

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0053-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.016

# 中医正骨治疗踝关节骨折临床疗效

江一帆 林德健

(南平市第二医院, 福建 南平 354200)

〔摘要〕 目的: 分析中医正骨在踝关节骨折临床治疗中的应用效果。方法: 选取南平市第二医院 2018 年 3 月至 2020 年 2 月期间收治的 272 例踝关节骨折患者, 随机分为对照组与观察组, 各 136 例。对照组患者通过切开复位内固定方式治疗, 观察组患者选取中医正骨治疗, 比较两组患者的并发症、治疗时间、关节功能评分与治疗效果。结果: 观察组患者的不良反应发生率为 2.94%, 低于对照组的 8.82%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的骨关节功能评分高于对照组, 治疗时长短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗总有效率为 88.24%, 高于对照组的 72.06%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者的视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组、骨折愈合短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在踝关节骨折患者临床治疗中, 使用中医正骨治疗方案, 具有愈合快速、痛苦小的特点, 并且能够提高治疗有效率, 控制并发症。

〔关键词〕 踝关节骨折; 中医正骨; 切开复位内固定

〔中图分类号〕 R 683.42 〔文献标识码〕 B

踝关节骨折在骨科临床中较为常见, 因踝关节承担较大负荷, 起到支撑人行走和站立的重要作用, 一旦受损势必会影响日常生活与工作<sup>[1]</sup>。当前, 临床主要通过切开复位内固定方式进行治疗。中医正骨拥有悠久历史, 可帮助患者受损位置快速恢复, 在较短时间内缓解患者痛苦, 加速患者痊愈。当患者出现踝关节骨折后, 应根据病情实际情况提供中医正骨方案, 并做好并发症预防, 确保患者早期康复, 提高预后生活质量<sup>[2]</sup>。本研究主要分析踝关节骨折中医正骨的应用效果, 相关内容报道如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

选取南平市第二医院 2018 年 3 月至 2020 年 2 月期间收治的 272 例踝关节骨折患者, 随机分为对照组与观察组, 各 136 例。对照组男性 70 例, 女性 66 例; 年龄 19~80 岁, 平均年龄 ( $46.28 \pm 0.26$ ) 岁; 病程 2~3 月, 平均病程 ( $2.24 \pm 0.48$ ) 月; 踝关节骨折诱发因素: 交通事故 62 例, 运动中扭伤 45 例, 高空坠落 29 例。观察组男性 71 例, 女性 65 例; 年龄 20~78 岁, 平均年龄 ( $46.52 \pm 0.57$ ) 岁; 病程 2~3 月, 平均病程 ( $2.32 \pm 0.52$ ) 月; 诱发因素: 交通安全事故 63 例, 运动扭伤 44 例, 高空坠落 29 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) 经 X 线诊断为踝关节骨折患者; (2) 本人及家属同意研究, 经过医院伦理委员会批准 (福伦试审字第 20200312); (3) 年龄  $\leq 80$  岁。

1.2.2 排除标准 (1) 凝血功能障碍患者; (2) 哺乳期妇女; (3) 患者临床资料不完整患者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 实施冰敷处理, 待肿胀有所消退后使用切开复位治疗, 治疗步骤如下: 选择正骨麻药组方, 组方: 麻黄 10 g, 胡茄子 10 g, 姜黄 10 g, 川乌 10 g, 草乌 10 g, 闹羊花 10 g。上述药物研磨成粉末, 加入 5 倍量蒸馏水, 煎煮 2 h, 药物使用过程中每次取 2 g, 借助茶水或酒水口服, 复位后可通过甘草汤解除麻醉效果。协助患者取合适体位, 以患者舒适作为体位选择的主要原则, 对切口位置进行明确, 切口不经过关节, 避免术后瘢痕挛缩影响关节功能。充分暴露骨折端, 保持软组织与骨膜之间连续, 对骨折区进行彻底清理。使用机械与手法进行骨折复位, 采取内固定的方式, 加快骨折愈合。彻底止血后, 对伤口进行冲洗, 并逐层缝合。若切口较大, 则需要以负压引流的方式进行干预, 并对患者术后康复状况进行调查分析, 预防不良反应发生。

1.3.2 观察组 待肿胀有所消退后, 使用中医正骨疗法, 麻醉方式与对照组一致, 具体操作方式如下。

(1) 手摸心会: 使用手指轻轻触摸患者骨折部位, 并用

〔收稿日期〕 2022-05-11

〔作者简介〕 江一帆, 男, 副主任医师, 主要研究方向是中医骨科学。

心体会骨折情况，判断属于分离型骨折或粉碎性骨折，并构建骨折移位立体形象；（2）拔伸牵引：操作人员手持患者骨折远近端，促使肢体沿着纵轴方向对抗牵引，根据正骨顺序调整肢体方向，通过牵引实现对短缩畸形的矫正；（3）旋转屈伸：通过旋转、屈伸、外展、内收等多种方式，实现整复骨折断端，促进旋转和成角移位；

（4）提按端挤：针对前后侧移位使用提按法纠正；内外侧移位使用端挤手法纠正。具体操作中，操作人员一只手固定患者骨折近端，另一只手握住骨折远端，提按和端挤并用；（5）推拿按摩：中医正骨过程中，主要松解腓前肌，点按足三里，直至解溪穴，松解3~5 min；重点点按，上下巨虚，丰隆，直至解溪穴，确保用力均匀、动作连贯，防止对患者造成二次伤害。

1.4 观察指标

（1）观察两组患者的不良反应发生率，评估指标为感染、骨折不愈合或畸形愈合。（2）对两组患者的治疗平均用时、骨关节功能评分进行比较；骨关节采用Kofocd评分标准，根据疼痛、功能、活动度和活动时间进行打分，每项25分，满分100分，85~100分为“优”；75~84分为“良”；70~74分为“及格”，低于70分为“差”。（3）在治疗效果观察中，可根据患者康复情况分为3种，即优良、中等与差。其中，踝关节功能基本恢复，患侧无疼痛感，背身运动幅度超过15°，能够正常运动和生活，X线片结果显示内外踝未见侧方位移，后踝关节位移不超过2 mm，内踝没有向近端位移，则为“优良”；患者接受治疗后，踝关节功能部分恢复正常，在运动期间存在轻微不适，背身幅度超过10°，X线片结果显示后踝关节位移不超过4 mm，内外踝位移不超过2 mm，则为“中等”；如若患者治疗后，踝关节功能没有明显好转，甚至丧失该功能，在运动期间产生明显疼痛感，背身幅度不超过10°，X线片结果显示后踝与内外侧踝位移均超过4 mm，则为“差”。总有效率=（优良+中等）/总例数×100%。（4）观察两组患者的术后疼痛感、骨折愈合时间，使用视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS），对疼痛感进行评估，量表分值0~10分，分值越高，患者疼痛感越明显。骨折愈合时间是以骨痂逐渐塑性，恢复原始形态的时间为判断依据。

1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0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 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者的不良反应发生率为2.94%，低于对照组的8.82%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者不良反应发生率比较 (n = 136, 例)

组别	感染	骨折不愈合	畸形愈合	总发生率/%
对照组	5	4	3	8.82
观察组	2	1	1	2.94 <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗时长、骨关节功能评分比较

治疗后观察组患者的骨关节功能评分高于对照组，治疗时长短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗时长、骨关节功能评分比较 (n = 136,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗时长/min	骨关节功能评分/分
对照组	125.14 ± 5.68	75.44 ± 0.72
观察组	96.41 ± 2.82 <sup>b</sup>	86.52 ± 1.02 <sup>b</sup>

注：与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为88.24%，高于对照组的72.06%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者的治疗总有效率比较 (n = 136, 例)

组别	优良	中等	差	总有效率/%
对照组	48	50	38	72.06
观察组	65	55	16	88.24 <sup>c</sup>

注：与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者的疼痛感、骨折愈合时间比较

观察组患者的VAS评分低于对照组、骨折愈合短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组患者的疼痛感、骨折愈合时间比较 (n = 136,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	VAS评分/分	骨折愈合时间/月
对照组	3.92 ± 0.79	4.49 ± 1.28
观察组	2.84 ± 0.67 <sup>d</sup>	3.26 ± 1.13 <sup>d</sup>

注：VAS—视觉模拟评分法。

与对照组比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

3 讨论

踝关节骨折是发生在胫骨下端和距骨之间位置的骨折，相关骨折发生的主要因素是外界暴力因素影响<sup>[3-4]</sup>。患者出现踝关节骨折后，经常表现为脚踝疼痛、肿胀，更为严重者出现内翻或外翻情况，对其正常行走造成不良影响。踝关节骨折患者也会出现肌肉萎缩、韧带粘连，需要对患者进行早期治疗，降低不良反应发生率。

临床中，考虑到患者踝关节内部结构较为复杂，暴力作用机制和骨折类型较为复杂，需要对患者进行复位并固定，当上述措施失效后，可使用切开复位与内固定结合方案，根据疾病不同类型，选择合适的治疗方法，促使临床治疗效果获得明显提升<sup>[5-6]</sup>。通常情况下，踝关节的治疗时间持续时间较长，历时可达数月。当前，踝关

节骨折主要使用切开复位+内固定方式, 相关治疗方式的应用价值较高, 有助于患者骨折位置恢复。在踝关节骨折治疗中, 其关键在于解剖复位。然而, 上述治疗方式对患者造成的影响较大, 部分患者对疼痛耐受度较低, 且存在禁忌证, 使得治疗效果未能达到预期。此外, 在复位和内固定治疗后, 需要定期评估患者健康状况, 重点了解关节功能恢复情况, 并观察是否存在肌肉受损、关节与经络麻痹的问题。鉴于此, 将中医正骨纠正组织错位的方式应用在踝关节骨折患者中, 通过中医正骨可最大程度提升踝关节骨折疗效, 对提升患者预后生活质量产生积极影响<sup>[7]</sup>。

现阶段, 在骨折临床治疗中, 充分发挥中医正骨疗法的效果, 通过中医正骨疗法促使患者骨位恢复到原始位置。中医正骨的基本思路是通过推、拽、按、捺等多种手法, 对脱臼进行干预。在具体干预中, 操作人员需要使用手指触摸患者骨折部位, 手法由轻逐渐加重, 在充分了解骨折具体情况的基础上, 对正骨方式进行选择, 以最大程度提升正骨治疗效果, 降低患者疼痛感。通过对拔正牵引、旋转屈伸的方式, 可加快患者康复进程, 缩短骨折痊愈时间<sup>[8]</sup>。在骨折近远端, 沿着肢体纵轴方向, 对抗牵引, 根据正骨位置对肢体方向进行调整, 以确保患者舒适<sup>[9]</sup>。以持续牵引的方式对患者进行干预, 可确保肢体长度恢复。在骨折断端的恢复上, 则使用旋转屈伸外展与内收相结合方式<sup>[10]</sup>。部分患者在治疗后, 出现畸形愈合和关节僵硬的情况, 需要强化护理手段应用, 降低不良和术后并发症出现概率。注重减轻患者疼痛感、加快骨折愈合进度、帮助患者恢复踝关节功能<sup>[11]</sup>。同时关注患者是否出现压疮和机体缺血不良症状, 并做好预防和纠正<sup>[12]</sup>。在治疗结束后, 提示患者多休息, 预防患肢过早负重, 同时, 对踝关节进行必要的功能锻炼, 防止出现肌肉萎缩问题<sup>[13]</sup>。中医正骨疗法也可对患者踝关节、骨骼、组织进行必要的纠正, 为患者后期恢复奠定良好基础<sup>[14]</sup>。同时, 相关治疗手段应用后, 患者并发症控制良好, 对促进血液循环, 缩短康复进程产生积极影响。当踝关节骨折患者病情较轻时, 在中医正骨治疗后, 对患者进行中药外敷可达到理想干预效果; 当患者病情较为严重时, 在中医正骨治疗后, 需要开展必要手术治疗, 以巩固临床治疗效果, 改善预后<sup>[15]</sup>。

在不良反应发生率方面, 观察组患者的不良反应发生率为 2.94%, 低于对照组的 8.82%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这意味着观察组患者感染、骨折不愈合、畸形愈合等并发症得到有效控制, 与对照组相比更具优势。在骨折治疗时间、骨关节功能评分方面, 治疗后观察组患者的骨关节功能评分高于对照组, 治疗时长短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这说明观察组的治疗时间缩短、关节功能恢复良好。观察组

患者治疗总有效率为 88.24%, 高于对照组的 72.06%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 在踝关节骨折患者治疗实践中, 与常规疗法相比, 使用中医正骨治疗方案的效果较为明显。通过使用中医正骨手法, 手摸心会、拔伸牵引、旋转屈伸、提按端挤、推拿按摩等方式, 调理骨折周围受损筋络、能够提高临床治疗有效率, 降低不良反应、缩短治疗时间、提高骨关节功能评分。治疗结束后, 患者痛苦得到减轻, 患者骨折愈合时间明显缩短, 有利于提高治疗依从度与治疗效果。

#### 〔参考文献〕

- (1) 曹逸. 中医正骨联合中药外敷治疗踝关节骨折临床研究 (J). 新中医, 2019, 51(1): 132-134.
- (2) 张春门, 陈瑞全. 桃红四物汤加味联合微创锁定钢板内固定术治疗胫骨中下段骨折临床观察 (J). 安徽中医药大学学报, 2019, 38(5): 28-31.
- (3) 陆巍, 王永健. 踝关节骨折患者接受中医正骨配合手术治疗的临床价值 (J). 光明中医, 2019, 34(4): 508-510.
- (4) 陈锐, 李雪清, 林世磅. 踝关节骨折患者术后踝关节功能的恢复影响因素分析 (J). 中国伤残医学, 2020, 28(14): 86-87.
- (5) 张浩, 刘伟明, 丘元强, 等. 中医正骨联合切开复位内固定治疗踝关节骨折脱位临床观察 (J). 光明中医, 2019, 34(21): 3265-3267.
- (6) 董子升, 严雪港, 姜跃国, 等. 切开复位内固定术治疗踝关节骨折疗效分析 (J). 浙江创伤外科, 2019, 24(6): 1159-1161.
- (7) 石丹, 张会久, 周达岸. 闭合复位经皮空心螺钉内固定与切开复位内固定治疗踝关节骨折疗效对比研究 (J). 陕西医学杂志, 2019, 48(2): 186-188, 216.
- (8) 李海波. 中医正骨配合手术治疗踝关节骨折临床分析 (J). 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(6): 47-49.
- (9) 陈建斌. 踝关节骨折患者接受中医正骨配合手术治疗的临床价值 (J). 系统医学, 2019, 4(21): 67-69.
- (10) 刘宝林, 张阳. 运动干预对功能性踝关节不稳者康复治疗的研究进展 (J). 中国康复医学杂志, 2020, 35(6): 758-763.
- (11) 张克昌. 中医正骨联合切开复位内固定对踝关节骨折患者骨折愈合和关节功能恢复的影响 (J). 医学食疗与健康, 2021, 19(13): 74-75, 77.
- (12) 巫敬文, 程科, 杨林. 中医正骨保守治疗和手术疗法治疗旋后外旋型踝关节骨折的临床观察 (J). 中国民间疗法, 2020, 28(10): 83-85.
- (13) 王钦义. 中医正骨配合外科手术治疗踝关节骨折的临床观察 (J). 中国民间疗法, 2019, 27(11): 42-44.
- (14) 陈阳, 孙金琼, 杨光旭. 中医正骨联合手术治疗踝关节骨折旋前外旋型 4 度有效性及应用优势探究 (J). 中外医疗, 2018, 37(25): 178-180.
- (15) 刘立志. 旋前外展型 III 度踝关节骨折复位内固定术与中医正骨治疗效果的临床观察 (J). 双足与保健, 2018, 27(7): 146-147.