

术后配合中药治疗髌臼骨折疗效观察

张爱桥, 招健明, 张帅, 姚见

阳江市中医医院骨科, 广东 阳江 529500

[摘要] 目的: 观察手术配合中药治疗髌臼骨折临床疗效。方法: 38例髌臼骨折患者, 按治疗方案的不同分为观察组与对照组, 每组19例, 对照组仅给予手术治疗, 观察组手术后配合中药治疗。结果: 总有效率观察组84.2%, 对照组36.8%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后严重疼痛观察组0例, 对照组6例, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 术后配合中药治疗髌臼骨折临床疗效良好, 促进患者尽快恢复健康, 提高患者的生活质量。

[关键词] 髌臼骨折; 中医治疗; 手术治疗; 临床疗效

[中图分类号] R683.42 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0136-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.065

髌骨是由髌骨、耻骨以及坐骨三个部分所组成的, 其外侧面有一个比较大且比较深的窝被称为髌臼, 它与股骨头组成髌关节。髌臼是髌关节中比较重要的一个组成部分, 但是由于髌关节的负重一般比较大, 且活动度也比较大, 是人类最常使用到的一个部位, 因此很容易发生骨折的情况^[1]。髌臼发生骨折时可导致盆腔内出现大出血的情况、或者引起尿道、神经等损伤, 病情比较严重时可以使盆骨环发生断裂或者同侧的下肢发生骨折, 严重影响患者的身体健康, 因此对其的治疗显得十分重要。目前临床上对髌臼骨折的治疗主要是以手术治疗为主, 有研究表明^[2], 在患者手术之后使用中药配合治疗能够提高治疗效果, 促进患者尽快恢复健康。笔者在髌臼骨折手术后配合中药治疗髌臼骨折, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2011年1月—2013年1月本院收治髌臼骨折患者, 共38例。按照治疗方法的不同分为对照组与观察组, 每组19例。对照组男11例, 女8例; 年龄20~58岁, 平均(42.6±3.1)岁; 车祸受伤9例, 高处坠落6例, 重物砸伤4例; 多发骨折患者15例, 合并失血性休克3例, 颅脑损伤1例; 轻度7例, 重度8例, 严重4例。观察组男10例, 女9例; 年龄21~57岁, 平均(41.6±4.5)岁; 车祸受伤11例, 高处坠落5例, 重物砸伤3例; 多发骨折患者13例, 合并失血性休克4例, 颅脑损伤2例; 轻度5例, 重度6例, 严重8例。2组年龄、性别、病程、受伤原因、病情等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 所有患者均为新鲜骨折, 入院之后均

进行CT检查证实。排除有其他严重患者、精神疾病患者。入选患者均自愿参与本次研究。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予单纯手术治疗。其手术入路分别为 Kocher-Langenbeck 入路, 该种方式主要适用于后壁骨折、后柱加后壁骨折以及横行加后壁骨折的患者。对于涉及前后柱的横行骨折患者以及横行伴有后壁骨折的患者或T行骨折的患者, 使用拉力螺钉固定前柱、钢板固定后柱, 其强度等同于用钢板固定前后柱。以髌腹股沟入路的主要适用于前柱以及前壁骨折患者, 对其使用钢板内固定。根据不同的入路方式进行手术, 在尽量减少骨膜剥离的范围的情况之下将骨折部位显露出来, 依照解剖标志将骨折解剖复位^[3]。术后给予3天左右的抗生素治疗, 并负压引流36h, 在其术后3天左右给予低分子肝素并被动活动关节以预防静脉血栓发生。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予中药治疗。在患者术后2~3周给予血消肿方治疗, 处方: 三七20g, 沉香、桃仁、红花各15g, 当归、川芎各10g, 赤芍、延胡索各8g。术后4周后给予补肾接骨方治疗, 处方: 杜仲、黄芪、党参各20g, 骨碎补、土鳖虫、熟地黄、桑寄生、续断、何首乌各10g。中药每天1剂, 水煎服, 分早晚服用。

共治疗8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组临床疗效比较, 术后疼痛比较。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件对数据进行统计分析, 计数资料和等级资料以率或构成比表示, 采用 χ^2 检验;

[收稿日期] 2014-11-06

[作者简介] 张爱桥(1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 骨科临床。

计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[4]拟定。优:疼痛消失,并且步态恢复正常,其关节活动度至少为正常者的75%,经X检查时没有明显的关节间隙狭窄或者硬化;良:疼痛显著改善,步态恢复正常,其关节活动度大于正常者的50%,经X线检查其间隙狭窄并且有骨赘的形成;中:疼痛有改善,活动度小于50%,经X线检查其关节面发生硬化,关节间隙狭窄;差:疼痛等症状没有得到改善,股骨头向髋臼中心移位。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组84.2%,对照组36.8%,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

组别	n	例(%)				总有效
		优	良	中	差	
观察组	19	11(57.9)	5(26.3)	2(10.5)	1(5.3)	16(84.2) ^①
对照组	19	5(26.3)	2(10.5)	10(52.6)	2(10.5)	7(36.8)
χ^2 值		3.78	1.53	7.58	0.35	8.68
P值		0.0517	0.2154	0.0059	0.5528	0.0032

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组术后疼痛情况比较 表2。术后严重疼痛观察组0例,对照组6例,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组术后疼痛情况比较

组别	n	例(%)			合计
		严重疼痛	中度疼痛	轻度疼痛	
观察组	19	0 ^①	2(10.5)	1(5.3)	3(15.8)
对照组	19	6(31.6)	3(15.8)	4(21.1)	13(68.4)
χ^2 值		6.93	0.22	2.01	10.51
P值		0.0084	0.6358	0.1554	0.0012

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

髋臼骨折是一种高能量的损伤,由于髋臼的生理解剖比较复杂,且是人体十分重要的负重部位,因此临床对其的治疗就显得十分重要,关系着患者之后的生活质量。由于髋臼骨折所造成的损伤比较严重,且其骨折的类型比较复杂,移位又多种多样,给临床治疗增加了许多的困难,过去对髋臼骨折的治疗主要是以保守治疗为主,但是其治疗效果并不十分理想。随着医学水平的不断发展,对其的治疗方式也得到了一定的提高,目前临床上对髋臼骨折的治疗方式主要是以手术治疗为主,根据Judet和Letournel将其分为简单骨折和复杂骨折,为其治疗提供了依据^[9],而手术之后由于手术创伤等原因导致关节愈合

时间增长,影响其功能的恢复,近来有研究表明在患者手术之后配以中药治疗的效果比较好,能促进患者恢复健康。

中医学认为,创伤骨折局部的组织受到损伤后会使其经脉受损造成阻滞不通,气血运行发生障碍,不通则痛,痛则肿,由于经络阻滞,筋骨肌肉失去气血津液的濡养,则使其的愈合时间增长。因此对其的治疗原则应以活血化瘀,消肿止痛,强筋健骨为主^[9]。在本次研究中,总有效率观察组明显高于对照组,且术后疼痛改善情况也明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。手术后早期给予患者血消肿方中,当归具有活血化瘀的作用;红花、桃仁、川芎等药物可以活血活络、改善气血功能,三七有补气活血的作用。通过早期的治疗可以促进骨折周围组织的血液循环,扩张血管,加速水肿的吸收。在后期使用补肾接骨方中,黄芪有补气固表、生肌的功效,用于治疗气虚乏力,能补充元气,使气血行,可以健脾益气;党参有益气补血的效果;熟地黄具有滋阴补血、益精的功效;何首乌和续断具有补精血、补肝肾、强筋健骨等作用;骨碎补、桑寄生等具有强筋健骨的功效。通过中后期的治疗可以促进骨细胞的产生和转化,而对骨细胞的影响可能是因为血液循环加快之后使其供氧量增加导致的。通过早期和中晚期的治疗使得骨折愈合的时间明显短于对照组患者,减少了并发症的发生率,减少了患者的痛苦,促进患者尽快恢复健康。

[参考文献]

- [1] 李一博. 中西医结合治疗髋臼骨折25例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(3): 76-77.
- [2] 汤志刚, 王人彦, 陆建阳, 等. 髋臼骨折手术治疗入路选择与并发症的防治[J]. 中医正骨, 2011, 18(4): 12-13.
- [3] 杨洪武, 郑祖根, 徐杰, 等. 手术复位治疗髋臼骨折移位259例[J]. 中华创伤杂志, 2011, 23(3): 193-197.
- [4] 李柳炳, 沈忆新, 张鹏, 等. 髋臼骨折手术疗效与预后影响因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2009, 24(5): 409-411.
- [5] 张育锋, 钟志刚, 邱雪立, 等. 复杂髋臼骨折前后联合手术入路的疗效观察[J]. 广东医学, 2010, 31(15): 2005-2006.
- [6] 钱天逸, 樊敏. 中西医结合治疗复杂髋臼骨折[J]. 中国骨科, 2009, 15(9): 557-558.

(责任编辑: 马力)