

祛瘀接骨饮联合长骨接骨散治疗肱骨骨折的疗效观察

晏梅¹ 赵淑婷¹ 李建强¹ 崔永杰¹ 李志东¹ 卢军利¹ 吴秀军²

(1 河北省唐山市人民医院,唐山,063001; 2 河北省唐山市丰润区人民医院,唐山,063000)

摘要 目的:探讨自拟中药方剂内服祛瘀接骨饮联合外敷长骨接骨散在骨折治疗中的疗效观察。方法:肱骨干闭合性骨折病例 272 例,随机分为 2 组,对照组 136 例,采用传统西医治疗方法复位后,夹板固定或肩肘石膏固定;治疗组 136 例,在上述方法治疗的基础上加服祛瘀接骨饮,并局部外敷长骨接骨散,对 2 组患者在止痛,消肿,骨痂形成的情况进行比较。结果:治疗组内服祛瘀接骨饮,联合外敷长骨接骨散的患者,全部在 6 周内愈合,较单纯采用西医治疗的对照组患者,缩短了骨折愈合时间,大大提高治愈率。治疗组总有效率明显优于对照组,治疗组骨痂形成,X 线评分明显优于对照组,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:加服祛瘀接骨饮联合局部外敷长骨接骨散的患者,较单一西医方法复位后外固定,无药物干预的治疗方法,治疗肱骨干闭合性骨折,在止痛、消肿、骨痂形成及减少并发症等方面,具有确切疗效。

关键词 肱骨干闭合性骨折;祛瘀接骨饮;止痛;消肿;骨痂形成

Observation on Curative Effect of Quyu Jiegu Decoction Combined with Changgu Jiegu Powder in Treatment of Humeral Fractures

Yan Mei¹, Zhao Shuting¹, Li Jianqiang¹, Cui Yongjie¹, Li Zhidong¹, Lu Junli¹, Wu Xiujun²

(1 People's Hospital of Tangshan, Tangshan 063001, China; 2 Fengrun District People's Hospital of Tangshan, Tangshan 063000, China)

Abstract Objective: To explore curative effect of Quyu Jiegu Decoction combined with Changgu Jiegu Powder in treatment of humeral fractures. **Methods:** A hundred and four-eight cases of humeral shaft closed fracture were divided in two groups, with 74 patients in the control group who were treated with conventional western medicine treatment method, splint fixation or scapulo humeral plaster fixation after reduction. Patients in the treatment group (74 cases) were additionally treated with Quyu Jiegu Decoction and externally applied Changgu Jiegu Powder compared with the control group. Pain relieving, subsidence of swelling, callus formation and complications of patients in the two groups were observed and compared. **Results:** All 74 cases of the treatment recovered in six weeks and the recovery time was lessened and the recovery rate was remarkable improved in the treatment group compared with the control group whose total efficacy was lower than that of the treatment group. Callus formed in the treatment group and X-line score was superior to that of the control group with statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Quyu Jiegu Decoction combined with Changgu Jiegu Powder of for humerus supracondylar fracture has exact effect on improving symptoms as pain, swelling, callus formation and reducing complications, compared with external fixation after reduction without drug treatment.

Key Words Humerus supracondylar fracture; Quyu Jiegu Decoction; Pain relieving; Subsidence of swelling; Callus formation

中图分类号:R242;R274 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.10.020

肱骨骨折是临床上常见的骨科疾病,多见于创伤所致。骨折发生后,在骨折发生部位,由于小血管的断裂,出血瘀积在局部软组织内,可立即形成血肿,数小时后由于瘀血的蔓延及凝结阻塞,肿胀范围逐渐扩大,变硬,甚至引起远侧肢体疼痛、肿胀,给患者带来很大的痛苦,骨痂形成不良和骨延迟愈合等,亦常给治疗带来困难。笔者应用中西医结合治疗方法在探讨肱骨干闭合性骨折愈合中取得了较好的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院及丰润区人民医院自

2010 年 1 月至 2014 年 12 月收治的肱骨干闭合性骨折急诊及住院患者共 272 例进行观察,随机分为 2 组:每组各 136 例患者,所有患者均为新鲜骨折;其中对照组男 106 例,女 30 例,年龄 13~67 岁,平均年龄(38.5 ± 1.3)岁,左肱骨干闭合性骨折 44 例,其中男 33 例,女 11 例;右肱骨干闭合性骨折 92 例,其中男 73 例,女 19 例;治疗组男 101 例,女 35 例,年龄 16~66 岁,平均年龄(40.5 ± 1.4)岁,左侧肱骨干闭合性骨折 51 例,其中男 37 例,女 14 例;右侧肱骨干闭合性骨折 85 例,其中男 64 例,女 21 例。272 例

患者的受伤原因分别为交通伤 120 例,摔伤 100 例,打砸伤 52 例。患者受伤后来院就诊时间为 0.5 ~ 4 h 不等,平均时间(2.5 ± 0.8)h。2 组一般情况无统计学意义,具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准,入组患者均签署知情同意书,研究人员合格通过医院研究内容培训考核。

1.2 纳入标准 中医诊断标准:参照尚天裕 1995 年出版发行的《中国接骨学》诊断标准,X 线片检查确诊为肱骨干骨折。所有入组患者均符合闭合型非粉碎性骨折,骨断端无明显移位、分离和血管神经损伤的症状和体征。入组患者均于入院 24 h 内即接受上述治疗。2 组对比,在性别、年龄、骨折原因及骨折部位分布上,无明显统计学意义,有可比性。符合条件者共 272 例。

1.3 排除标准 开放骨折,有血管神经损伤相应症状、体征,多段骨折,多发骨折,骨折复位困难者。既往有高血压、糖尿病,有药物过敏史者。

1.4 西医处理方法 对于各骨伤来院患者,经放射科拍摄 X 线片后,确诊为肱骨干闭合性骨折后,患者采取骨折局部麻醉后,行牵引、手法复位、夹板或肩肱石膏外固定。

1.5 处方与方剂 祛瘀接骨饮基本方:穿山甲、血竭、乳香、没药、木香、酒大黄、生地黄、当归尾、骨碎补、煅自然铜、续断、马钱子、天花粉各 10 g,由唐山市人民医院中药制剂科制备煎煮提供,1 剂/d。长骨接骨散基本方:当归、赤芍、酒大黄、透骨草、羌活、续断、乳香各 60 g,土鳖虫、没药各 90 g,海桐皮 45 g,马钱子 30 g,木香 120 g,由唐山市人民医院中药制剂科制备共研为末,取适量药酒调成糊状,敷患处,隔日 1 次。2 组均 15 d 每个疗程,观察 2 个疗程共 3 周。

1.6 研究方法

1.6.1 观察方法 由同一组医师,对纳入标准的骨折患者,进行疼痛、肿胀的观察,伤后 6 周对骨折患者 X 线片的骨痂形成做观察。

1.6.2 观察指标

1.6.2.1 止痛观察 采用视觉模拟评分法(VAS)评分法^[1],分值为 0 ~ 10 分,0 分表示无疼痛,疼痛程度随分值增高而加剧,1 分表示难以忍受剧烈疼痛。使用时将有刻度的一面背向患者,让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置,由同一组医师根据患者标出的位置为其评出分数。VAS 疼痛评分标准^[2]:(数字评分法)0 分:无痛;3 分以下:有轻微疼痛,能忍受;4 ~ 6 分:患者疼痛并影响睡

眠,尚能忍受;7 ~ 10 分:患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。

1.6.2.2 消肿观察 对于 136 例纳入治疗组患者,于手法复位外固定术后,既饮用内服及外敷中药,连同对照组共 272 例患者,分别于术后第 3 天,对患肢进行周长测量。其评定标准^[3]:0 分:无肿胀;患侧肢体周长与健侧肢体周长相等。1 分:轻度肿胀;患侧肢体周长较健侧肢体周长增长 < 3%。2 分:中度肿胀;患侧肢体周长较健侧肢体周长增长 3% ~ 5%。3 分:重度肿胀;患侧肢体周长较健侧增长 > 5%。

1.6.2.3 骨折愈合观察标准 参照 2002 年《中国手法治疗骨折》诊断标准;a. 骨折局部无压痛及纵向叩击痛;b. 局部无反常活动;c. X 线片示骨折线模糊,有连续骨痂通过骨折线;d. 外固定解除后伤肢满足:上肢能向前平举 1 kg 重量达 1 min;e. 连续观察两周骨折处不变形。136 例纳入治疗组患者,治疗同上,连同对照组共 272 例患者,分别于术后第 6 周,摄 X 线片,观察骨折线及骨痂形成情况。

2 结果

2.1 疼痛缓解标准及疗效判定 缓解标准^[4]:显效:疼痛 VAS 评分减少 > 2 分;有效:疼痛 VAS 评分减少 1 ~ 2 分;无效:疼痛 VAS 评分减少 < 1 分或反见加剧。136 例纳入治疗组患者,治疗同上,连同对照组共 272 例患者,分别于外固定术后第 3 天做相应疼痛缓解比较。

表 1 2 组患者疼痛缓解情况

组别	总例数 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	136	102	32	2	98.5
对照组	136	17	69	50	63.2

2 组对比,总有效率(显效 + 有效)有统计学意义($\chi^2 = 136.369, P < 0.01$)。

2.2 肿胀缓解标准及疗效判定 缓解标准^[5]:显效:肿胀评分减少 > 2 分;有效:肿胀评分减少 1 ~ 2 分;无效:肿胀评分减少 < 1 分或反见加剧。136 例纳入治疗组患者,治疗同上,连同对照组共 272 例患者,分别于外固定术后第 3 天,做肿胀缓解评估。

表 2 2 组患者肿胀缓解情况

组别	总例数(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	136	110	25	1	99.3
对照组	136	13	70	53	61.0

2 组对比,总有效率有统计学意义($\chi^2 =$

174. 606, $P < 0. 01$)。

2. 3 骨痂形成及疗效判定 形成标准: 显效: X 线片显示骨折线模糊, 有大量骨痂形成。有效: 骨折线稍模糊, 可见中等量骨痂形成。无效: 骨折线清晰可见, 没有或仅有少量骨痂形成^[6]。136 例纳入治疗组患者, 治疗同上, 连同对照组共 272 例患者, 分别于外固定术后第 6 周, 对骨痂形成情况做观察。

表 3 2 组患者骨痂形成情况

组别	总例数(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	136	96	37	3	97. 8
对照组	136	11	76	49	64. 0

2 组对比, 总有效率有统计学意义 ($\chi^2 = 140. 346, P < 0. 01$)。

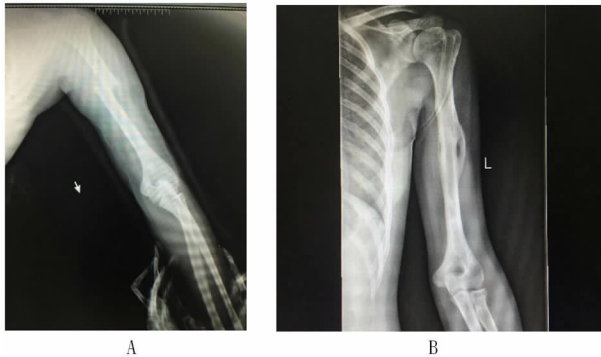


图 1 治疗组患者复位术前后 X 线片比较
(A: 原始 X 线片; B: 复位术后 6 周)

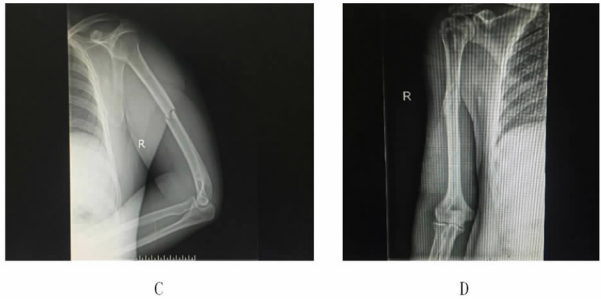


图 2 对照组患者复位术前后 X 线片比较
(C: 原始 X 线片; D: 复位术后 6 周)

2. 4 骨折愈合 治疗组: 手法复位外固定术后, 内服祛瘀接骨饮, 并联用外敷长骨接骨散的肱骨干骨折患者, 骨折全部在 6 周内愈合, 肩肘关节功能基本恢复正常, 大大提高治愈率。对照组: 3 例患者 X 片显示: 骨折不愈合。经手术证实, 有肌肉、软组织嵌入。

3 讨论

我们在中医辨证论治原则指导下, 根据骨组织愈合的特点组方, 研制成“祛瘀接骨饮”和“长骨接骨散”以行气活血, 通瘀导滞, 扶正通络从而达到局部消肿、止痛、促进骨折愈合的目的^[7]。组方中自然

铜^[8]辛、苦、平, 有破积聚, 疗折伤, 续筋骨, 止痛之功效; 骨碎补^[9]、续断^[10]苦、温, 用于筋骨折伤, 可以提高骨含量, 增加骨小梁与骨密度, 促进血液循环, 对骨损伤的愈合有促进作用^[11]; 三药同归肝肾经, 破积瘀、疗折伤、补肾强骨为君药。乳香^[12]辛、苦、温, 镇痛作用显著, 没药^[12]苦、平, 有强烈的消炎、镇痛、消肿的作用, 二药同使, 使疗效增强; 木香^[13]辛、苦、温, 有抗炎, 健脾和胃, 止痛作用; 三药同归心肝脾经, 活血止痛, 抗炎健脾、消肿生肌为臣药。大黄苦寒, 归肝脾经, 能缩短凝血时间, 降低毛细血管通透性, 改善血管脆性; 能使血小板、纤维蛋白原增加, 血管的收缩活性增加; 在骨痂形成过程中能促进成骨细胞分化、促进骨折愈合^[14], 因其收涩止血、抗炎逐瘀为佐药。当归尾^[15]甘、辛、温, 归心、肝、脾经, 有破血止痛之功, 为补血活血要药; 赤芍^[16]根, 苦, 微寒, 主入肝经, 具有清热凉血, 抗炎, 散瘀止痛之功; 透骨草^[17]辛散温通, 入肺、肝二经, 具有舒筋、活血、止痛之效; 马钱子^[18]性温味苦, 归肝脾经, 有较强的抗炎、镇痛作用; 四药凉血、止痛、散瘀消肿同为使。诸药共奏祛瘀、接骨、消肿、止痛之功。这在骨折治疗的早期阶段, 是极为重要的。

中医治疗骨折有“活血化瘀, 祛瘀生新”的传统说法, 认为“盖打扑跌, 皮不破而有内损者, 必有恶血留内, 内治之法必须以活血化瘀为先, 血不活则瘀不去, 瘀不去则骨不能接”。我们通过此临床观察证实, 136 例纳入对照组的, 肱骨干闭合性骨折患者中, 有 3 例不愈合(后通过手术证实, 骨折端有肌肉、软组织嵌入), 其余多在 10 周左右愈合。136 例纳入治疗组的肱骨干闭合性骨折患者, 经手法复位后, 采用中西医结合疗法: 在规范的西医治疗基础上, 口服自拟中药祛瘀接骨饮, 外敷长骨接骨散, 取得了三方面的成效: 活血化瘀、止痛消肿、促进骨痂形成; 所有治疗组患者, 在治疗期间均指导功能锻炼, 无药物过敏反应发生, 无肝肾功能损害及骨不愈合发生, 且全部在 6 周内愈合, 肩肘关节功能基本恢复正常, 大大提高治愈率。本文以中医理论为指导, 有助于挖掘传统医学的内涵, 省去手术之苦, 无疑为患者减轻了伤痛, 且费用低廉适宜推广, 当然本组观察病例有限, 尚需大样本病例验证。取得上述疗效的机制, 还有待进一步研讨。

参考文献

[1] 刘汉山, 安文秀, 焦光娟. 针刺结合蜡疗治疗膝骨关节炎临床疗效观察[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(3): 71-73.

- [J]. Md State Med J, 1965(14):61.
- [4]董强,吴笃初,吕传真. 神经功能缺损评分的比较研究——193例资料分析[J]. 中国临床神经科学, 2000, 8(3):189-191.
- [5]王新,王拥军,颜振瀛. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准的信度和效度研究[J]. 卒中与神经疾病, 1999, 6(3):148.
- [6]葛瑞英,李新洲. 电针配合现代康复技术治疗痉挛性瘫痪 129例[J]. 河南中医, 2012, 32(11):1525-1526.
- [7]叶丽. 活血化瘀中药联合康复锻炼对脑卒中恢复期患者的影响[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(12):1679-1681.
- [8]侯利军,韩淑凯,高伟娜,等. 经筋排刺法配合皮肤针疗法治疗脑卒中后上肢痉挛 244例临床观察[J]. 中国医药导报, 2014, 11(24):107-110.
- [9]史军月,张新亚,张春红. 中风后痉挛性瘫痪的理论认识及针灸研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(3):85-87.
- [10]李信铭. 中西医结合药物配合康复治疗卒中后中枢性瘫痪的临床观察[J]. 光明中医, 2015, 30(3):567-569.
- [11]蔡玉梅,韩海伟,盛国滨. 针刺结合隔药灸经筋结点治疗中风后上肢痉挛性瘫痪的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(4):450-452.
- [12]周莉,施伟. 运动灸配合反射抑制模式治疗脑卒中后痉挛性瘫痪疗效评价[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(6):533-535.
- [13]张学敏,赵海红,孙爱萍,等. 神经训导技术在脑卒中偏瘫合并肩关节半脱位患者康复治疗中的应用效果[J]. 中国医药, 2013, 8(10):1400-1402.
- [14]王锋,郭爽. 醒脑开窍针刺法结合手足三阴经推拿综合康复训练治疗中风后痉挛性瘫痪的临床研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(5):601-603.
- [15]姚旭红,杜小正,何天有. 针灸治疗中风后痉挛的研究进展[J]. 甘肃中医学院学报, 2015, 32(2):77-80.
- [16]王二争,李佩芳. 针灸为主治疗脑卒中痉挛状态的临床研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(3):424-427.
- [17]季晔琦,王刚,李莉,等. 泥蜡疗结合针灸治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床观察[J]. 光明中医, 2015, 30(1):88-90.
- [18]苏巧珍,黄培新. 芍药甘草汤治疗肌肉痉挛性疾病临证集释[J]. 中医药学刊, 2002, 20(11):44-44, 54.
- [19]黄靖宇,万娇,钱俊辉,等. 巨刺法治疗中风后上肢痉挛性瘫痪 45例[J]. 河南中医, 2009, 29(8):806-807.
- [20]盛国滨,卢凤娟,刘长燕,等. 针刺经筋结点结合康复疗法治疗中风后痉挛性瘫痪[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(5):25-26.
- [21]瞿明杰,刘志顺,刘保延. 试论中风后痉挛性瘫痪病机及针灸取穴原则[J]. 针刺研究, 2006, 31(6):365-368.
- [22]姚庆萍,魏丽. 醒神通络针刺法治疗中风后痉挛性瘫痪 60例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(12):52-54.
- [23]时国臣,郑晓旭,宋楠楠. 运动针刺经筋结点治疗中风后下肢痉挛性瘫 30例[J]. 中国针灸, 2015, 35(3):212.
- (2015-10-05 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第 2018 页)

- [2]尹德龙,程鹏,范震波,等. 早期干预对腰椎间盘突出症的影响:中心大样本量随访[J]. 中国矫形外科杂志, 2014, 22(13):1153-1157.
- [3]赵勇,王钢. 消肿止痛膏治疗踝关节扭伤疼痛与肿胀相关性的病例对照研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(3):384-386.
- [4]廖翔,熊东林,蒋劲. 对退行性腰椎关节源性腰痛行脊神经后支标准射频手术治疗的随机对照研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(7):406-410.
- [5]李昊,李亚伟,刘拥军,等. 丹红对股骨干骨折愈合的影响[J]. 中国实用医药, 2011, 6(2):1673-7555.
- [6]吴在德. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:806.
- [7]邵进宝. 速骨汤治疗骨折迟缓愈合疗效观察[J]. 陕西中医杂志, 2015, 36(3):320-321.
- [8]范思敏,刘凤权. 中药自然铜功效本草考证[J]. 黑龙江中医药, 2000, 42(4):55-54.
- [9]王昊,阎小萍,孔维萍,等. 补肾强督方对强直性脊柱炎患者骨质疏松及骨量减少的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4):471-475.
- [10]武密山,赵素芝,任立中,等. 川续断皂苷 VI 诱导大鼠骨髓间充质干细胞向成骨细胞方向分化的研究[J]. 中国药理学通报, 2012, 28(2):222-226.
- [11]国家药典委员会. 中华人民共和国药典[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2010:290.
- [12]李晓娟. 综合疗法治疗腰椎间盘突出症 50例[J]. 中国民族医药杂志, 2006, 13(3):66-67.
- [13]刘有菊,韩梅,孙伟,等. 试述藏药玛奴西汤颗粒的药效作用[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(7):16-17.
- [14]彭丽华,高俊熙,萧永沁,等. 外敷中药复方对促进骨折愈合的体外研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 19(1):151-155.
- [15]刘宇,马献军. 当归在外伤性骨折治疗中的作用[J]. 中医正骨杂志, 2004, 16(6):54.
- [16]杨莎莎,王庆国. 浅析芍药在《伤寒论》小便不利方中的运用[J]. 国医论坛, 2012, 27(3):7-8.
- [17]张全顺. 舒筋活血洗剂对踝关节骨折术后关节功能恢复的影响[J]. 吉林中医药, 2013, 33(8):807-808.
- [18]张卫华,胡杰,吴珍珍等. 不同促渗剂对马钱子碱囊泡凝胶体外渗透性能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 23(7):14-16.
- (2015-12-21 收稿 责任编辑:徐颖)