

中西医结合治疗胫骨 Pilon 骨折 40 例疗效观察

章明刚

浙江省金华市金东区中医院, 浙江 金华 321031

[摘要] 目的: 观察中西医结合对胫骨 Pilon 骨折的治疗效果。方法: 采用手术复位固定、中药内服加熏洗、早期功能锻炼等综合治疗胫骨 Pilon 骨折。结果: 40 例患者均骨性愈合, 优良率达 87.5%, 总有效率 100%。结论: 中西医结合治疗胫骨 Pilon 骨折可有效促进骨折愈合, 加快功能恢复, 减少并发症。

[关键词] 胫骨 Pilon 骨折; 手术复位固定; 中药疗法; 内服; 熏洗; 功能锻炼

[中图分类号] R683.42 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0121-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.058

胫骨 Pilon 骨折又称胫骨远端爆裂骨折, 是由于高速纵向压力造成胫骨远端及踝关节面的粉碎性骨折, 骨折片向四周爆裂, 不但软组织损伤较重而且并发症多、致残率高, 是关节内骨折中最难处理的问题之一^[1]。2010 年 3 月 - 2013 年 3 月, 笔者以中西医结合的方法治疗此类骨折 40 例, 临床疗效满意。结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例共 40 例均为本院诊治的胫骨 Pilon 骨折, 男 26 例, 女 14 例; 年龄 19~67 岁, 平均 38.6 岁; 骨折原因: 高处坠落伤 21 例, 车祸 12 例, 运动损伤 6 例, 重物砸伤 1 例; 闭合骨折 33 例, 开放性骨折 7 例; 合并腓骨骨折 32 例, 合并跟骨、盆骨等其他部位骨折 6 例; 急诊手术 25 例, 择期手术 15 例; 受伤至手术时间 3 h~14 天, 平均 7.6 天。

1.2 分型标准 根据 Ruedi- Allgower 分型^[2]: I 型(累及关节面但无移位的劈裂骨折)2 例, II 型(累及关节面并有移位的劈裂骨折)15 例, III 型(累及干骺端及关节面的粉碎性骨折)23 例。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 根据“3P”原则^[3], 即保护(preserve)骨与软组织活力、进行(perform)关节面的解剖复位、提供(provide)满足踝关节早期活动的固定进行治疗。I 型骨折行踝部支持钢板固定、II 型、III 型骨折患者视具体情况行切开复位内固定、分步延期切开复位内固定、有限切开复位内固定结合外固定等手术。对于开放性骨折均在伤后 6 h 内行急诊手术, 清创后使用外固定支架或有限切开复位内固定结合外固定架治疗。闭合性骨折根据软组织损伤程度选择手术时间及方式: 肢体肿胀不明

显、软组织损伤程度较轻者, 可行急诊手术切开复位内固定; 对于粉碎性 Pilon 骨折, 一般软组织损伤严重, 关节处肿胀明显, 甚至出现水泡, 则早期予跟骨牵引维持下肢长度, 抬高患肢并积极脱水消肿治疗, 10 天左右肿胀消退再行二期手术, 空腔及缺损处可自体髂骨植骨。伴有腓骨骨折患者, 于腓骨后侧外缘纵向切口, 复位后予重建钢板固定腓骨骨折, 恢复腓骨长度, 便于胫骨复位, 胫骨行内侧弧形切口, 两切口间距 7~10 cm, 以重建钢板等内固定为主, 术中尽量不剥离皮下组织以免影响血运。C 臂 X 线机透视, 复位满意后安装外固定支架, 常规应用抗生素 3~5 天。

2.2 中医治疗 早期(1~2 周)以活血化瘀消肿为大法, 方选消肿化瘀汤(桃仁、红花、当归、川芎、茯苓、白术、泽泻、泽兰、金银花、蒲公英)。中期(3~4 周)以接筋续骨为主, 方选接骨汤(骨碎补、自然铜、威灵仙、续断、杜仲、透骨草、当归、乳香、没药)。后期(5 周以后)以补肝肾强筋骨, 方选地黄汤(熟地黄、牛膝、杜仲、鸡血藤、淫羊藿、菟丝子、鸡内金、黄精、山药)。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服。手术切口愈合后予中药熏洗治疗(透骨草、海桐皮、桑枝、桂枝、牛膝、红花、威灵仙、秦艽), 每天 1 剂, 水煎熏蒸患肢后进行浸洗, 每天 2 次, 每次熏洗 20 min, 连续熏洗 6 周。

2.3 功能锻炼 术后即指导患者进行足趾屈伸锻炼及肌肉舒缩锻炼, 术后第 2 天即开始被动训练, 逐步帮助患者踝关节进行被动及主动的伸屈。在 X 线提示骨痂生成、骨折愈合的情况下指导患者逐步开始负重锻炼并加强下肢肌肉训练。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 踝关节功能评价参照 Mazur JM 等^[4]评价标

[收稿日期] 2014-09-23

[作者简介] 章明刚 (1979-), 男, 主治医师, 主要从事骨伤科临床工作。

准：优：>92 分，踝关节无肿痛，步态正常，活动自如；良：87~92 分，踝关节轻微肿痛，步态正常，活动可达正常的 3/4；可：65~86 分，活动时疼痛，活动度仅为正常的 1/2，正常步态需服用非甾体类抗炎药；差：<65 分，行走或静息痛，活动度仅为正常的 1/2，跛行，踝关节肿胀。

3.2 治疗结果 所有病例均得到随访，随访时间 6~18 月，平均 13 月，每半个月复查伤肢 X 线片。40 例患者均骨性愈合，骨折愈合时间为 6~17 周，平均 11 周。本组患者优 24 例，良 11 例，可 5 例，优良率达 87.5%，总有效率 100%。

4 讨论

4.1 手术时机的选择 胫骨 Pilon 骨折后何时进行手术的问题一直存在争议。Patterson MJ 等^[5]提出两阶段疗法，即伤后急诊复位固定腓骨，辅以外固定架维持胫骨长度，择期再进行切开复位，固定胫骨。这样避免了一期切开复位带来的许多并发症。Sirkin M 等^[6]认为骨折后维持距骨中立位急诊手术或在伤后 7~12 天软组织肿胀消退后再行手术。笔者认为，对开放伤及软组织损伤不明显者行急诊手术，因为新鲜骨折，伤处磨损少，解剖标志明显，骨折可以解剖复位，急诊手术减少了松质骨出血，避免了骨折对软组织的进一步损伤，同时也避免关节软骨的变性坏死，有利于后期恢复。但创面大、污染严重的开放性骨折，也可选择分期手术，清创后一期闭合伤口，但避免早期内固定减少术中骨折的广泛暴露而产生感染的机会。对于软组织损伤严重，患肢肿胀明显，甚至有张力性水泡者应先行跟骨牵引，肿胀消退后再行手术。若肿胀时即予以手术，术后炎症反应会加重肿胀，张力过大还可造成皮肤坏死，钢板外露。手术一般在伤后 10 天左右进行，时间最好不超过 2 周，否则会加重复位和固定的难度，踝关节也失去了早期功能锻炼的机会。

4.2 手术方式的选择 手术均按 AO 推荐的四步标准进行：解剖复位腓骨骨折并钢板内固定、重建胫骨远端关节面、干骺端骨缺损处植骨、重新连接骨干与干骺端。良好的骨关节结构和血供是治疗的关键点，急诊手术笔者选用胫腓 L 型前切口，充分暴露关节面，便于直视下充分恢复关节面。伴腓骨骨折时，手术时首先复位固定腓骨骨折，腓骨固定后与胫骨形成框架作用，维持肢体对线，增强了胫骨的稳定性，这对恢复小腿长度、恢复踝关节功能形态很有帮助。如果软组织损伤不严重，切开复位内固定是最佳的手术方式^[7]。伴有软组织损伤严重的粉碎性骨折，建议一期外固定结合有限内固定或使用外固定支架，二期行最终的内固定手术^[8]，可减少对骨及软组织的医源性破坏，既使骨折完全复位又使血运破坏较少，外支架不但维持骨折稳定，又可抵抗距骨顶压关节面造成的再塌陷，避免对关节软骨的压迫，减少骨性关节炎的发生^[9]。术中注意事项：腓骨侧后缘切口与胫骨前内侧切口间距至少大于 7 cm，否则有皮瓣坏死的可能；术中尽量保留软组织，减少手术造成的二次伤害；粉碎性骨折骨质缺损应行植骨术，首选自体髂

骨，防止胫骨远端短缩及内翻。

4.3 配合中医药治疗 血肿机化、骨痂形成、改建塑形是骨折的愈合的基本过程。血肿机化期为骨折早期，患处肿胀疼痛，是由于筋骨损伤，瘀阻经络造成，予活血化瘀、利水消肿可减轻局部组织肿胀，改善伤处循环，配合清热解毒还能防止皮肤坏死与感染，有助于尽快达到手术条件。骨折中期瘀肿减轻、骨痂形成，治疗则以和营生新、续筋接骨为主。改建塑型期即骨折后期，骨折部位肿胀基本吸收、骨痂生长，治疗重点应转向补肝肾、强筋骨，以促进伤处愈合。同时配合中药熏洗，热力带动药力由表及里，深入筋骨，起到活血通络、滑利关节、减少关节粘连、消肿止痛的作用，利于局部消肿、加速组织修复、增加肌腱弹性，加速了骨折生长愈合及踝关节功能恢复，减少和延缓骨性关节炎的发生。

另外，术后早期锻炼也是促进踝关节功能康复的有效方式，可增加踝部血液循环、促进骨的愈合、防止了随骨愈合而致关节面不平引起的创伤性关节炎，有利于关节软骨的营养及关节模造作用。

4.4 术后并发症防治 胫骨 Pilon 骨折不仅骨质破坏严重，而且周围软组织亦存在严重损伤，因此并发症发生率很高，可达 55%^[10]。术后早期的并发症包括感染、皮肤坏死等，其发生与术后组织张力过高难以覆盖胫骨远端及术后引流不足有关，而降低术后软组织并发症的发生在于选择合适的手术时机。因此对待一些组织肿胀明显的患者，可待肿胀消退后再行手术，术中避免对位对线不良，配合术中减张缝合及术后中药内服加熏洗，辅以外石膏固定或外固定支架，可大大降低以上并发症的发生。此外，生物型钢板及封闭负压引流技术的运用也能帮助减少感染发生率^[11]。后期并发症主要为不愈合、畸形愈合、关节僵硬、骨关节炎等，术中保护骨膜及软组织，尽量避免软组织损伤或剥离过多造成的骨折端分离、骨折端血供不足，避免为追求骨折解剖复位，进一步破坏骨折处血供，这些都能有效减少晚期并发症。骨缺损自体髂骨植骨支撑填充，对恢复关节面平整起积极作用，配合加强外固定，可明显减少畸形和骨不连的发生，踝关节融合术亦作为一种补救措施。

[参考文献]

- [1] Mandracchia VJ, Evavs RD, Nelson SC, et al. Pilon fractures of the distal tibia [J]. Clin Podiatr Med Surg, 1999, 16: 743.
- [2] 卢世璧主译. 坎贝尔骨科手术学[M]. 10 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2005: 2532.
- [3] Blouth M, Bastian L, Krettau C, et al. Surgical potion for the treatment of severe tibial pilon fracture: a study of three techniques[J]. J Orthop Trauma, 2001, 15(2): 153-160.
- [4] Mazur JM, Schwartz E, Simon SR. Ankle arthrodesis:

- long term follow up with gait analysis [J]. J Bone Joint Surg(Am), 1979, 61(7): 964- 975.
- [5] Patterson MJ, Cole JD. Two- staged delayed open reduction and internal fixation of severe Pilon fractures[J]. J Orthop Trauma, 1999, 13: 85.
- [6] Sirkin M, Sanders R, DiPasquale T, et al. 1A staged protocol for soft tissue management in the treatment of complex Pilon fractures [J]. J Orthop Trauma, 1999, 13: 78.
- [7] 邱贵兴, 高鹏主译. 骨科手册[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 347.
- [8] Sreevathsa Boraiah MD, Travis J Kemp MD, Andrew Erwtaman BS. Outcome Following Open Reduction and Internal Fixation of Open Pilon Fractures [J]. J Bone Joint Surg Am, 2010, 92: 346- 352.
- [9] Papadokostakis G, Kontakis G, Giannoudis P, et al. External fixation devices in the treatment of fractures of the tibial plafond: a systematic review of the literature [J]. J Bone Joint Surg Br, 2008, 90(1): 1.
- [10] Teeny SM, Wiss DA. Open reduction and internal fixation of tibial plafond fractures. Variables contributing to poor results and complications [J]. Clin Orthop Relat Res, 1993, 292: 108.
- [11] Tarkin IS, Clare MP, Marcantonio A, et al. An update on the management of high- energy pilon fractures [J]. Injury, 2008, 39(2): 142.
- (责任编辑: 冯天保)

中药辨证联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床观察

马新华

温州医科大学附属第二医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察中药辨证联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎的临床疗效。方法: 将面部脂溢性皮炎患者 82 例随机分为 2 组, 对照组 40 例单独应用他克莫司软膏治疗, 治疗组 42 例在对照组治疗的基础上联合中药辨证治疗, 观察 2 组临床疗效及 2 周、4 周后复发率。结果: 治疗后总有效率治疗组为 97.5%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2、4 周, 治疗组复发率分别为 6.7%、13.3%, 对照组分别为 20.0%、48.0%, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组均未出现严重副反应。结论: 中药辨证联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床疗效显著, 复发率低。

[关键词] 脂溢性皮炎; 中西医结合疗法; 辨证论治; 中药复方; 他克莫司软膏

[中图分类号] R758.73⁺2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0123-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.059

脂溢性皮炎是发生于皮脂溢出部位的一种慢性炎症性皮肤病, 好发于面部鼻唇沟、眉弓、口周、头皮、发际、耳后及上胸、腋窝、外阴等皮脂腺丰富的部位。临床上以红斑、鳞屑、瘙痒为主要特征, 重者可有渗出以及继发感染。笔者应用他克莫司软膏联合中药辨证治疗脂溢性皮炎, 取得满意疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2010 年 5 月—2014 年 5 月本

院皮肤科门诊患者共 82 例, 按照随机的原则分为 2 组。治疗组 42 例, 男 22 例, 女 20 例; 年龄 19~45 岁, 平均 32.6 岁; 病程 3 月~5 年, 平均 0.84 年。对照组 40 例, 男 20 例, 女 20 例; 年龄 18~47 岁, 平均 34.3 岁; 病程 3 月~6 年, 平均 0.76 年。2 组性别、年龄、病程等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《中国临床皮肤病学》^[1]中相关标准; 中医辨证分型符合《皮肤病中医诊疗学》^[2]中热盛风燥

[收稿日期] 2014-10-02

[作者简介] 马新华 (1975-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合皮肤病学。