

- (2) 景湘川. 肛肠疾病诊断与治疗 (M). 北京: 人民军医出版社, 2006.
- (3) 汪小璜. 中医外治综合疗法缓解肛肠疾病术后换药疼痛及创面愈合预后分析 (J). 结直肠肛门外科, 2018, 24(22): 125-126.
- (4) 权隆芳, 贾小强, 程芳, 等. 针刺与口服盐酸曲马多缓释片或洛索洛芬钠片对肛肠术后患者疼痛及应激反应的影响 (J). 中国医药, 2020, 20(9): 142-144.
- (5) 林迪, 白景阳, 侯广, 等. 中药熏洗坐浴治疗肛肠外科术后创面水肿疼痛疗效观察 (J). 临床军医杂志, 2018, 46(3): 356-358.
- (6) 郭丹, 王淑娟. 中药坐浴熏洗对混合痔外剥内扎术后肛门疼痛及肛缘水肿程度的影响 (J). 国际中医中药杂志, 2020, 10(7): 656-659.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)24-0055-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.24.025

自拟愈骨散内服促进骨痂生长的研究

付喜良 刘卓华 谢 军 黄才平 周文彬 付中城 刘钦元

(娄底市骨伤医院, 湖南 娄底 417000)

〔摘要〕 **目的:** 观察自拟愈骨散内服促进骨痂生长的临床疗效。**方法:** 选取娄底市骨伤医院 2018 年 11 月至 2020 年 10 月期间收治的 200 例骨折患者, 随机分为观察组和对照组, 各 100 例。对照组接受伤科接骨片内服进行治疗, 观察组予自拟愈骨散内服, 两组均连续服用 21 d, 并于服完药后第 1 天进行拍摄 X 光片, 以及疗效判定。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 99% 高于对照组的 82%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的临床症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者的临床症状积分均有不同程度下降, 且观察组降幅大于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 自拟愈骨散促进骨痂生长疗效确切。

〔关键词〕 骨折; 骨痂生长; 自拟愈骨散

〔中图分类号〕 R 274.1 〔文献标识码〕 B

骨折愈合是一个复杂过程, 其机制尚未完全明了, 临床上要求有更好更快的手段促进骨折愈合。目前认为骨折愈合大致有“血管”说, “成骨细胞、破骨细胞”说, “骨盐沉积”说^[1], 本研究以自拟愈骨散治疗骨折 100 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 11 月至 2020 年 10 月期间收治的 200 例骨折患者, 随机分为观察组和对照组, 各 100 例。观察组男性 55 例, 女性 45 例, 年龄 15~73 岁, 平均年龄 (44 ± 29) 岁。对照组男性 59 例, 女性 41 例, 年龄 16~74 岁, 平均年龄 (45 ± 29) 岁。所有患者均伤后 1 d 内入院, 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中的骨折诊断, 均有明确外伤史, 伤后肿胀, 疼痛, 可有畸形,

功能障碍, 均行 X 光照片或 CT 检查显示, 有明确的骨性连接中断, 显示明确的骨折线。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合诊断标准的患者; (2) 年龄 15~74 岁; (3) 以往半年内无骨折的患者; (4) 同一肢体, 以往有骨折, 但在 1 年以上; (5) 积极配合治疗, 遵守医嘱, 对本研究知情同意; (6) 均为新鲜骨折; (7) 外伤后 24 h 内入院就诊。

1.2.3 排除标准 (1) 合并肝肾等原发性疾病; (2) 有精神疾病, 不能配合本研究; (3) 有相关药物过敏者; (4) 妊娠或哺乳期妇女; (5) 未按计划完成治疗全过程; (6) 不宜于手法复位外固定或牵引治疗者。

1.3 方法

两组患者均给予手法复位外固定或牵引治疗

1.3.1 观察组 从入院第 8 天开始服用愈骨散 (本院院内制剂, 批准文号 13657234, 铝塑密封包装, 每袋 8 g, 每袋内含煅狗骨 0.5 g, 炙蛋壳 0.3 g, 陈皮 1.5 g, 杜仲 1.5 g, 肉苁蓉 1.5 g, 川芎 1.2 g, 续断 1.5 g)。每日 3 次, 每次 2 袋,

〔收稿日期〕 2020 - 11 - 28

〔作者简介〕 付喜良, 男, 副主任医师, 主要研究方向是骨折愈合。

开水冲服，连续服用 21 d。

1.3.2 对照组 服用伤科接骨片（大连美罗中药厂有限公司，国药准字 Z21021461），3 次·d⁻¹，1.32 g·次⁻¹，连续服用 21 d。

1.4 观测指标

（1）临床症状积分采用肿胀程度评分进行评估，具体内容包：骨折部位的肿胀程度，足趾（手指）的屈伸受限程度，伤处的肌肉收缩运动受限程度，这三项指标，每项 0~8 分，共计 24 分。伤处不肿胀为 0 分，肿胀最严重为 8 分，伤处手指（足趾）屈伸不受限为 0 分，屈伸受限最严重为 8 分，伤处肌肉收缩运动不受限为 0 分，运动收缩受限最严重为 8 分。（2）所有病人于第 29 天作为观察摄片日，由同一 DR 机同一人投照，投照同一部位条件一致，由放射科专人负责读片，按照《中医病证诊断疗效标准》及成人常见骨折临床愈合时间参考表^[3]精准观测治疗后骨痂生成情况，包括数量、质量、方式。治愈：伤处无疼痛，肿胀消退，骨痂生成良好。有效：伤处疼痛无明显减轻，肿胀改善不明显，骨痂生成一般。无效：伤处疼痛无明显减轻，肿胀改善不明显，骨痂生成差。总有效率 =（治愈 + 有效） / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 99% 高于对照组的 82%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较（*n* = 100，例）

组别	治愈	有效	无效	总有效率/%
对照组	51	31	18	82
观察组	69	30	1	99 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后临床症状积分比较

治疗前两组患者的临床症状积分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。治疗后两组患者的临床症状积分均有不同程度下降，且观察组降幅大于对照组，差异具有统计学意义

（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后临床症状积分比较（*n* = 100， $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后
对照组	18.40 ± 6.17	0.61 ± 0.09 ^b
观察组	18.62 ± 6.10	0.47 ± 0.08 ^{bc}

与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

肾主藏精，在两千多年前的医学著作《黄帝内经》中就有最早的全面的论述。如《灵枢·本神》“肾藏精”、《素问·宣明五气》“肾主骨”、《素问·六节藏象论》“肾者……其充在骨”、《素问·五脏生成论》“肾之合骨也”、《素问·阴阳应象大论》“肾生骨髓，其体在骨”。近代刘柏龄提出了“治肾亦即治骨”的学术思想^[4]，就是以：“肾主骨生髓，髓充则能健骨”的理论为指导提出来的，临床上可见肾的精气不足，则易于骨折，骨折合较难愈合，在临床治疗时，必须用补肾之法以续骨接骨。

自拟愈骨散由煅狗骨、炙蛋壳、陈皮、杜仲、肉苁蓉、川芎、续断 7 味组成。李时珍在《本草纲目》中说续断“苦微温、无毒”，引述《神农本草经》谓“……折跌，续筋骨”。记载杜仲“辛平无毒”，引述《神农本草经》谓“……补中益精气，坚筋骨，强志”，张景岳谓肉苁蓉“……味重性阴，降也，味重而甘温……暖腰膝，坚筋骨”。

本研究采用自拟愈骨散内服，治疗骨折病人。研究表明，患者治疗后临床症状积分明显降低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。观察组的临床疗效明显优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。自拟愈骨散能促进骨折愈合。

〔参考文献〕

- 王辉民，汪计，金永建，等. 自拟创复汤辨证加减对踝关节骨折脱位骨折固定术后骨愈合进程及预后的影响分析（J）. 四川中医，2020，38(4)：157-160.
- 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准（M）. 北京：中国医药科技出版社，2017.
- 邹泽良，缪杰佳，吴峰，等. 生血补髓汤对骨搬运术临床疗效及 BMP-7 和 bFGF 水平的影响（J）. 中国中医骨伤科杂志，2018，26(12)：34-38.
- 覃祥城，曾景奇，王凡，等. 中药促进牵张成骨的研究进展（J）. 广州中医药大学学报，2020，37(2)：382-385.