

当归补血汤联合应力刺激治疗下肢骨干粉碎性骨折术后疗效观察

戴云峰

安吉县中医医院, 浙江 安吉 313300

[摘要] 目的: 观察当归补血汤配合应力刺激治疗下肢骨干粉碎性骨折术后的临床疗效。方法: 将100例下肢骨干粉碎性骨折术后患者随机分成对照组和研究组, 2组患者均接受内固定手术治疗, 在此基础上, 对照组给予应力刺激, 研究组给予当归补血汤配合应力刺激。随访1年, 观察2组患者的骨折延迟愈合率、骨折不愈合、膝关节 Karlstrom 功能评分和踝关节 Mazur 评分、VAS 评分。结果: 研究组患者骨折延迟愈合率为4.0%, 骨折不愈合率为2.0%, 明显优于对照组的12.0%和8.0% (均 $P < 0.05$)。研究组患者膝、踝关节功能疗效优良率为94.0%, 对照组优良率为74.0%, 2组比较, 差异有显著性意义。研究组患者VAS评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在下肢骨干粉碎性骨折手术治疗的基础上, 给予患者当归补血汤配合应力刺激有利于改善治疗效果, 提高骨折愈合率, 改善患者膝关节和踝关节功能, 减轻患者的疼痛感, 值得推广。

[关键词] 当归补血汤; 应力刺激; 下肢骨干; 粉碎性骨折; 治疗效果

[中图分类号] R683.42 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0093-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.045

近年来随着交通运输事业、建筑业的飞速发展, 下肢骨干粉碎性骨折的发生率呈逐年上升的趋势。如何选择有效的治疗方式, 保证骨折端愈合良好, 恢复满意的肢体功能一直是骨科工作的重点^[1]。在临床上, 骨折常采用手术治疗的方法, 但手术治疗后患者伤口容易出现肿胀, 不利于骨折愈合。而采用药物联合应力刺激治疗, 可保护骨折端血运, 利于骨痂形成, 从而促进骨折的早期愈合^[2]。本研究对下肢骨干粉碎性骨折内固定术后应用当归补血汤配合应力刺激治疗, 疗效满意, 结果报道如下。

1 临床资料

选取2011年9月—2013年11月本院收治的下肢骨干粉碎性骨折患者100例作为研究对象, 将其随机分为2组各50例。均有明确的外伤史, 并经X线片、CT等影像学检查确诊。对照组男39例, 女11例; 年龄19~65岁, 平均(35.21±9.45)岁; 体重46~86kg, 平均(62.34±10.54)kg; 受伤原因包括跌倒伤12例, 车祸伤38例; 股骨干骨折27例, 胫骨干骨折23例。研究组男37例, 女13例; 年龄20~65岁, 平均(36.56±9.53)岁; 体重47~85kg, 平均(62.45±10.71)kg; 受伤原因包括跌倒伤12例, 车祸伤38例; 股骨干骨折37例, 胫骨干骨折13例。研究对象剔除合并严重肝肾功能障碍、心肺功能不全、凝血机能异常、控制不良的高血压、糖尿病、病理性骨质疏松、脑血管疾病后遗症、妊娠期女性、精神疾病等患者。2组一般资料比较, 差异无显著性意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

所有患者均给予切开复位内固定治疗。

2.1 对照组 给予应力刺激。在手术后1周采用应力刺激仪进行叩击治疗, 每次30min, 每天2次, 每次之间间隔8h。1月为1疗程, 共治疗3疗程。

2.2 研究组 应力刺激治疗同对照组, 配合当归补血汤口服。处方: 当归15g, 白芍、木通、桂枝各10g, 细辛5g, 炙甘草6g, 大枣5枚。若患者有疼痛灼热症状, 加用忍冬藤30g, 延胡索、知母各10g。每天1剂, 水煎取汁100mL, 分早、晚2次服用。1月为1疗程, 共治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者骨折延迟愈合率、骨折不愈合; 采用可视化视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度: 0分为无痛, 10分为剧烈疼痛, 由患者根据自身疼痛情况自行评分, VAS评分越高, 表示疼痛程度越剧烈^[3]。对患者膝关节 Karlstrom 功能评分和踝关节 Mazur 评分, 以评价关节功能恢复情况。

3.2 统计学方法 应用SPSS17.0对数据进行统计学分析。计数资料比较采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 骨折延迟愈合、骨折不愈合标准 在正常愈合所需的时间内(20~26周), 仍未达到完全愈合, 则诊断为骨折延迟愈合。8月后骨折端仍未达到骨性连接, X线显示骨折线清

[收稿日期] 2014-08-18

[作者简介] 戴云峰(1972-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医骨科学。

晰,无骨痂生长,负重时局部疼痛或异常活动,则诊断为骨折不愈合^[4]。

4.2 膝、踝关节功能疗效标准 参考文献[5]拟定。优:膝关节功能正常,无疼痛、跛行;踝关节无肿胀,步态正常,活动范围恢复正常。良:膝关节活动度 10~125°,局部无疼痛、跛行;踝关节轻微肿胀,步态正常,活动范围达正常范围的 3/4。可:膝关节活动度 30~105°,关节偶尔酸痛,劳累后加重,轻度跛行;踝关节活动时疼痛,需服用非甾体类抗炎药物,步态正常,活动范围仅为正常范围的 1/2。差:膝关节活动度低于上述标准,关节经常酸痛,明显跛行;踝关节肿胀,行走或静止时均疼痛,跛行,活动范围小于正常范围的 1/2。

4.3 2组骨折愈合情况和关节功能评分 见表1。研究组患者骨折延迟愈合率为4.0%,骨折不愈合率为2.0%,明显优于对照组的12.0%和8.0%,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。研究组患者膝、踝关节功能疗效:优34例,良13例,可3例,优良率为94.0%。对照组患者为优25例,良12例,中7例,差6例,优良率为74.0%。2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组骨折愈合情况和关节功能评分 例(%)

组别	延迟愈合	不愈合	优(例)	良(例)	可(例)	差(例)	优良率(%)
对照组	6(12.0)	4(8.0)	25	12	7	6	74.0
研究组	2(4.0) ¹	1(2.0) ¹	34	13	3	0	94.0 ¹

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组VAS评分比较 见表2。治疗后6、12月研究组患者VAS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗6月	治疗12月
对照组	50	4.25±0.12	2.17±0.89
研究组	50	1.91±0.11 ¹	0.87±0.12 ¹

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

在临床上,下肢骨折多由于巨大暴力所致,骨折断端血运受损严重,稳定性差,临床处理时应注重骨折断端的解剖复位和坚强的内固定^[6]。采用切开复位内固定断端,可形成坚强的内固定,有利于骨折早期愈合,减少延迟愈合、骨不愈合风险。但是术后需结合其他治疗方式,以促进骨折愈合。

本研究中,对照组术后给予应力刺激,刺激仪发出的叩击力还可以刺激肌肉产生被动收缩,使骨折端产生微动以获得纵向的压应力。起到预防废用性萎缩和骨质疏松的作用,与丁真奇等^[6]的研究结果一致,但是单纯应力刺激仍无法收到良好的促进骨折愈合的效果,从研究结果可见,对照组术后骨折延迟愈合率和骨折不愈合率均比较高,且关节功能优良率仅为74.0%。

有文献报道,联合当归补血汤能更好的促进患肢肿痛消除与骨痂生成,对促进骨折愈合起到一定的协同作用^[7]。基于此,研究组在应力刺激基础上联用当归补血汤,方中当归性甘湿,具有养血和血功效;桂枝性辛湿,具有温通血脉、湿经散寒的作用,两者为君药。白芍具有养血和营作用,与当归共用,助其补益营血之功;细辛具有湿经散寒的作用,与桂枝共用,助其温通血脉之功,两者为臣药。大枣与甘草均具有调养气血的作用;木通可通经脉,畅血行,三者为佐药。诸药配伍应用,共奏养血通脉之效,从而确保患者骨折处血运良好,促进骨折愈合。经过治疗,研究组患者术后骨折延迟愈合率和骨折不愈合率均比较低,且关节功能优良率达到94.0%,与对照组相比有很大的优势。从疼痛评分来看,患者的疼痛反应轻微。

本研究结果显示研究组骨折延迟愈合率、骨折不愈合率明显低于对照组,且患者膝关节 Karlstrom 功能评分和踝关节 Mazur 评分优良率明显优于对照组,患者VAS评分明显较低,与曹学伟等^[6]的研究结果具有一致性,也证实了当归补血汤的功效。

综上所述,在下肢骨干粉碎性骨折手术治疗的基础上,给予患者当归补血汤配合应力刺激有利于改善治疗效果,提高骨折愈合率,改善患者膝关节和踝关节功能,减轻患者的疼痛感,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 余昌海. 当归四逆汤加味治疗多发性神经炎的临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2013, 15(22): 118-119.
- [2] 唐亮, 卢弘栩, 丁健, 等. 锁定钢板治疗胫骨 Pilon 骨折的疗效分析[J]. 实用骨科杂志, 2010, 16(6): 420-423.
- [3] 张勇. 锁定钢板治疗股骨髁部骨折的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(31): 146-147.
- [4] 张波, 赵光宇. 胫骨远端锁定钢板治疗 Pilon 骨折 24 例临床分析[J]. 新疆医科大学学报, 2013, 35(3): 366-368.
- [5] 谭训香, 姜红江, 王永华, 等. 伤敷愈敷神阙治疗骨折后肢体肿胀疼痛的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(3): 10-11.
- [6] 丁真奇, 高俊. 叩击式骨应力刺激仪促进闭合性胫骨干骨折愈合[J]. 临床骨科杂志, 2006, 9(4): 289-292.
- [7] 林晓毅, 袁华澄, 游戎己. 锁定加压接骨板治疗下肢骨折术后钢板螺钉断裂原因分析[J]. 岭南现代临床外科, 2011, 11(5): 375-377.
- [8] 曹学伟, 徐海丽, 蔡寸, 等. 辨证论治配合西医治疗地震伤骨折 46 例[J]. 陕西中医, 2009, 30(8): 1016-1017.

(责任编辑:冯天保)