

〔文章编号〕 1007-0893(2022)21-0070-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.21.021

# 中药冷敷结合轻柔手法复位治疗老年人 桡骨远端新鲜骨折临床效果

刘尔阳

(尤溪县中医医院, 福建 尤溪 365100)

〔摘要〕 **目的:** 分析中药冷敷结合轻柔手法复位小夹板固定治疗老年人桡骨远端新鲜骨折的临床效果。**方法:** 选取尤溪县中医医院2020年1月至2021年12月期间收治的150例老年桡骨远端骨折患者, 分为对照组和观察组, 各75例。其中对照组患者运用轻柔手法复位小夹板固定方式治疗, 观察组患者在对照组基础上运用四黄散中药冷敷, 比较两组患者治疗效果和愈合情况。**结果:** 观察组患者治疗优良率为92.00%, 高于对照组的65.33%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者愈合时间为 $(6.87 \pm 2.56)$ 周, 短于对照组的 $(8.49 \pm 3.22)$ 周, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 老年人桡骨远端骨折中药冷敷结合轻柔手法复位小夹板固定治疗可以显著提高治疗的优良率, 同时缩短恢复时间, 提高患者生活质量。

〔关键词〕 桡骨远端新鲜骨折; 手法复位; 四黄散; 小夹板固定; 老年人

〔中图分类号〕 R 683 〔文献标识码〕 B

桡骨远端骨折临床上较为多见, 桡骨远端骨折发生率占全身骨折比例中的6.7%~11%<sup>[1]</sup>, 特别是老年患者存在不同程度的骨质疏松, 骨质脆性大, 大多发生在老年群体中<sup>[2]</sup>, 大多老年患者不愿接受手术治疗, 相对于切开复位内固定的手术方式, 保守治疗费用低、避免手术和麻醉风险以及术后皮肤坏死、骨软组织感染、异物排斥等反应, 老年患者绝大多数愿意接受手法复位外固定的治疗方式<sup>[3]</sup>; 选择保守治疗亦存在暴力复位、夹板松动致骨折移位、压疮、水泡、肿痛持续时间较长、外固定物增加生活不便等不利因素, 近些年来有研究表明桡骨远端骨折在急性期首诊时, 行手法复位后, 外用中药冷敷, 能促进如上症状的改善及促进骨折愈合的功用。四黄散作为我国中医学的宝贵遗产, 在临床中运用广泛, 深受大众好评, 本研究选取尤溪县中医医院骨伤科150例老年桡骨远端新鲜骨折患者, 分析中药四黄散冷敷结合轻柔手法复位外固定在临床中的应用效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取尤溪县中医医院2020年1月至2021年12月期间收治的150例老年桡骨远端骨折患者, 分为对照组和观察组, 各75例。对照组男性33例, 女性42例; 年龄57~81岁, 平均年龄 $(63.12 \pm 5.12)$ 岁; 病程1.2~18 d, 平均病程 $(7.38 \pm 1.45)$  d; 骨折类型分布: 无移位型

5例, 伸直型骨折为43例, 屈曲型为22例, 半脱位型骨折5例; 骨折原因: 滑到摔伤所致60例, 交通事故所致9例, 其他为6例。观察组男性35例, 女性40例; 年龄60~80岁, 平均年龄 $(69.82 \pm 7.08)$ 岁; 病程1.0~19 d, 平均病程 $(7.89 \pm 1.32)$  d; 骨折类型分布: 无移位型6例, 伸直型骨折为44例, 屈曲型为21例, 半脱位型骨折4例; 骨折原因中, 滑到摔伤所致59例, 交通事故所致9例, 其他为7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 诊断标准 所有的患者均完善X线及计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查, 明确诊断。病史: 有明确外伤史, 均为新鲜骨折(受伤后3周内的骨折)。老年桡骨远端骨折多为低能量引起, 力量作用于桡骨远端, 发生桡骨近端3 cm以内骨折。常见于跌倒, 手掌部着地致伤, 或腕关节呈掌屈, 手背部着地致伤。分型, (1)无移位型: 骨折无移位, 或可为轻度嵌插骨折, 腕关节轻度肿胀, 无明显畸形, 折端有环行压痛, 纵轴挤压痛, 前臂旋转功能障碍。(2)伸直型: 远端向背侧移位, 前臂下端呈“餐叉样”畸形, 腕背侧可扪及骨折远端骨突。(3)屈曲型: 远折端向掌侧移位, 可伴下尺桡关节脱位, 腕关节掌侧可扪及骨折远端骨突, 畸形与伸直型相反。(4)半脱位型: 桡骨远端背侧或掌侧缘骨折, 合并腕关节半脱位, 腕关节肿胀, 畸形呈半脱位,

〔收稿日期〕 2022-09-12

〔作者简介〕 刘尔阳, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医骨伤。

腕横径增宽。

- 1.2.2 纳入标准 符合诊断标准：（1）外伤史；（2）局部肿胀、疼痛、手腕关节功能受限；（3）骨折远端向背侧或桡侧移位，呈“餐叉样”“刺刀状”畸形；（4）桡骨远端压痛明显，有纵轴挤压痛，触之有骨擦音。（5）经 X 线确诊；（6）知情同意本研究。

- 1.2.3 排除标准 （1）病理性骨折患者；（2）凝血功能障碍患者；（3）恶病质患者；（4）代谢性骨病患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 运用轻柔手法复位小夹板固定方式治疗。整复及固定方法：取坐位，准备好纱布压垫、绷带及小夹板。因为老年桡骨远端骨折患者的特性是低能量损伤，骨折端骨质疏松，断端有碎片，而且老年患者肌肉软组织松弛，肌力对抗小，在复位的时候，以轻柔缓慢的动作就足够，绝大多数情况下不采取麻醉，必要时可以采取臂丛麻醉、静脉全身麻醉或是血肿内麻醉等麻醉方式。具体手法如下：（1）对于桡骨远端骨折伸直型患者，由助手双手握住患者前臂近端，术者环握住患肢手掌、腕部，先行轻柔缓慢纵向拔伸牵引 20 s，骨折断端被牵开，禁止过度牵拉，根据骨折背侧移位情况，术者将食指缓慢移动到骨折近端，根据骨折是否有背侧移位畸形，以食指为支撑点，轻柔缓慢的屈曲腕关节，用拇指向下按压移位骨折块，在复位的过程中，结合侧方移位情况，用食指推挤桡骨茎突的移位，并将腕关节保持在掌屈尺偏位置，外观观察及手摸骨折断端是否平整，往往老年患者骨折断端多粉碎性骨折，要注意保持复位状态。复位完成后，配合轻柔理筋手法，观察患肢的血运及皮肤感觉情况，取准备好的 4 块小夹板，安置压垫于桡骨远端背侧、桡骨近端掌侧及桡骨茎突处，夹板的上端应该覆盖前臂中 1/3，桡背侧的夹板应该超过腕关节，三条绷带固定夹板，绷带外再捆绑绷带，防止夹板松动，固定完成后复查患肢 X 线，复位的最低影像学标准是：背倾角 < 10°，尺偏角 > 15°，桡骨缩短 < 5 mm，关节面骨折块的台阶或分离 < 2 mm，桡骨远端及尺骨大体形状正常，下尺桡关节间隙正常，无腕骨骨折脱位。若满足上述标准，即使后期畸形愈合，也不会出现明显的临床症状。根据复位情况，必要行再次复位，调整夹板、压垫。（2）针对桡骨远端骨折屈曲型患者，在纠正掌屈畸形时反向操作即可，在放置压垫时，应在其骨折远端掌侧和近端的桡背侧放置压垫，而后放置夹板，桡掌侧的夹板应该超过腕关节，余同伸直型骨折。确定复位成功后，如果骨折粉碎比较严重的情况，可夹板外行石膏托外固定<sup>[4]</sup>，加强关节稳定，颈腕带悬吊患肢于胸前；指导患者指关节活动，观察末梢血运及感觉情况。（3）骨折属于关节内骨折伴关节脱位，对于骨折的治疗原则应

是手术治疗，然而对于桡骨远端骨折半脱位型患者，在骨折复位后，X 线或 CT 观察关节面塌陷 < 2 mm 即可。

（4）对于桡骨远端骨折无移位型患者，仅予以手法复位后行中药外敷夹板固定。因老年人对上肢活动量及活动范围要求较低，通过后期的不断适应、关节磨造，到骨折后期观察，行保守治疗效果良好<sup>[5]</sup>，复位后第 3 天、1 周、4 周、8 周、12 周行 X 片复查，了解夹板是否松动、骨折是否移位、骨愈合情况，松动予以调整，指导患者进行适当的功能锻炼，早期行指间关节运动，4 周后行腕关节活动。注意调整夹板松紧度，嘱患者行掌指关节活动锻炼，观察患肢远端血运情况、感觉运动情况。

1.3.2 观察组 在对照组基础上运用中药四黄散冷敷外用，四黄散：取大黄 100 g，黄连 100 g，黄柏 100 g，黄芩 100 g。各打成细粉，过 80 目筛，取药粉 400 g 与天然蜂蜜 500 g 及凡士林 200 g 加热融合调制成糊状，冷藏于冰箱，需要用时取适量四黄散与适量祛伤消肿酊<sup>[7]</sup>调和将其外敷于患处，具体方法：取祛伤消肿酊少许，取冷藏于冰箱中的配置好的四黄散调和成糊状，平铺约宽 6 cm × 长 20 cm × 厚度 0.5 cm 纱布上（长度系腕关节周长），包绕腕关节。

1.4 评估观察

（1）X 线辅助观察：两组患者均于治疗后 4、8、12 周后摄腕关节正侧位片，了解骨折移位情况及骨折愈合情况。（2）腕关节功能评价：两组患者均于治疗 1 个月后进行评价腕关节的功能情况。优：无疼痛，活动不受限，功能无损伤，握力同对侧，掌屈或背伸减少 < 15°；良：偶尔疼痛，剧烈活动受限，功能和握力接近正常，掌屈和背伸减少 15° ~ 30°；中：经常疼痛，工作时活动轻微受限，功能及握力减弱，掌屈或背伸减少 31° ~ 50°；差：持续疼痛，正常活动受限，功能及握力明显减弱，掌屈或背伸减少 > 50°，优良率 = (优 + 良) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 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 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗优良率为 92.00%，高于对照组的 65.33%，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 = 75, n (%))

组别	优	良	中	差	优良率/%
对照组	15(20.00)	34(45.33)	8(10.67)	18(24.00)	65.33
观察组	38(50.67)	31(41.33)	4(5.33)	2(2.67)	92.00 <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

## 2.2 两组患者骨折愈合情况比较

观察组患者愈合时间为 $(6.87 \pm 2.56)$ 周, 短于对照组的 $(8.49 \pm 3.22)$ 周, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

目前国内已经进入人口老龄化社会, 就诊的病人中, 老年人占比明显提升, 老年人骨质疏松、活动量下降, 大多数老年患者并不愿意接受手术治疗, 而且患者大多有基础疾病、机体功能偏差, 耐受手术能力差, 要承受手术及麻醉风险如: 切口感染、皮肤坏死、内植物排异、疤痕增生等, 并且手术增加患者及医保费用、增加社会负担, 而手法复位和外固定方式更容易得到患者及其家属的认可; 因老年患者皮肤肌肉松弛、大多桡骨远端呈粉碎性, 在复位时不宜暴力复位,

尤溪县中医医院采取自创轻柔复位的同时, 疼痛无明显加重, 复位后, 外敷冷藏后的中药膏, 冷敷减少骨折后软组织炎症物质释放, 减轻局部肿胀; 桡骨远端骨折在我国源流, 最早是记录在《世医得效方》“手掌根出臼”, 记载骨折特点、整复方法、预后。《普济方》“手盘骨折”, 记载手法整复、小夹板固定。《伤科汇纂》将骨折分“外出”和“内出”两型、复位手法要区别对待。

《陈氏秘传》“手腕出臼”, 发明“牵抖复位法”。我国在记录历史上, 中医治疗桡骨远端骨折上已有数百年了, 总结并积累了大量的手法治疗经验; 桡骨远端新鲜骨折的表现, 是局部肿胀、疼痛、发热, 中医认为: 骨折部位骨断筋伤, 脉络受损, 血流脉外, 瘀血积于皮肉, 而导致局部肿胀、疼痛, 瘀久便可化热; 局部冷敷<sup>[8]</sup>, 以寒凝受损脉络, 予以阻止血液随受损脉络流出, 冷敷能减轻炎症物质的释放, 减轻受损骨及软组织细胞损伤, 闭塞断裂血管, 减轻局部肿胀, 避免局部压疮、水泡形成。药物予以四黄散外用以清热解毒、凉血化瘀, 其药物组成: 大黄归脾经, 脾主肌肉, 有止血、活血、祛瘀生新之功效, 臣以黄柏, 黄柏入肾经, 肾主骨生髓, 有清热解暑、消肿止痛之功效; 黄芩为佐, 入肺经, 肺主皮毛, 有清热解毒止血之效; 黄连为使, 入心脾经, 亦主肌肉, 具备清热燥湿、泻火解毒之功效, 现代研究, 黄连亦具备抑菌、抗病毒功效, 外用时内减少皮肤细菌滋生; 赋形剂以天然蜂蜜, 又具备益气补中、止痛解毒、润燥防腐及合百药的功用, 能有效增强四黄散功效, 总方以舒筋活血、凉血消肿止痛, 且外用中药呈膏状, 因夹板无法完全塑型, 膏状中药让皮肤与夹板之间更容易贴合, 骨折更加稳定, 肿胀的耐受能力更好, 更不容易形成压疮、水泡; 一般性老年人桡骨远端骨折均获到较好疗效, 如果属于较为严重粉碎性、脱位, 手法复位无法改善, 必要可采取手术治疗。虽然单纯手法复位、夹板外固定较为简单, 但是经过中药冷敷结合轻柔手法复位外固定后,

患肢疼痛、肿胀得到明显缓解, 治疗效果优异; 不过, 因外用中药需要换药, 患者需定期复诊, 需专业医师进行换药, 清理骨折部位皮肤, 增加了繁琐程度, 复查患肢X线后, 无明显骨折移位, 一般于4周后拆除外固定夹板, 4周内患者生活起居会受到一定的影响, 不过老年人疼痛耐受性较好, 配合程度较高。目前尤溪县中医医院采取轻柔手法复位桡骨远端骨折, 在复位时患者疼痛无明显加重, 易于接受。如若出现皮肤过敏, 如红斑、丘疹等, 予以去除药膏, 0.9%氯化钠注射液清洗, 必要时可使用氢化可的松乳膏外用, 再予以重新固定, 本研究所有患者, 均无明显药物过敏反应。

老年人桡骨远端骨折行手法复位固定是临床最常用方式, 但是在手法操作时过于暴力, 可能会对软组织进行二次损害, 而且骨折会存在过度复位及骨碎片移位, 同时伴随着血液供给不良、软组织肿胀、压疮等系列问题, 直接对患者的后期恢复造成不良影响, 给患者造成精神及肉体上额外创伤; 所以尤溪县中医医院采取中药冷敷、轻柔复位在临床上等到了广泛认可, 药物冷敷可以达到快速消肿止痛、促进快速骨折愈合, 而且轻柔复位能够避免二次损伤; 在治疗优良率上, 观察组患者治疗优良率为92.00%, 高于对照组的65.33%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。在平均愈合情况上, 观察组患者愈合时间为 $(6.87 \pm 2.56)$ 周, 短于对照组的 $(8.49 \pm 3.22)$ 周, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。从研究结果可知, 在临床中较为常见的老年人桡骨远端新鲜骨折, 利用四黄散中药冷敷结合轻柔手法复位小夹板固定的方法, 因取材便捷, 费用低廉, 操作简单, 基层医院的医师经过培训后, 均能较好的完成治疗, 医患获得满意度高。

## 〔参考文献〕

- (1) 汪志中, 麦彩园, 王斌, 等. 桡骨远端骨折治疗的研究进展(J). 中国现代医生, 2021, 59(30): 180-183.
- (2) 苏健, 苏培基. 保守治疗老年 Barton 骨折患者的应用(J). 医学食疗与健康, 2020, 18(16): 28-29.
- (3) 戴艳新, 刘盼, 冯声昌, 等. 手法复位小夹板固定治疗骨质疏松性桡骨远端骨折的临床观察(J). 中国民间疗法, 2021, 29(17): 56-58.
- (4) 利国添. 石膏托结合小夹板在桡骨远端骨折保守治疗中的疗效观察(J). 中国卫生标准管理, 2022, 13(12): 43-46.
- (5) 唐钟涛, 唐彬舒. 中医手法复位小夹板固定结合四黄散外敷治疗桡骨远端骨折临床观察(J). 实用中医药杂志, 2021, 37(9): 1471-1472.
- (6) 梁艳伟. 经掌侧入路锁定加压钢板固定术对老年桡骨远端骨折患者的疗效(J). 河南医学研究, 2020, 29(1): 70-72.
- (7) 郭小惠, 孙玲娟. 针刺加外敷祛风消肿酊治疗四肢骨筋膜间室综合征的效果研究(J). 中国当代医药, 2014, 21(36): 121-123, 126.
- (8) 杨良枫, 黄金友, 李小峰, 等. 冷敷在骨科应用的现状及展望(J). 护理实践与研究, 2020, 17(5): 40-42.