

中西医结合治疗跟骨关节内骨折临床观察

潘雄, 应行, 林道超, 刘其顺

杭州钢铁集团公司职工医院骨科, 浙江 杭州 310022

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗跟骨关节内骨折的临床疗效。方法: 将患者128例分为2组各64例, 治疗组行切开复位内固定, 术后辅助中药治疗; 对照组行单纯切开复位内固定治疗。观察2组住院时间、骨折愈合时间, 比较治疗后5、10、15天视觉模拟评分(VAS), 治疗前后Bohler's角和Gissane's角恢复情况, 术后Maryland伤足功能评估及并发症发生情况。结果: 治疗后2组住院时间、骨折愈合时间比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2组术后VAS评分均下降($P < 0.05$)。治疗组术后5、10、15天VAS评分均低于对照组($P < 0.05$)。2组治疗后Bohler's角均较术前改善($P < 0.05$)。2组术后1月、术后6月比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后Gissane's角均较术前改善($P < 0.05$)。2组术后6月比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2组Maryland伤足功能评分优良率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 采用中西医结合治疗跟骨关节内骨折, 临床疗效显著, 治疗后可有效恢复患足功能。

[关键词] 跟骨关节内骨折; 中西医结合疗法; 钢板内固定; 辨证施治

[中图分类号] R683.41 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)02-0101-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.049

跟骨关节内骨折多由创伤引起, 除保守治疗外, 多采用手术治疗。随着医学研究的不断深入, 中西医结合治疗骨折的临床应用越来越多^[1], 笔者采用中西医结合治疗跟骨关节内骨折, 疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

选取2011年6月—2014年6月本院跟骨关节内骨折患者128例, 男109例, 女19例; 年龄17~78岁, 平均(48.32 ± 11.27)岁; 致伤原因: 高空坠落伤70例, 砸伤29例, 车祸伤9例, 其他损伤20例。入院后均行足正侧位、跟骨侧轴位X线及CT检查, 所有病例均为闭合性新鲜骨折。单侧跟骨骨折102例, 双侧26例; 骨折按Sanders分型, II型45例, III型52例, IV型31例。根据治疗方法不同将所有病例随机分为2组各64例, 2组性别、年龄、致伤原因、部位、Sanders分型等经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。本次研究经医院伦理委员会审核并通过, 所有患者已签署知情同意书。

2 治疗方法

2.1 对照组 行单纯切开复位内固定治疗。术前准备: 术前行患肢石膏固定并抬高, 跟骨注射甘露醇至足区消肿、皮肤出现褶皱时可进行手术治疗。术前30 min行抗生素预防性静脉滴注。手术方法: 所有手术均由同一组术者完成。腰麻或硬膜外麻醉, 俯卧位, 行患肢跟骨外侧L形切口, 自外踝上1~2

cm至第5跖骨基底部做弧形切口, 逐层切开皮肤至骨膜并分离, 保护该区动脉、腓肠神经及腓骨长短肌腱, 在距骨、外踝、骹骨分别打入3枚克氏针, 暴露骨折区, 用撬骨刀撬开外侧壁恢复后距关节面, 内翻跟骨恢复前关节面, 矫正Bohler's角和Gissane's角、跟骨宽度、高度、及距下关节面。通过C臂X线机透视观察跟骨骨折是否复位完全, 使用跟骨塑性钢板紧贴跟骨后侧和外侧壁, 并进行固定, 将钢板前方螺钉钉于骹骨或跟骨, 钢板中间螺钉由内向上钉于载距突, 钢板底部螺钉置于跟骨后方和结节处, 对于骨缺损患者可行自体髂骨移植, 生理盐水冲洗, 放置引流管1枚或引流条, 闭合切口。术后处理: 术后患肢抬高, 常规应用抗生素3天, 术后24 h拔除引流条, 48 h内拔除引流管, 16~21天拆线, 术后第2天指导患者行足趾和足踝功能锻炼, 术后2周嘱患者可下地行不完全负重活动。

2.2 治疗组 在术后第2天起内服中药治疗, 根据中医辨证法行3期^[2]治疗, 第1周行止痛、活血化瘀, 处方: 桃仁、当归、川芎各10 g, 通草4 g, 牛膝9 g, 赤芍、生地黄各8 g, 红花、防己各5 g。术后第2周行接骨治疗, 处方: 没药、煅自然铜、赤芍、骨碎补、当归各10 g, 生地黄15 g, 乳香5 g。术后第4周行强筋壮骨、养肝养肾治疗, 处方: 泽泻、熟地黄各15 g, 山茱萸、茯苓、山药各10 g。拆线后行中药熏洗治疗, 处方: 透骨草、海桐皮各30 g, 茯苓、当归、血

[收稿日期] 2014-10-09

[作者简介] 潘雄(1972-), 男, 主治医师, 研究方向: 骨科。

竭、桑枝、续断、桑寄生各20g，木瓜、伸筋草、乳香、白芷、防风、杜仲、丁香、没药、细辛、川牛膝、青风藤、泽兰各15g，儿茶、川乌、地龙各10g。将药物放入纱布包中置于容器内，加入2000mL水煮沸，待水温适度时利用蒸汽熏蒸跟骨关节骨折区，水温降低时，药袋热敷，每天2次，每次0.5h，治疗6周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组病例住院时间、骨折愈合时间、治疗后5、10、15天视觉模拟评分(VAS)，治疗前后Bohler's角和Gissane's角恢复情况，术后Maryland^③伤足功能评估及并发症发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0进行统计学处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

术者通过上门或电话方式对所有患者进行随访，随访2~36月，平均 (15.91 ± 4.85) 月。

4.1 2组住院时间、骨折愈合时间比较 见表1。治疗后2组住院时间、骨折愈合时间比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组住院时间、骨折愈合时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	住院时间(天)	骨折愈合时间(周)
治疗组	64	$9.37 \pm 1.25^{\text{①}}$	$7.15 \pm 1.02^{\text{①}}$
对照组	64	13.26 ± 1.08	9.52 ± 1.83

与对照组比较， $\text{①}P < 0.05$

4.2 2组VAS评分比较 见表2。2组术后VAS评分均下降($P < 0.05$)。治疗组术后5、10、15天VAS评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	术前	术后5天	术后10天	术后15天
治疗组	64	8.94 ± 0.82	$5.67 \pm 0.76^{\text{②}}$	$3.13 \pm 0.79^{\text{②}}$	$2.02 \pm 0.83^{\text{②}}$
对照组	64	9.03 ± 0.75	$6.81 \pm 0.95^{\text{①}}$	$4.77 \pm 0.65^{\text{①}}$	$3.46 \pm 0.98^{\text{①}}$

与本组术前比较， $\text{①}P < 0.05$ ；与对照组同时间点比较， $\text{②}P < 0.05$

4.3 2组Bohler's角比较 见表3。2组治疗后Bohler's角均较术前改善($P < 0.05$)。2组术后1月、术后6月比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组Bohler's角比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	术前	术后1月	术后6月
治疗组	64	10.09 ± 4.15	$36.24 \pm 5.17^{\text{②}}$	$34.17 \pm 2.04^{\text{②}}$
对照组	64	9.93 ± 5.36	$31.09 \pm 5.22^{\text{①}}$	$29.53 \pm 1.91^{\text{①}}$

与本组术前比较， $\text{①}P < 0.05$ ；与对照组同时间点比较， $\text{②}P < 0.05$

4.4 2组Gissane's角比较 见表4。2组治疗后Gissane's

角均较术前改善($P < 0.05$)。2组术后6月比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表4 2组Gissane's角比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	术前	术后6月
治疗组	64	131.92 ± 5.74	$124.18 \pm 4.27^{\text{②}}$
对照组	64	133.46 ± 4.25	$143.59 \pm 3.93^{\text{①}}$

与本组术前比较， $\text{①}P < 0.05$ ；与对照组同时间点比较， $\text{②}P < 0.05$

4.5 2组术后Maryland伤足功能疗效比较 见表5。2组Maryland伤足功能评分优良率比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表5 2组术后Maryland伤足功能疗效比较

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
治疗组	64	55	6	2	1	$95.31^{\text{①}}$
对照组	64	46	4	8	6	78.13

与对照组比较， $\text{①}P < 0.05$

4.6 2组术后情况比较 术后2组无切口感染、内固定松动、断裂及钢板外露等并发症，治疗组切口周围麻木1例，皮下血肿3例；对照组并发腓肠神经损伤所致足趾麻木2例，骨折延迟愈合4例，皮缘坏死4例，创伤性距下关节炎1例。

5 讨论

跟骨关节内骨折发生率较高，常因直接或间接暴力引起。跟骨为主要承重骨，解剖结构复杂，创伤后常伴有软组织损伤、骨折缺损、移位，跟骨高度减小、宽度增大、内侧壁旋转、外侧壁突出，距下关节和跟骰关节面角度增加。对于Sanders I型跟骨骨折，后关节面移位 ≤ 2 mm，或不能耐受手术或麻醉患者，多采用保守治疗，但治疗后效果不佳，可出现表皮水泡、皮缘坏死、骨折不愈合或延迟愈合，跟骰或跟距关节创伤性关节炎、腓肠神经或腓肠肌腱卡压、足趾麻木及足踝关节障碍等并发症^④。手术治疗跟骨关节内骨折适合Sanders分型为II、III型，关节内骨折移位 > 2 mm；软组织损伤条件符合手术要求，可耐受手术及麻醉的患者。治疗目的是恢复后距关节面平整；恢复跟骨长度、高度、宽度、Bohler's角和Gissane's角，复位跟骨结节解剖位置；恢复腓骨肌腱功能，使患者尽早下地功能练习。本研究行外侧入路，有效暴露跟骨关节内骨折区，观察跟骰关节面和后、中关节面骨折情况，复位移位骨折块，行钛板固定，自体髂骨移植骨缺损区。钛板可塑性强，质韧且较薄，组织相容性好，具有适当可弯曲性^⑤。内服中药治疗，具有强筋壮骨、接骨续筋、解痉消肿、止痛化瘀、滋补肝肾的作用。治疗组在术后第2天辅助口服中药，可抗炎、镇痛，改善跟骨部血液循环，使肌肉解除痉挛，提高成骨细胞活性，增快骨痂形成^⑥。中药熏洗过程，药液中的重要成分深入皮肤发挥作用。气血对骨骼滋养

是骨骼维持正常形态和功能的重要因素,若瘀血阻滞,脉络阻滞,骨失气血滋养,必发为骨痹。中药熏洗可改善关节局部血液循环,增加血液流量、消肿,促进功能恢复,降低关节僵硬发生率^[1],中医药理学认为,当归可扩张外周血管,改善血流速度;牛膝、川芎可清除氧自由基,抑制脂质过氧化反应,改善因关节组织缺血缺氧所引起的疼痛,加快组织恢复。本研究结果提示中西医结合治疗方案可有效缩短骨折愈合时间、降低疼痛、防止术后足踝关节功能障碍、降低并发症发生率。

可见,中西医结合治疗跟骨关节内骨折较单纯西医治疗疗效显著,适合临床广泛应用及进一步研究。

[参考文献]

- [1] 张志海,罗毅文,王斌. 钢板内固定配合中药熏洗治疗跟骨关节内骨折的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(5): 22-24.
- [2] 和艳红,阎亮,孙永强. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折 28 例临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(60): 58-59.
- [3] 戚记伟,许世超,李强. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折 56 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(11): 917-919.
- [4] 李绪松,郑臣校,苏永康. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(9): 798-799.
- [5] 李晓华. 中药熏洗配合内固定在跟骨关节内骨折中的效果分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(11): 98-99.
- [6] 何才勇,林晓光,张志. 中药内服配合外洗、外敷治疗跟骨骨折术后皮肤愈合不良或坏死临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(4): 31-32.
- [7] 孙占东. 中西医结合治疗 Sanders III、IV 型跟骨骨折疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(8): 67-69.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中西医结合治疗类风湿关节炎临床观察

汪珏, 郑林峰, 徐进, 赖树华, 詹荣飞

淳安新富中医骨伤医院, 浙江 杭州 311700

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗类风湿性关节炎的临床疗效。方法: 将 136 例类风湿性关节炎患者随机均分为 2 组各 68 例。对照组采用常规西药治疗, 观察组在对照组基础上采用中医辨证施治。观察 2 组患者治疗前后症状和体征变化, 检测血沉 (ESR)、类风湿因子 (RF) 及 C-反应蛋白 (CRP) 指标变化, 比较 2 组临床疗效。结果: 治疗后, 2 组症状、体征均改善 ($P < 0.05$); 观察组治疗后症状、体征改善优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 ESR、RF、CRP 均改善 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 ESR、RF、CRP 改善优于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率观察组 95.59%, 对照组 67.65%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗类风湿性关节炎, 效果良好, 安全性高, 值得临床推广应用。

[关键词] 类风湿性关节炎; 中西医结合疗法; 血沉 (ESR); 类风湿因子 (RF); C-反应蛋白 (CRP)

[中图分类号] R593.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0103-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.050

类风湿性关节炎是一种病因尚不明确, 主要以炎性滑膜炎为主要病变的系统性疾病^[1]。常表现为多关节、对称性的关节炎, 出现晨僵、关节畸形、多关节受累的临床症状^[2]。临床常采用非甾体抗炎药、抗风湿药物、激素类药物对患者进行治疗, 以改善患者的痛苦^[3]。研究显示采用抗炎、免疫抑制等多种药物联合的治疗方法, 给患者带来较多的治疗后副作用, 且

效果不佳^[4]。笔者采用中西医结合治疗类风湿性关节炎, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2008 年 6 月—2013 年 12 月本院接诊的类风湿性关节炎患者 136 例按照随机数表法分为 2 组各 68 例。观察组男 23 例, 女 45 例; 年龄 24~43 岁, 平均

[收稿日期] 2014-10-17

[作者简介] 汪珏 (1966-), 女, 主治医师, 研究方向: 骨科临床。