

中医正骨手法配合外固定器治疗三踝骨折临床观察

吕洲明, 唐上德, 林青

广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519000

[摘要] 目的: 观察中医正骨手法配合外固定器治疗三踝骨折的临床疗效。方法: 回顾性分析广东省中医院珠海医院 2009 年 1 月—2013 年 12 月骨科 60 例三踝骨折患者, 分为 2 组, 观察组 30 例使用外固定器治疗, 对照组 30 例使用切开复位内固定。观察术后 1 年 AOFAS 踝-后足评分、临床疗效、住院天数、住院费用、手术时间等情况。结果: 2 组术后半年、术后 1 年 AOFAS 踝-后足评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。术后 1 年随访, 2 组优良率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 提示 2 组治疗方法疗效相当。2 组住院天数、住院费用、手术时间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示观察组与对照组比较, 住院天数及手术时间缩短, 住院费用减少。结论: 与切开复位内固定相比, 中医正骨手法配合外固定器固定治疗三踝骨折, 手术创伤小, 疗效满意, 可缩短住院时间, 免除二次住院拆除内固定, 作为治疗三踝骨折的手段, 值得在临床尤其是基层医院应用。

[关键词] 三踝骨折; 中医正骨手法; 外固定器

[中图分类号] R683.42 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0172-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.077

三踝骨折是严重的关节内损伤, 笔者对 60 例三踝骨折患者的临床资料进行了回顾性分析, 结果报道如下:

1 临床资料

观察病例为本院 2009 年 1 月—2013 年 12 月所收治的 60 例三踝骨折患者; 年龄 13~82 岁; 分为 2 组各 30 例。按照 Lauge-Hansen 分类, 其中旋后-外旋型的 IV 度损伤 38 例, 旋前-外旋型 IV 度损伤 20 例, 旋前-外展型 III 度损伤 2 例。按 Danis-Weber 分类: B 型 48 例, C 型 12 例。按照国际内固定学会(AO)分类: B 3.2 型 43 例, B 3.3 型 10 例, C 1.3 型 5 例, C 2.3 型 2 例。按照三踝骨折的独立分型分类^[1]: 稳定型 12 例, 不稳定型 48 例, 其中 I 型 30 例, II 型 13 例, III 型 5 例。观察组男 19 例, 女 11 例; 平均年龄(45.1 ± 18.7) 岁; 其中车祸伤 16 例, 扭伤 14 例; 合并下胫腓联合分离 7 例, 合并距骨脱位 10 例。对照组男 14 例, 女 16 例; 平均年龄(42.1 ± 13.2) 岁; 其中车祸伤 18 例, 扭伤 12 例; 合并下胫腓联合分离 9 例, 合并距骨脱位 20 例。2 组临床资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 观察组 采用连续硬膜外麻醉, 患者取平卧位, 常规消毒铺巾。按照先整体复位后局部复位, 先徒手手法复位后器械辅助复位的原则。运用中医正骨手法先整体复位, 助手双手抱住患者大腿, 术者手握患者足跟和足背作顺势拔伸牵引, 然后

通过触摸外踝及内踝骨折端, 感觉骨折端对位情况, 再运用端提、折顶等手法, 对骨折或脱位进行整复, 使达到解剖复位, 如果位置不理想, 可通过器械辅助, 运用“金针拨骨”技术进行复位, 具体方法是: 触摸骨折端, 经皮在骨折间隙中插入一约 2.5 mm 克氏针, 通过牵引或内外翻加大骨折端间隙, 用克氏针向间隙中挑拨, 使其中的软组织从间隙中分离出来, 或把尚未对位的骨折端进行整复, 再次触摸骨折端情况, 发现间隙消失或骨折面平整, 透视确定复位良好后, 选取直径为 2.5 mm 克氏针, 分别在以下三个部位水平打入骨质中固定: ①踝关节上约 10 cm, 胫骨前后径中点处, 自外向内贯穿胫骨; ②足跟后缘与内踝尖连线中点处, 自内向内贯穿跟骨; ③第一、二跖骨颈部, 自内向内贯穿跖骨。维持踝关节于背伸中立位, 安装外固定器。然后再次透视, 如果内、外及后踝骨折仍有移位, 通过手法调整后, 用克氏针进行固定, 下胫腓联合如果有分离则用克氏针配合顶针进行固定, 然后用连接器对顶针进行固定。术后处理: 术后常规换药, 1 周后每周换药 1 次, 注意观察针孔处有无渗血渗液, 有无红肿, 以预防针孔感染。3 天开始扶拐部分负重进行锻炼。术后 6 周拆除外固定器, 用夹板再固定 2 周, 并逐渐练习踝关节伸屈活动, 恢复负重行走。

2.2 对照组 用切开复位内固定治疗, 方法如下: 采用连续硬膜外麻醉, 患者取平卧位。然后全层切开皮肤, 骨折端清理

[收稿日期] 2015-03-13

[作者简介] 吕洲明 (1978-), 男, 主治医师, 主要从事中医骨伤科工作。

后复位,内踝、后踝、下胫腓联合用拉力螺钉内固定,外踝用4~6孔重建板或1/3管型钢板固定。术后处理:用U形树脂支具固定3~5周,然后逐渐练习踝关节伸屈活动,6~8周恢复负重行走。术后12周拆除下胫腓联合螺钉,术后12月拆除全部内固定。

3 统计学方法

采用SPSS 13.0统计软件建立数据库及统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验(非正态分布或方差不齐采用秩和检验),计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组术后AOFAS踝-后足评分比较 见表1。2组术后半年、术后1年AOFAS踝-后足评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

| 组别 | n | 术后半年 | 术后1年 |
|-----|----|----------------|----------------|
| 观察组 | 30 | 82.23 ± 11.820 | 90.80 ± 10.700 |
| 对照组 | 30 | 83.47 ± 9.769 | 92.60 ± 21.991 |
| P值 | | 0.475 | 0.401 |

4.2 2组术后1年随访临床疗效比较 见表2。术后1年随访,没有脱落病例,2组优良率分别为93.33%、90.00%,2组优良率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),提示2组治疗方法疗效相当。

| 组别 | n | 优 | 良 | 可 | 差 | 优良 |
|-----|----|-----------|----------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 30 | 21(70.00) | 7(23.33) | 1(3.33) | 1(3.33) | 28(93.33) |
| 对照组 | 30 | 21(70.00) | 6(20.00) | 2(6.67) | 1(3.33) | 27(90.00) |

4.3 2组住院天数、手术时间以及住院费用情况比较 见表3。2组住院天数、住院费用、手术时间比较,经 t 检验, $t_{住院天数} = -8.616$, $t_{住院费用} = -10.061$, $t_{手术时间} = -28.110$,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。提示观察组与对照组比较,住院天数及手术时间缩短,住院费用减少。

| 组别 | n | 住院天数(d) | 住院费用(元) | 手术时间(min) |
|-----|----|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 观察组 | 30 | 8.13 ± 2.13 ^① | 5136.01 ± 381.61 ^② | 58.00 ± 5.9 ^③ |
| 对照组 | 30 | 13.23 ± 2.45 | 9814.71 ± 2518.24 | 185.47 ± 24.1 |
| P | | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

5 讨论

三踝骨折是临床常见的较为严重的关节内骨折,它是踝关节损伤的常见类型之一,约占全身骨折的3.92%^[2]。近年来,对于踝关节骨折更多地采用了手术切开内固定技术^[3],以求达到解剖复位、尽可能恢复踝关节的功能,但切开复位内固定需二次手术取出钢板,增加患者经济负担及痛苦;手法复位要求

尽量达到解剖学上的复位和稳妥固定^[4],单纯的石膏或夹板外固定,往往达不到解剖复位的要求,有时即使复位时位置良好,但因固定不良致使骨折块再次移位,而使疗效不满意;单纯的外固定架治疗对于移位严重的三踝骨折疗效欠佳。中医多年来在踝部骨折的整复治疗上就总结了大量的经验,如元代危亦林在《世医得效方》中介绍:“或骨突出在内,用手正从此骨头拽归外;或骨突向外,须用力拽归内”;《伤科汇纂》中提到:“令患者坐定,已突出之足垂下,……将膝胫抱住。如患者在左足,骨向内侧突出者,医人用两手将患足掰起,上面两大拇指按在骨陷处,下面八指托在骨突处,以两手掌掀在患足跟附之上,两手托起,两掌掀落,略带拽势,并齐着力一来,无有不入窠臼矣。如骨突外侧者,令患者侧转,使骨突向下,用前法揣入”。现代文献曾多次报道关于三踝骨折手法复位闭合穿针外固定器固定治疗的疗效确切^[5]。笔者通过运用中医的正骨手法、配合外固定支架的治疗方法,既能减少对患者机体的创伤,同时又能使踝关节骨折及脱位达到解剖或近解剖复位,并获得稳定的固定。

现将个人的治疗经验总结如下:①手法整复最重要:遵循先整体整复后局部整复,先徒手手法整复后器械辅助整复的原则。整体整复时运用中医传统的“正骨八法”进行整复,尽可能使踝关节骨折及脱位复位,如达不到解剖或近解剖复位,至少也使距骨复位,踝关节尽量达到功能复位。局部整复法需要重视手摸心会,整复顺序根据骨折类型不同而选择不同的整复顺序,一般来讲I型骨折应先整复外踝,然后整复内踝,后踝一般可不做处理。II、III型骨折应首先整复后踝,其次整复外踝,最后整复内踝。经整体整复后,透视确认骨折复位情况,如果骨折位置良好,可以直接穿克氏针上外固定支架进行固定。如位置仍不满意者,可应用传统医学“金针拨骨”技术。该整复技术的重点是先挑出嵌入骨折端的软组织,再由骨折块的前方及侧方进针进行挑拨复位。②骨折复位并固定后,要通过透视确认踝穴的稳定性,使踝穴两侧间隙距离相等。一般来说,踝穴最后是逆损伤机制进行固定,如果是旋后型的,最后把足固定在旋前或中立的位置,如果是旋前型的,最后固定在旋后或中立的位置。后踝如果是小的骨块,可不做固定,如果是大的骨折块,对其进行固定后,可把踝关节固定在背伸位以增加踝穴稳定性。③对于在旋前或旋后位固定的病例,一月后根据骨折愈合及稳定性,可在透视下对足部的固定位置调整在中立位,以利于日后踝关节功能的恢复。④外固定支架固定6周,通过复查照片明确骨折稳定,可拆除支架,然后用小夹板不超踝关节外固定2周,指导患者进行踝关节的活动并负重下地活动,以利于踝关节功能的恢复。固定时只要内外侧夹板即可,不超踝关节,因为骨折端已经有一定的稳定性,这样可以患者进行踝关节的功能锻炼,2周后再拆除夹板,完全负重进行锻炼。⑤术后针孔的护理是关键,应定期针孔换药,注意观察针孔处有无渗血、渗液,有无红肿,以预防针孔感染。

⑥术后功能指导的问题。由于踝关节固定时间较切开复位长，因此，拆除外固定后，更容易出现踝关节肿胀，活动受限的情况，需要耐心对患者进行解释及指导，以消除患者的顾虑，做到“医患配合”，同时更可配合运用中药骨伤外洗方进行治疗，可使患者获得更好的恢复。

综上所述，中医正骨有着悠久的历史及良好的疗效，运用传统的正骨手法配合现代的外固定器固定治疗三踝骨折，相比切开复位内固定治疗，具有创伤小、住院时间短，二次损伤少等优势，值得在广大基层医院推广，同时，该治疗手段也存在一定的不足，如踝关节固定时间偏长、针道外露感染等，需要不断改进技术、以获得更好的疗效。

[参考文献]

- [1] 成永忠, 温建民, 马少云, 等. 三踝骨折的独立分型[J]. 中国骨伤, 2005, 18(8): 483-486.
- [2] 严建宇, 冯小云, 许朝中, 等. 三踝骨折的手术治疗[J]. 医学信息, 2011(3): 885-886.
- [3] 钮文格, 徐俊刚, 戴一超. 踝关节骨折 85 例治疗体会[J]. 中国骨伤, 2004, 17(9): 569-570.
- [4] 陈逊文, 朱永展, 李灿扬, 等. 踝关节骨折的治疗选择和疗效分析[J]. 中国骨伤, 2004, 17(8): 455-457.
- [5] 温建民, 成永忠, 赵勇, 等. 改良 Ilizarov 外固定架治疗三踝骨折[J]. 中国骨伤, 2004, 17(5): 305-306.

(责任编辑: 刘淑婷)

玉屏风颗粒辅助治疗血虚风燥型慢性荨麻疹疗效观察

傅海东¹, 张振¹, 徐明²

1. 宁波市海曙区南门街道社区卫生服务中心, 浙江 宁波 315010; 2. 宁波市第二医院, 浙江 宁波 315010

[摘要] 目的: 观察与分析血虚风燥型慢性荨麻疹采用枸地氯雷他定片联合玉屏风颗粒治疗的临床效果及对患者细胞免疫功能的影响。方法: 随机将 210 例慢性荨麻疹患者分为对照组 (110 例) 与治疗组 (100 例)。对照组采用枸地氯雷他定片口服治疗; 治疗组于口服枸地氯雷他定基础上加用玉屏风颗粒治疗。观察比较 2 组患者临床疗效、不良反应、治疗前后外周血 T 细胞亚群变化及症状积分变化、血清 IgE 变化情况; 随访 6 月, 统计 2 组复发情况。结果: 2 组患者治疗后 CD4⁺较治疗前升高, 而 CD8⁺较治疗前下降, CD4⁺/CD8⁺比值则明显升高, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组改善较对照组显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗后临床症状体征积分较治疗前显著下降 ($P < 0.05$), 而治疗组下降更显著 ($P < 0.05$)。经治疗后, 治疗组总有效率为 92.0%, 对照组为 87.3%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访 6 月治疗组复发 1 例, 复发率为 1.0%, 明显低于对照组 12 例, 复发率 10.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血清 IgE 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗期间未见明显不良反应, 治疗前后血、尿常规, 肝肾功能均未见异常。结论: 枸地氯雷他定联合玉屏风颗粒治疗慢性荨麻疹安全有效。

[关键词] 慢性荨麻疹; 血虚风燥; 枸地氯雷他定片; 玉屏风颗粒; 细胞免疫

[中图分类号] R758.24 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0174-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.078

慢性荨麻疹是一种常见的慢性皮肤黏膜过敏性疾病, 临床表现为皮肤黏膜一过性局限性水肿, 伴有剧烈瘙痒。该病具有反复发作和难以治愈等特点, 从而严重影响患者日常生活及工作。荨麻疹的发病机制多为免疫性, 主要为 IgE 介导。近年来, 随着临床医学不断深入研究, 认为该疾病是一种细胞免疫

介导的皮肤疾病, 其中 T 淋巴细胞对免疫异常启动及维持起着十分关键性的作用^[1]。枸地氯雷他定片是一种新型抗组胺药物, 其对 H₁ 受体具有较强的亲和力及选择性, 对治疗慢性荨麻疹具有较好疗效^[2]。但如患者长期使用单纯西药治疗则可能会产生较多不良反应, 从而影响治疗效果。中药治疗

[收稿日期] 2015-01-04

[作者简介] 傅海东 (1973-), 男, 副主任医师, 研究方向: 全科。