

- 科创伤性疾病的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(4): 16-17.
- [3] 龚星星, 郭志民. 中药熏蒸疗法在骨伤科的基础及临床研究现状[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(10): 78-80.
- [4] 马玉海, 徐阿炳, 钱锦锋, 等. 骨瓜提取物对骨折创伤修复患者骨折愈合的影响[J]. 陕西中医, 2015, 36(6): 689-690.
- [5] Zhou Y, Liu S, Yu L, et al. Kirschner wire fixation in three joints combined with bone anchor repair for treatment of acute perilunate injury[J]. Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi, 2014, 28(9): 1086-1090.
- [6] 陈春燕, 刘日新, 邓铭俊. 自拟外洗方对骨科术后康复保健的疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 33(7): 164-164.
- [7] 徐文铭, 彭力平, 徐倩. 自拟中药健骨饮配合夹板外固定治疗胫骨中下段骨折不愈合疗效观察[J]. 四川中医, 2014, 32(6): 121-124.
- [8] 周胜利, 储永良. 中药熏洗治疗膝关节骨关节炎 30 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(3): 23-25.
- [9] 邓思远. 中药熏洗疗法治疗骨科创伤性疾病的临床分析[J]. 中国实用医药, 2013, 8(31): 174.

(责任编辑:冯天保)

温针联合中药熏洗治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征临床观察

范青红^{1,2}, 詹新宇²

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 杭州詹氏中医骨伤医院, 浙江 杭州 310015

[摘要] 目的: 观察温针联合中药熏洗治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征患者的临床疗效。方法: 回顾性分析本院 2012 年 6 月—2015 年 6 月 80 例柯雷氏骨折后期并发腕管综合征患者的临床诊治情况, 2 组患者均进行骨折整复与固定。对照组 40 例辅以温针治疗; 观察组 40 例采用温针联合中药熏洗治疗; 均治疗 6 月。评价 2 组患者治疗前、后握力及疼痛、腕关节活动度及腕关节功能评分变化情况, 统计 2 组临床疗效与安全性。结果: 2 组治疗 6 月后握力较治疗前增加, 而疼痛评分较治疗前下降, 观察组握力增加及疼痛评分下降程度均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗 6 月后腕关节活动度及腕关节功能评分较治疗前增加, 观察组腕关节功能评分增加较对照组明显, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组治疗总有效率 100%, 高于对照组 77.5%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗期间均无明显不良反应。结论: 应用温针联合中药熏洗治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征患者疗效良好且安全。

[关键词] 柯雷氏骨折; 腕管综合征; 温针; 中药熏洗; 腕关节活动度; 腕关节功能评分

[中图分类号] R683 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 09-0067-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.031

柯雷氏骨折是一种常见骨折, 大约占全身骨折的 6.7%~11.0%, 常发生于中老年人群中, 且女性多于男性^[1]。临床治疗柯雷氏骨折可取得显著成效, 但部分患者因受骨与关节周围软组织损伤等因素影响而致其腕关节长时间制动或缺乏运动等对骨骼肌肉复合体造成生理刺激, 最终发生腕管综合征。患者一旦发生腕管综合征则可能会影响其腕关节功能, 甚至造成永久性损害。尽管临床应用手术治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征可取得一定成效, 但手术因存在创伤性, 从而易以造成二

次粘连, 给患者带来新的痛苦^[2]。中医学认为, 柯雷氏骨折后期并发腕管综合征属痹症范畴, 主要因患者正气不足、素体虚弱等而致疾病入侵, 从而使其肌肉关键经络痹阻而发病。本研究通过采用中医治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征, 以探讨其应用效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《显微手外科学》^[3]腕管综合征诊断标准: ①手部桡侧三个半指疼痛、麻木、感觉减退、拇指无力和

[收稿日期] 2016-03-25

[作者简介] 范青红 (1978-), 女, 主治医师, 研究方向: 中药熏洗治疗柯雷氏骨折临床研究。

大鱼际肌萎缩；②夜间痛醒史；③Tinel及Phalen氏征阳性为典型特征，腕部加压试验阳性，腕背屈试验阳性；④手指两点辨别觉大于4 mm，重者大于10~15 mm；⑤肌电图检查可腕部骨性关节炎及其他骨关节病。见正中神经在腕部的传导速度减慢，潜伏期延长，大鱼际肌出现失神经动作电位；⑥腕部X线摄片排除病变。

1.2 纳入标准 符合柯雷氏骨折后期并发腕管综合征诊断标准，且为新鲜柯雷氏骨折，年龄18~70岁，签署知情同意书，医院伦理委员会批准。

1.3 排除标准 病理性骨折、开放性骨折、不符合以上诊断、纳入标准、过敏体质、严重肝肾功能等器质性疾病、精神疾病等。

1.4 一般资料 回顾性分析杭州詹氏中医骨伤医院2012年6月—2015年6月80例柯雷氏骨折后期并发腕管综合征患者临床诊治情况，对照组采用温针治疗，共40例；观察组采用中药熏洗联合温针治疗，共40例。对照组男15例，女25例；年龄45~70岁，平均(52.9±3.1)岁；受伤部位：左20例，右20例；病程46~87天，平均(62.5±4.1)天。观察组男17例，女23例；年龄46~70岁，平均(53.2±3.2)岁；受伤部位：左22例，右18例；病程45~90天，平均(62.8±4.3)天。2组受伤部位及年龄等情况经统计学处理，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均进行骨折整复与固定。

2.1 对照组 采用温针治疗，以腕横纹处至腕横纹上5寸正中神经解剖走行位置为针刺重点，按压有酸麻处施针，每次针刺4处，针刺时以患者感觉有向指尖放电感为度，针刺后放置纸板于针刺处，在针灸针柄上放置点燃的艾条段(2.5 cm)，每次15~20 min，每天1次，治疗10次为1疗程。

2.2 观察组 采用中药熏洗联合温针治疗。先熏洗再温针，温针治疗与对照组一致。中药熏洗六味地黄汤加减，处方：香附6 g，牡丹皮、山茱萸、威灵仙各9 g，泽泻、茯苓各10 g，生黄芪、合欢皮、熟地黄各12 g，山药15 g。以上诸药煎煮为150 mL药液装袋备用。将煎好的药液1袋(150 mL)置于XZQ-型中药熏蒸器中熏蒸患处，每次1袋，每天1次，温度控制为38~42℃，熏蒸时间为20 min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 评价2组患者治疗前、后握力及疼痛、腕关节活动度及腕关节变化情况，统计2组临床疗效及安全性。采用骨科量角器测量关节活动范围(ROM)；采用电子握力计测量握力；采用视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛情况，以0~10分表示，0分为无痛，10分为剧烈疼痛^[4]。采用改良腕关节评分标准评价腕关节功能^[5]，得分0~100分，得分越高提示腕关节功能越好。

3.2 统计学方法 数据应用SPSS17.0软件分析，采用t检验

或 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。治愈：临床症状完全消失，腕臂活动功能正常。显效：主要症状消失，腕臂活动基本正常，但剧烈运动后患部常有轻微不适。有效：症状减轻，似有轻微疼痛或不适，Tinel征(±)，Phalen试验(±)。无效：无明显改善者。

4.2 2组治疗前及治疗6月后握力、疼痛评分变化情况比较见表1。治疗前，2组患者握力、VAS评分比较，差异均无统计学($P>0.05$)；2组治疗6月后握力较治疗前增加，而疼痛评分较治疗前下降，观察组握力增加及疼痛评分改善程度均优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗前及治疗6月后握力、疼痛评分变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(n=40)		观察组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
握力(kg)	11.3±3.1	36.1±7.2 ^①	10.9±2.8	41.8±5.7 ^{①②}
VAS评分(分)	6.8±2.1	3.6±1.7 ^①	6.7±2.3	2.2±1.1 ^{①②}

与治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P<0.05$

4.3 2组治疗前及治疗6月后腕关节活动度变化情况比较见表2。2组治疗前腕关节活动度比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗6月后2组腕关节活动度均较治疗前增加，差异均有统计意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前及治疗6月后腕关节活动度变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(n=40)		观察组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
掌屈	35.7±5.2	49.1±6.5 ^①	36.0±5.5	50.2±6.1 ^①
背伸	32.6±4.1	49.6±6.7 ^①	33.1±3.8	50.1±6.3 ^①
桡偏	5.1±1.1	14.7±2.6 ^①	4.9±1.3	13.9±3.6 ^①
尺偏	11.6±2.2	25.3±4.4 ^①	12.0±1.9	25.2±4.7 ^①
旋前	41.3±10.5	68.6±12.2 ^①	40.9±10.9	68.9±12.3 ^①
旋后	36.5±6.7	84.2±9.8 ^①	36.9±6.9	83.1±10.2 ^①

与治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P<0.05$

4.4 2组治疗前及治疗6月后腕关节功能评分情况比较见表3。治疗前腕关节功能评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；2组患者治疗6月后腕关节功能评分较治疗前增加，观察组腕关节功能评分增加较对照组为优，差异均有统计学意义($P<0.01$)。

4.5 2组临床疗效比较 见表4。总有效率观察组100%，高于对照组77.5%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 不良反应 2组治疗期间均无明显不良反应。

表3 2组治疗前及治疗6月后腕关节

组别	n	功能评分情况比较($\bar{x} \pm s$)		t值	P值
		治疗前	治疗6月后		
对照组	40	46.9±7.2	75.9±14.7	11.21	0.00
观察组	40	47.3±7.5	85.9±13.8	15.54	0.00
t值		0.24	3.14		
P值		0.81	0.00		

表4 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	18	10	3	9	77.5
观察组	40	28	11	1	0	100
χ^2 值						12.22
P值						0.01

5 讨论

中医学认为,柯雷氏骨折后期并发腕管综合征属“骨痹”等范畴,早在《素问·痹论》中就有“风寒湿三气杂至,合而为痹”的描述。外伤引起骨关节损伤往往导致局部皮肉筋骨同时损伤,早期气血痹滞,气机失调,经络阻塞,津液运行不畅,正气受损,正所谓“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和”。中晚期则因损伤日久,其正气必虚,腠理不密,卫外不固。由此可见,正气虚损贯穿于骨关节损伤的早、中、晚三期。

现代医学研究发现,六味地黄丸可促进骨吸收及骨形成。六味地黄丸能够促进血清中钙、磷的沉积,增加骨骼中矿物质的含量,间接增强骨骼负载能力和抗外力冲击能力,有效预防骨折的发生;并有效提高血清中碱性磷酸酶的活性,增加骨组织中转化生长因子在骨组织中的表达,从而促进骨骼的愈合。根据中医骨伤骨折的三期用药原则:骨折后期,一般已有骨痂生长,治疗宜以补肝肾,强筋骨,养气血为主,选用六味地黄丸加生黄芪、威灵仙、合欢皮、香附为中药薰药方,诸药配合共同起到补肝肾、养气血之功^[7]。

本研究结果显示,应用温针联合中药熏洗可改善患者腕关节功能,减轻其疼痛,提高治疗效果。本研究中所采用的温针主要是结合针刺与艾灸的一种方法,其中艾点燃所产生的热恋可顺针身直达病所,且作用持久,可激发经气,同时还可改善血管通透性,加速血液循环,促进炎症吸收。中药熏洗则可经温热刺激作用来改善血液与淋巴液循环,加速机体新陈代谢及代谢产物的清除,促进血肿消散、吸收等。同时在热量的作用下可促进皮肤及粘膜充血,药物可通过扩张毛细血管渗透肌肤,从而达到止痛等功效。熏洗后,患者机体内气运更畅通,有利于疏通经络,提高治疗效果^[8]。

总之,应用温针联合中药熏洗治疗柯雷氏骨折后期并发腕管综合征疗效良好且安全,值得临床运用。

[参考文献]

- [1] 石平清, 杨海梅. 拨针治疗腕管综合征 108 例疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(27): 108-109.
- [2] 王海东, 王智明, 李伟青, 等. 针刀治疗类风湿性关节炎腕关节病变 89 例[J]. 西部中医药, 2014, 27(4): 117-118.
- [3] 裴国献, 王澎寰, 钟世镇. 显微手外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1999: 581-582.
- [4] 夏秋, 刘效巍, 王秀丽, 等. 电针为主治疗腕管综合征疗效观察[J]. 中国针灸, 2013, 33(8): 700-702.
- [5] 邹玲, 莫建英. 中药熏敷结合超短波治疗轻中度腕管综合征的观察护理及预防[J]. 中国医药科学, 2014, 4(12): 96-98.
- [6] 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: 7.
- [7] 丁乾, 沈芳. 针灸阳池穴对腕管综合征疗效的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2013, 35(2): 117-119.
- [8] 李晓, 徐洁芳. 中药熨烫治疗腕管综合征的护理体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(1): 99-100.

(责任编辑: 刘淑婷)