陈皮各 15 g, 郁金、青皮各 14 g, 枳壳 12 g, 泽兰、泽泻各 10 g, 香附、柴胡各 8 g。每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 分早晚 2 次温服, 共 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组临床疗效及并发症发生率, 并发症包括创伤性关节炎与距骨体缺血坏死。其中距骨体缺血坏死通过踝关节 X 线片检查进行判定: X 线表现为距骨体密度增高即可判定。

3.2 统计学方法 应用 SPSS17.0 对数据进行统计学分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以百分率(%)表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 应用 Kenwright 功能活动四级分类法^[6]对疗效

[收稿日期] 2015-05-29

[基金项目] 温岭市科技计划项目 (2013C31BF0015)

[作者简介] 黄正霜 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 下肢创伤。

进行评定：伤足无不适、X 线片结果正常、距骨周围关节活动达正常范围 90%，步态稳定无疼痛感觉，为优；活动度达正常 50%~90%、剧烈运动时出现轻微疼痛与不适，为良；X 线片示轻度退行性改变、活动度为正常 25%~50%、剧烈运动时出现轻微疼痛与不适，为可；活动度不到正常 25%、X 线片示明显退变、经常疼痛不适，为差。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。优良率研究组为 91.5%，对照组为 76.1%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	优	良	中	差	优良
研究组	47	19(40.4)	24(51.1)	4(8.5)	0	43(91.5)
对照组	46	13(28.3)	22(47.8)	10(21.7)	1(2.2)	35(76.1)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组并发症发生率比较 见表 2。并发症发生率研究组为 6.4%，对照组为 15.2%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组并发症发生率比较 例(%)

组别	n	创伤性关节炎	距骨体缺血坏死	总发生
研究组	47	1(2.1)	2(4.3)	3(6.4)
对照组	46	2(4.3)	5(10.9)	7(15.2)

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

足背伸时距骨颈会受到胫骨远端前缘的撞击，外力过大就会导致胫骨前缘进入距骨断端最终导致距下关节半脱位(型)。外力若继续作用，距骨体受到向后推挤的力发生内脱位，即为型距骨颈骨折^[7]。不少专家提出“型必背伸”复位观点^[8-9]，提示型距骨颈骨折患者需尽快予以背伸踝关节来扩大踝穴间隙，促进距骨体更好复位。

距骨无肌肉附着，但是被韧带及关节囊包绕，复位后再移位可能性非常低。传统手法复位存在牵引力量小的缺点，复位难度较大。逆向牵引复位固定器具有跟骨钢针牵引，牵引力大幅增加，可有效增大关节间隙，利于距骨复位^[10]。本组观察 2 组患者均行逆向牵引复位固定，牵引力量更加集中，距骨体旋转移位得到有效纠正，效果满意。与此同时，研究组在逆向牵引复位固定治疗基础上加用活血化瘀汤治疗，方中柴胡性寒、味苦，归肝、胆经，可解表里、疏肝升阳；香附性辛、味苦，归肝、脾、三焦经，具有疏肝解郁、理气止痛的功效；泽泻性寒、味甘，归肾、膀胱经，可渗湿泻热、降浊消肿；泽兰性

温、味辛，具有温中祛寒、活血镇痛的功效；枳壳性辛、味苦，可破气消积、通利关节；青皮性温、味苦，归肝、胆、胃经，可疏肝化滞；郁金性辛、味苦，归肝、心、肺经，可活血行气、止痛化瘀；陈皮性温、味苦，归肺、脾经，具有理气健脾之效；乌药性温，归脾、肾、肺、膀胱经，可温肾散寒、行气止痛、活血化瘀；桂枝性温、味甘，入心、肺、膀胱经，具有温经通脉、散寒止痛、通血脉、补元阳之功；牛膝活血通经；木香行气止痛、调中导滞。诸药合用，共奏活血祛瘀、温经通络、行气止痛之功。

综上所述，自拟活血化瘀汤结合逆向牵引复位固定治疗型距骨颈骨折可有效复位并发挥通络止痛之效，促进患者康复，减少并发症，效果显著。

[参考文献]

- [1] 张文海, 卢艳东, 王敬博, 等. 内、外侧双切口治疗 Hawkins 型距骨颈骨折[J]. 中华骨科杂志, 2012, 32(8): 745-750.
- [2] 林治建, 宋修恩, 崔永利, 等. 逆向牵引复位固定治疗型距骨颈骨折的临床观察[J]. 中医正骨, 2008, 20(8): 52-53.
- [3] 孔雷, 孔荣, 李守民, 等. 手术治疗 Hawkins 型距骨颈骨折[J]. 临床骨科杂志, 2014, 17(1): 86-87.
- [4] 吴怀钜. 手法复位结合踝后闭合穿针空心螺钉内固定治疗闭合性 Hawkins 型距骨颈骨折[J]. 中医正骨, 2014, 26(1): 68-69.
- [5] 张文海. Hawkins 型距骨颈骨折诊断与治疗进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 20(12): 1102-1104.
- [6] Kenwright J. Major Injuries of the Talus[J]. J Bone Joint Surg, 1970, 52B(1): 36.
- [7] 李军毅. 型距骨颈骨折 7 例的临床治疗体会[J]. 中医药导报, 2010, 16(5): 85-86.
- [8] 胡力, 周忠, 陈学明, 等. 内固定结合骨诱导活性材料治疗 Hawkins 型距骨颈骨折[J]. 创伤外科杂志, 2013, 15(4): 331-334.
- [9] 郭前进, 王亮, 甄相周, 等. 内踝截骨入路加压空心螺钉固定术治疗 Hawkins 型距骨颈骨折[J]. 中医正骨, 2012, 24(8): 49-50.
- [10] 马睿, 舒衡生, 王宏川, 等. 距骨颈骨折治疗方法及疗效分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 20(10): 893-896.

(责任编辑: 冯天保)