

〔文章编号〕 1007-0893(2022)11-0049-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.11.013

# 补肾接骨汤联合熏洗疗法治疗桡骨远端骨折术后临床疗效

王本海 黄剑云 郑明声

(福建中医药大学附属第三人民医院, 福建 福州 350108)

〔摘要〕 **目的:** 研究补肾接骨汤联合熏洗疗法对桡骨远端骨折 (DRF) 患者术后恢复及腕关节功能的影响。**方法:** 选择福建中医药大学附属第三人民医院 2021 年 3 月至 2021 年 12 月期间进行治疗的 66 例 DRF 患者, 使用随机数法将患者分为对照组和观察组, 各 33 例。两组患者均施以常规手术进行治疗, 观察组患者施以补肾接骨汤及熏洗疗法, 对照组患者仅给予补肾接骨汤治疗, 观察并比较治疗后两组患者腕关节功能的优良率, 治疗前后握力和疼痛程度, 腕关节功能 Gartland-Werley 及骨折愈合的时间, 生活质量。**结果:** 观察组患者腕关节功能的优良率为 90.91% (30/33), 高于对照组的 63.64% (21/33), 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的握力高于对照组, 视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者腕关节功能残余急性评分, 客观评分和主观评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者骨折完全愈合时间短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者躯体功能、心理功能及社会功能均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对 DRF 应用补肾接骨汤联合熏洗疗法可以有效改善腕关节功能的优良率、握力、疼痛程度, 促进患者骨折完全愈合的时间, 提高生活质量。

〔关键词〕 桡骨远端骨折; 补肾接骨汤; 熏洗疗法

〔中图分类号〕 R 683.41 〔文献标识码〕 B

桡骨远端骨折 (distal radius fracture, DRF) 是近年来临床上常见的一种骨科疾病, 临床主要表现为腕部疼痛剧烈, 无法进行握拳等操作, 肘关节僵直及活动受限, 对患者的日常生活及工作均会造成不利的影 响<sup>[1-2]</sup>。临床上治疗 DRF 主要方式为手术治疗, 但是术后患者易出现严重的疼痛, 腕部的制动性不佳, 因此对治疗效果和预后恢复易产生极大的影响<sup>[3-4]</sup>。即 DRF 患者术后康复治疗是当前骨科医学专家重点关注的问题<sup>[5]</sup>。中医学认为骨折愈合的过程首先是祛瘀, 接着是骨新生, 最后为骨愈合, 且患者发生骨折后易出现气血亏虚和筋骨虚弱及肝肾受损等现象<sup>[6-7]</sup>。因此本文作者通过研究补肾接骨汤联合熏洗疗法对 DRF 患者术后恢复及腕关节功能的影响, 旨在为临床上治疗 DRF 提供治疗效果好, 安全性高的治疗方法, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择福建中医药大学附属第三人民医院 2021 年 3 月至 2021 年 12 月期间进行治疗的 66 例 DRF 患者, 使用随机数法将患者分为对照组和观察组, 各 33 例。对照组男 20 例, 女 13 例; 年龄 28~55 岁, 平均年龄 (41.63 ± 6.62) 岁, 病程 0.5~35 h, 平均病程 (18.96 ± 2.88) h,

患肢: 右侧 18 例, 左侧 15 例。观察组男 21 例, 女 12 例; 年龄 29~55 岁, 平均年龄 (41.28 ± 6.39) 岁, 病程 0.5~33 h, 平均病程 (18.72 ± 2.91) h, 患肢: 右侧 19 例, 左侧 14 例。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 纳入标准 (1) 西医诊断: 符合《实用骨科学》<sup>[8]</sup>中对 DRF 的诊断标准, 均经影像学检查和体征检查, 确诊为 DRF; (2) 中医诊断: 依据《桡骨远端骨折中医诊疗指南》<sup>[9]</sup>中对肝肾亏虚证的标准判定, 患者出现腰膝酸痛和肢体萎软及骨连未坚等主要临床症状, 次要症状为神疲乏力, 苔薄, 脉沉细涩及舌淡红; (3) 非陈旧性骨折; (4) 患者及家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并外伤感染; (2) 合并内脏或神经损伤; (3) 处于妊娠期或者哺乳期; (4) 有严重的骨质疏松; (5) 依从性差; (6) 伴有沟通障碍。

### 1.3 方法

所有患者均给予传统手术治疗, 术式为改良 Henry 入路术式, 开展臂丛神经阻滞麻醉处理之后取平卧位。消毒铺巾之后选取桡骨远端改良掌侧 Henry 入路, 作 8 cm 的切口, 充分暴露桡侧腕屈肌腱。依次切开桡侧腕屈肌腱掌侧腱鞘, 切开桡侧腕屈肌腱背侧腱鞘。暴露旋

〔收稿日期〕 2022-04-07

〔作者简介〕 王本海, 男, 主治医师, 主要研究方向是四肢骨折与创伤修复的中医诊治。

前方肌，顺着桡骨上方正中切开上述组织，骨膜剥离自上而下推开旋前方肌桡骨附着部位，以免反复推拉剥离，以旋前方肌肌腹撕裂为宜，尽量保留旋前方肌桡骨附着部分的完整。明确桡骨远端骨折复位满意之后，开展钢板锁定，并在C形臂X线机明确骨折复位良好之后，冲洗切口。术后预防感染使用抗菌药物，给予以头孢克肟（苏州东瑞制药有限公司，国药准字H20040322）口服，剂量为400 mg·d<sup>-1</sup>，分早晚各1次服用，连续服药3 d。

观察组患者在术后使用补肾接骨汤联合熏洗疗法治疗，补肾接骨汤组方：黄芪30 g，续断15 g，骨碎补15 g，补骨脂15 g，丹参10 g，自然铜10 g。临证用药：肢体肿胀加桃仁15 g、红花15 g；疼痛情况严重加郁金15 g。1剂·d<sup>-1</sup>，水煎服，取汁400 mL，200 mL·次<sup>-1</sup>，分早晚服用。熏洗汤组方：红花25 g，独活20 g，牛膝、三七、制乳香、当归各15 g，草乌10 g。1剂·d<sup>-1</sup>，武火煎15 min后文火煎30 min，并放在患肢行先熏，热敷及外洗，1次·d<sup>-1</sup>。对照组术后仅给予补肾接骨汤治疗，两组患者均持续治疗14 d。

#### 1.4 观察指标

比较两组患者腕关节功能的优良率，治疗前后握力和视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）评分，腕关节功能和骨折完全愈合的时间，以及两组患者治疗前后的生活质量。（1）关节功能的优良率评定标准：根据治疗前后的Gartland-Werley腕关节功能评分方式对两组患者的治疗疗效进行评估，Gartland-Werley腕关节功能评分为0~3分，分数越高越优秀，0.0~0.5分为差，0.5~1.0分为中，1.0~2.0分为良，2.0~3.0分为优，优良率=（优+良）/总例数×100%。（2）治疗前后握力和疼痛程度：①使用电子握力器评价患者健侧和患侧的握力，握力越高越好；②使用VAS量表对疼痛程度进行评价，使用VAS量表对疼痛程度进行评估，在白色A4纸上画一条长为10 cm的直线，分别在两端标出0（无痛），10（最剧烈的疼痛）。让患者标记自身疼痛对应的位置，统计其术后4 h，24 h，48 h及72 h的VAS评分。VAS值评分标准：无痛为0分；有隐痛，但可以忍受为1~3分；有明显疼痛，且影响睡眠为4~6分。疼痛剧烈，且无法忍受为7~9分，最剧烈的疼痛为10分。（3）骨折完全愈合（局部无压痛，且无纵向叩击痛，局部无异常活动，且经X线片显示骨折线模糊）时间越短越好。（4）生活质量评定标准：生活质量评分表主要包括躯体功能和心理功能，及社会功能三个指标，总分为100分，分数越高代表生活质量越高。

#### 1.5 统计学方法

采用SPSS 21.0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 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者腕关节功能的优良率比较

观察组患者腕关节功能的优良率为90.91%（30/33），高于对照组的63.64%（21/33），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者腕关节功能的优良率比较（ $n = 33, n(\%)$ ）

| 组别  | 优         | 良         | 中        | 差       | 优良                     |
|-----|-----------|-----------|----------|---------|------------------------|
| 对照组 | 13(39.39) | 8(24.24)  | 9(27.27) | 3(9.09) | 21(63.64)              |
| 观察组 | 18(54.55) | 12(36.36) | 2(6.06)  | 1(3.03) | 30(90.91) <sup>a</sup> |

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后握力及VAS评分比较

两组患者治疗前握力及VAS评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后观察组患者的握力高于对照组，VAS评分低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗前后握力及VAS评分比较（ $n = 33, \bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | 时间  | 握力/kg                     | VAS评分/分                  |
|-----|-----|---------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 19.37 ± 2.33              | 5.97 ± 0.63              |
|     | 治疗后 | 21.02 ± 3.99              | 3.06 ± 0.39              |
| 观察组 | 治疗前 | 19.41 ± 2.27              | 6.11 ± 0.70              |
|     | 治疗后 | 25.08 ± 3.27 <sup>b</sup> | 1.41 ± 0.17 <sup>b</sup> |

注：VAS—视觉模拟评分法。与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者腕关节功能和骨折完全愈合时间比较

治疗后观察组患者腕关节功能残余急性评分，客观评分和主观评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组患者折骨折完全愈合时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者腕关节功能和骨折完全愈合时间比较

（ $n = 33, \bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | Gartland-Werley评分/分      |                          |                          | 骨折愈合时间/d                  |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
|     | 残余急性评分                   | 主观评分                     | 客观评分                     |                           |
| 对照组 | 0.24 ± 0.04              | 1.31 ± 0.15              | 0.99 ± 0.13              | 75.32 ± 7.84              |
| 观察组 | 0.67 ± 0.09 <sup>e</sup> | 2.24 ± 0.29 <sup>c</sup> | 2.48 ± 0.31 <sup>c</sup> | 61.28 ± 7.66 <sup>c</sup> |

注：与对照组比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前两组患者躯体功能、心理功能及社会功能评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后观察组患者躯体功能、心理功能及社会功能评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组患者治疗前后生活质量评分比较（ $n = 33, \bar{x} \pm s, \text{分}$ ）

| 组别  | 时间  | 躯体功能                      | 心理功能                      | 社会功能                      |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 56.81 ± 4.59              | 55.09 ± 4.38              | 57.33 ± 4.64              |
|     | 治疗后 | 62.74 ± 4.19              | 63.42 ± 4.57              | 65.89 ± 4.32              |
| 观察组 | 治疗前 | 56.24 ± 4.62              | 55.21 ± 4.30              | 57.26 ± 4.52              |
|     | 治疗后 | 78.34 ± 5.28 <sup>d</sup> | 76.13 ± 5.51 <sup>d</sup> | 76.08 ± 5.63 <sup>d</sup> |

注：与对照组治疗后比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

DRF 术后易出现延迟愈合和不愈合等现象,即临床在 DRF 术后主要应用外固定架进行治疗的同时,加上康复训练进行辅助治疗,但因骨折的类型较为复杂,患者术后经常出现肿胀和疼痛等症状<sup>[10]</sup>。DRF 在中医学为“折骨”“折筋”的范畴,该病主要病机是气血凝滞、经络被阻及脏腑失和导致<sup>[11]</sup>。古籍记载,因跌打损伤使皮肉筋骨受伤,导致肢体局部的血液发生瘀滞及经络阻塞,从而出现血瘀气滞,最终发生凝结成瘀,不利于骨折愈合。因此 DRF 术后治疗的主要目的是除瘀血,即临床应进行以气血并治为主的,以补益肝肾和活血及生血益气为辅的治疗方法<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示:经过治疗后,观察组患者腕关节功能的优良率为 90.91%,高于对照组的 63.64%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。本研究结果提示对 DRF 联合应用补肾接骨汤及熏洗疗法可以促进腕关节功能的恢复。分析原因:补肾接骨汤的治疗原则为活血化瘀,续筋接骨和消肿止痛,连续使用可以调气血,续筋骨,补益肝肾<sup>[13]</sup>。同时,本研究结果发现:观察组患者治疗后的握力高于对照组,同时 VAS 评分低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。上述结果提示了对 DRF 联合应用补肾接骨汤及熏洗疗法可以促进握力的恢复,缓解患者的疼痛程度。分析原因:补肾接骨汤中丹参具有活血祛瘀和通经止痛的作用,同时自然铜具有散瘀止痛及续筋接骨等作用,黄芪具有补中益气 and 活血化瘀,及消肿止痛的作用。熏洗汤中当归和草乌具有祛风止痛及消肿祛瘀的作用,红花和三七具有消肿止痛及活血祛瘀的作用<sup>[14-15]</sup>。因此可有效促进患者握力的恢复,达到止痛的作用。

此外,本研究结果显示:经过治疗后,观察组患者腕关节功能残余急性评分,客观评分和主观评分均高于对照组,观察组患者经过治疗后骨折完全愈合的时间较对照组愈合时间更短,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。这提示对 DRF 联合应用补肾接骨汤及熏洗疗法可以促进患者的恢复。分析原因:续断和补骨脂,及骨碎补能够补充机体中钙盐和微量元素,及可以有效促进蛋白的合成,帮助机体骨质更好地进行吸收,从而促进骨痂与新骨的生成速度,因此可以促进骨折愈合<sup>[16]</sup>。最后,本研究结果发现:经过治疗后,观察组患者生活质量三项指标的评分均明显高于对照组患者,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示对 DRF 应用补肾接骨汤联合熏洗疗法可以提高患者的社会,心理,生理质量。分析原因:

使用观察组治疗方案,可以缓解患者疼痛,减轻患者痛苦,促进患者恢复,减少住院时间和医疗费用,因此有效提高患者生活质量。

综上所述,对 DRF 应用补肾接骨汤联合熏洗疗法可以有效改善腕关节功能的优良率、握力、疼痛程度,促进患者骨折完全愈合的时间,提高患者的生活质量。

### 〔参考文献〕

- (1) 芮碧宇. 桡骨极远端骨折治疗研究进展(J). 国际骨科学杂志, 2022, 43(1): 8-11.
- (2) 李柿樾, 卜建文, 谢增如. 桡骨远端骨折的治疗进展(J). 实用手外科杂志, 2022, 36(1): 97-101.
- (3) 庞向华, 周建飞, 洪定钢. 外固定架联合中药抗骨质疏松治疗对老年不稳定型桡骨远端骨折患者桡骨远端高度及腕关节功能的影响(J). 广西医学, 2019, 41(16): 2066-2069.
- (4) 谢福东, 张威, 王伟. 桡骨远端骨折患者经掌侧正中微创入路内固定术后腕关节功能恢复不良的影响因素(J). 中国疗养医学, 2022, 31(1): 84-87.
- (5) 黄政基, 姚霁航, 张晓猛, 等. 桡骨远端骨折不同治疗方法的研究进展(J). 中国老年学杂志, 2018, 38(9): 2292-2295.
- (6) 刘海军. 中医手法整复夹板外固定治疗桡骨远端骨折的临床效果(J). 当代医学, 2022, 28(10): 125-127.
- (7) 来玉凤, 陈恩良. 补肾活血汤辅助治疗老年骨质疏松性桡骨远端骨折效果(J). 中国乡村医药, 2022, 29(4): 38-40.
- (8) 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学(M). 3版. 北京: 人民军医出版社, 2005: 44-45.
- (9) 李红专, 赵继荣, 李盛华, 等. 桡骨远端骨折中医诊疗指南(J). 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4615-4618.
- (10) 颜峰, 喻灿明, 丁志清, 等. 骨伤中药方配合正骨理筋疗法对桡骨远端骨折术后患者康复效果的影响(J). 中国临床保健杂志, 2022, 25(2): 239-242.
- (11) 潘廷明, 董忠, 杨连梓, 等. 手法复位石膏外固定联合中药熏洗和切开复位钢板内固定治疗骨质疏松性桡骨远端骨折疗效比较(J). 中国中西医结合杂志, 2019, 39(1): 63-66.
- (12) 高超. 益肾壮骨汤配合夹板外固定治疗桡骨远端骨折观察(J). 婚育与健康, 2022, 28(3): 85-86.
- (13) 丁晓东. 补肾接骨汤联合熏洗对桡骨远端骨折术后骨折愈合及腕关节功能的影响(J). 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(5): 108-110.
- (14) 王镇远, 吴官保. 中药熏洗治疗桡骨远端骨折临床疗效的系统评价(J). 湖南中医杂志, 2022, 38(4): 134-138.
- (15) 董汝军. 补肾接骨汤治疗四肢骨折的临床疗效及对患者疼痛的影响(J). 反射疗法与康复医学, 2021, 2(15): 50-52.
- (16) 尹鹏. 补肾活血接骨汤辅助四肢骨折后急性疼痛肿胀临床观察(J). 实用中医药杂志, 2019, 35(1): 102-104.