

# 无痛手法整复术配合口服归骨活血胶囊 治疗桡骨远端骨折 60 例临床观察

杨丽影<sup>1</sup>, 付朝霞<sup>1</sup>, 张爱军<sup>1</sup>, 丁健蕊<sup>1</sup>, 贾瑞松<sup>1</sup>, 高二廷<sup>1</sup>, 刘爱军<sup>2</sup>

1. 唐山市丰润区中医医院, 河北 唐山 064000; 2. 唐山市玉田县中医院, 河北 唐山 064100

**[摘要]** 目的: 观察无痛手法整复术加口服归骨活血胶囊治疗桡骨远端骨折临床疗效。方法: 120 例患者按照分层法分为 2 组, 各 60 例。实验组: 行无痛手法整复术加口服归骨活血胶囊治疗; 对照组: 行传统手法整复夹板固定术加口服归骨活血胶囊治疗。结果: 中医证候总有效率实验组 95.00%, 对照组 78.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。骨折愈合总有效率实验组 96.67%, 对照组 80.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。并发症总发生率, 实验组 3.33%, 对照组 18.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 桡骨远端骨折患者行无痛手法整复术加口服归骨活血胶囊治疗, 疗效确切, 安全性好。

**[关键词]** 桡骨远端骨折; 无痛手法整复术; 归骨活血胶囊; 临床效果

**[中图分类号]** R683.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0108-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.053

桡骨远端骨折属于临床常见性骨折, 中老年人易发, 传统治疗(夹板、石膏固定)及手术治疗(外固定器固定、经皮穿针等)虽可获取一定疗效, 但一旦固定不当, 则易诱导经脉损伤, 血自脉外溢, 瘀塞不通, 构成继发腕关节僵硬、创伤性关节炎, 给患者带来巨大痛苦; 而及时予以行气止痛、活血化瘀疗法, 可缓解患者临床症状, 改善患者预后<sup>[1]</sup>。为了深入探究对桡骨远端骨折患者行无痛手法整复术加归骨活血胶囊口服治疗的临床效果, 本院对 120 例桡骨远端骨折患者进行临床观察, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 中医诊断标准 均符合《中医骨伤科临床研究》<sup>[2]</sup>中的相关诊断标准, 属于气滞血瘀证, 以瘀斑、肿胀、疼痛为主症, 以尿赤、口渴、便秘、瘀斑、舌质红、脉浮数、苔黄为次症。

1.2 西医诊断标准 符合《肩肘手外科学: 骨科核心知识》<sup>[3]</sup>中的相关临床诊断标准, 伴有外伤史(间接或直接暴力所致); 局部多表现为骨摩擦音、压痛、疼痛、肿胀、畸形、功能障碍、异常活动等症状或体征; X 线检查提示桡骨远端骨折, 可清晰观察骨折移位方向、类型、骨折端形态

1.3 症状分级量化标准 轻型: 疼痛、肿胀轻微, 基本可忍受, 瘀斑颜色较浅, 面积在  $5 \text{ cm}^2$  以下; 中型: 肿胀、疼痛相对较重, 但对睡眠不影响, 瘀斑颜色较深,  $5 \text{ cm}^2 < \text{面积} < 10 \text{ cm}^2$ ; 重型: 疼痛、肿胀难以忍受, 对睡眠产生影响, 瘀斑颜

色深沉, 面积在  $10 \text{ cm}^2$  以上。

1.4 排除标准 营养不良者; 病理性骨折; 过敏体质; 合并重症复合伤; 不配合本次研究者。

1.5 一般资料 观察病例为 2009 年 2 月—2014 年 12 月本院桡骨远端骨折患者, 共 120 例, 按照分层法分为实验组和对照组, 各 60 例。实验组男 36 例, 女 24 例; 平均年龄 ( $54.62 \pm 2.43$ ) 岁; 骨折症状量化分级: 轻型 24 例, 中型 18 例, 重型 18 例。对照组男 37 例, 女 23 例; 平均年龄 ( $53.86 \pm 2.11$ ) 岁; 骨折症状分级: 轻型 27 例, 中型 17 例, 重型 16 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 实验组 行无痛手法整复术加归骨活血胶囊口服治疗。患者取仰卧位, 头朝健侧位偏, 构建静脉通道, 予以面罩吸氧, 从中、前角肌间沟出发, 以此为穿刺点, 借助静脉穿刺留置针(22G)与注射器相连, 呈垂直状刺入皮肤。待回吸有异感, 但无血液后将针芯退出, 予以 0.2% 罗派卡因。待穿刺针固定后, 将导管与镇痛泵连接, 维持阻滞至 30 min 左右。同时, 做好手法整复准备工作, 首次静注  $2 \text{ mg/kg}$  丙泊酚, 待患者入睡时予以手法整复术, 结合端提挤按、拔伸牵引、折顶成角、手摸心会、摇摆触碰等手段, 恢复骨折移位。基于 C 型臂引导下明确复位是否满意, 待满意后予以前臂夹板固定术。

**[收稿日期]** 2015-05-09

**[作者简介]** 杨丽影 (1975-), 女, 副主任医师, 研究方向: 创伤颅脑病。

患者清醒后基于无痛状态下予以肘、肩关节活动及患手抓握动作，分析骨折端固定是否稳定，术毕。术后 5 h，行镇痛泵开放，泵注 2 mL、0.25% 罗派卡因，从患者疼痛程度出发，适当进行药物追加，确保镇痛满意。在夹板固定后，若断端出现不稳定现象，须予以经皮克氏钉固定术。同时，予以归骨活血胶囊(本院自制药物，批号：冀药制字 Z20050902)治疗，每次 6 粒，每天 3 次，于餐后 0.5 h 口服，持续治疗 15 天。

2.2 对照组 行传统手法整复夹板固定术，依据常规步骤进行。术后，服用归骨活血胶囊治疗，方法同实验组一致，无法忍受疼痛时予以强痛定或萘普生缓释片。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 对比 2 组骨折愈合疗效及中医证候疗效标准；观察 2 组并发症发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件中行系统性分析，计数资料行  $\chi^2$  检验，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 骨折愈合疗效标准 参照《骨与关节损伤》<sup>[3]</sup>标准：显效：骨折愈合时间减少至 1/3 及其以上；有效：骨折愈合时间减少至 1/5 及其以上，但在 1/3 以下；无效：上述观测指标均未达标。

4.2 中医证候疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。显效：临床主要症状基本消失，或证候积分下降幅度为 70% 及其以上；有效：临床症状明显好转，或证候积分下降幅度为

30% 及其以上，但在 70% 以下；无效：上述观测指标均未达标。

4.3 2 组中医证候疗效比较 见表 1。总有效率实验组 95.00%，对照组 78.33%，2 组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表1 2组中医证候疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	35(58.33)	22(36.67)	3(5.00)	57(95.00)
实验组	60	24(40.00)	23(38.33)	13(21.67)	47(78.33)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组骨折愈合疗效比较 见表 2。骨折愈合总有效率实验组 96.67%，对照组 80.00%，2 组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表2 2组骨折愈合疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	37(61.67)	21(35.00)	2(3.33)	58(96.67)
实验组	60	25(41.67)	23(38.33)	12(20.00)	48(80.00)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.5 2 组并发症发生情况比较 见表 3。并发症总发生率，实验组 3.33%，对照组 18.33%，2 组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表3 2组并发症发生情况比较 例(%)

组别	n	关节僵硬	迟缓或骨不愈合	血管损伤	腕管综合征	骨筋膜室综合征	反射性交感神经性骨营养不良	总发生
对照组	60	1(1.67)	3(5.00)	2(3.33)	2(3.33)	1(1.67)	2(3.33)	11(18.33)
实验组	60	0	1(1.67)	1(1.67)	0	0	0	2(3.33)

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

桡骨远端骨折属于临床常见性骨折，主要是指与桡骨远端关节面相距 < 3 cm 的一种骨折，较骨科急诊者而言，其约占 17.00% 左右，老年人易发，多因老年人群骨质疏松所致<sup>[5]</sup>。桡骨远端骨折对患者腕关节活动及前臂旋转功能往往存在一定影响，临床上主要以诱导桡骨远端解剖结构重建、规避组织损伤、促使腕关节功能早日恢复为治疗目的<sup>[6]</sup>。目前，中医手法复位联合中药疗法为该病治疗首选方案。中医学认为，中医手法复位结合了八种方法，即接、摸、端、推、提、拿、摩、按，复位骨折后借助纸压垫应力、夹板杠杆力、三根缚带约束力构成肌肉夹板，对肢体重力与肌肉张力所致骨折再移位具有调节作用，可确保复位良好，且操作较为简便，可规避手术切开复位所致软组织损伤大、局部血供破坏等，缩短骨折愈合时间，缓解关节活动<sup>[7-9]</sup>。此外，该方法可诱导单次手法复位达至功能或解剖复位，规避反复多次整复所致局部副损害，提高复位可靠性<sup>[10]</sup>。

归骨活血胶囊主要由大黄、骨碎补、当归、丹参、延胡索、血竭、乳香、三七、没药等组成，其中骨碎补、当归补肾活血、止痛、续骨疗伤，诱导骨痂形成；丹参养血安神、活血祛瘀，能诱导炎症因子水平下降，修复软骨细胞；血竭生肌定痛、活血散瘀，抗炎效果确切；延胡索、没药、乳香消肿定痛、活血生肌，镇静、抗炎、镇痛作用明显；三七活血定痛、化瘀止血，并可调整局部微循环；大黄泻火解毒、抗炎、活血祛瘀，调节免疫，诸药联用，温凉得宜，可达补肾、活血、化瘀、接骨续筋目的，实现标本兼治。现代药理学实验发现，活血化瘀类中药可改善局部炎性介质渗出情况，调节骨折端微循环，诱导骨折复位，促使骨痂快速生长，进而提高骨折愈合速度，改善肿胀、疼痛等症状。本研究结果提示，实验组行无痛手法整复术 + 归骨活血胶囊口服治疗后中医证候疗效、骨折愈合疗效均较对照组高 ( $P < 0.05$ )，且并发症发生率较对照组低 ( $P < 0.05$ )，充分证实对桡骨远端骨折患者行无痛手法整复术加归骨活血胶囊口服治疗具有颇佳的治疗效果，彰显了现代医

疗技术与传统中医的完美结合,能有效诱导骨折后肿胀快速消退,规避骨质疏松、关节僵硬等并发症,改善患者预后。综上所述,无痛手法整复术加归骨活血胶囊口服治疗方案对改善桡骨远端骨折患者预后具有重要意义,值得临床借鉴。

#### [参考文献]

- [1] 施杞,王和鸣.中医骨伤科临床研究[M].北京:人民卫生出版社,2009:329-330.
- [2] 邵新中,于亚东.肩肘手外科学:骨科核心知识[M].北京:人民卫生出版社,2009:65-78.
- [3] 王亦聰.骨与关节损伤[M].3版.北京:人民卫生出版社,2003:659-668.
- [4] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 张福平.中医治疗桡骨远端骨折伴腕关节全脱位[J].中

- 国中医药现代远程教育,2013,11(24):111.
- [6] 王兴凯,杨付晋,苏晓龙,等.手法整复小夹板外固定治疗桡骨远端骨折的临床观察[J].中国骨伤,2010,23(8):573-574.
- [7] 马银贵,胡淑芝.手法复位及外固定治疗儿童闭合性尺桡骨远端骨折[J].海南医学,2009,20(2):70-71.
- [8] 李福龙,毕荣修.手法整复夹板外固定结合中药治疗伸直型桡骨远端骨折60例[J].长春中医药大学学报,2010,26(5):730-731.
- [9] 刘智.桡骨远端骨折治疗方法的合理选择[J].中国骨伤,2010,23(8):571-573.
- [10] 仓海斌,殷磊,胡玉华,等.手法整复石膏外固定及手术治疗桡骨远端关节内粉碎性骨折对比观察[J].山东医药,2013,56(39):47-49.

(责任编辑:马力)

## 补肾活血中药治疗原发性骨质疏松症生存质量临床研究

谭超贤,杨佳生

广州市荔湾区骨伤科医院,广东 广州 510140

[摘要] 目的:探讨补肾活血法中药改善原发性骨质疏松症患者的生存质量的效果。方法:将36例原发性骨质疏松症患者随机分为2组各18例,对照组采用口服阿法骨化醇软胶囊加碳酸钙D3片治疗,治疗组在对照组的基础上结合补肾活血中药治疗,疗程12周,观察2组治疗前后健康调查量表(SF-36)评分。结果:治疗后治疗组在生理功能、生理职能、身体疼痛、总体健康、社会功能、活力、情感职能、精神健康等8个维度及总分均较治疗前显著升高( $P < 0.01$ );对照组仅生理功能、生理职能、活力、精神健康4个维度的评分较治疗前显著升高( $P < 0.01$ )。治疗后,治疗组在生理功能、生理职能、身体疼痛、社会功能、活力、精神健康6个维度及总分均显著高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:补肾活血中药可显著提高原发性骨质疏松症患者生存质量。

[关键词] 原发性骨质疏松症;中西医结合疗法;补肾活血;生存质量

[中图分类号] R589.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0110-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.054

随着科学技术的进步,人类寿命也得以逐步提高。社会老龄化,老年慢性病发病率稳步上升,其中原发性骨质疏松症的发病率已跃居世界各种常见病的第七位。在现代医学模式中,人们对健康的要求也越来越高,慢性病的治疗不再是单纯控制理化指标,更重要的是要缓解疾病的症状、防治并发症、帮助患者心理适应,最终改善其生存质量。生存质量作为一种新的

医学评价标准已被广泛应用于临床。原发性骨质疏松症患者由于其疾病的隐匿性、渐进性和致残性,患者的生存质量更需受到关注。本研究旨在探讨补肾活血中药对原发性骨质疏松症患者生存质量的影响,结果报道如下。

#### 1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参考《中国人群骨质疏松诊疗手册》<sup>[1]</sup>拟

[收稿日期] 2014-12-16

[基金项目] 广州市荔湾区科技计划项目(20141216046)

[作者简介] 谭超贤(1974-),男,主治中医师,研究方向:中医骨科临床。