

[文章编号] 1007-0893(2023)23-0047-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.23.014

# 桃红四物汤合防己黄芪汤治疗气滞血瘀型胫骨平台 IV ~ VI 型骨折术前肿胀临床疗效

林 磊 郑奇帆

(晋江市中医院, 福建 晋江 362200)

**[摘要]** 目的: 观察桃红四物汤合防己黄芪汤加减治疗气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折术前肿胀的临床疗效。方法: 选取晋江市中医院 2020 年 1 月至 2022 年 12 月期间收治的气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折的 80 例患者。给予随机方式分为对照组与观察组, 各 40 例。对照组患者进行常规药物和康复训练治疗, 观察组在对照组的基础上使用桃红四物汤合防己黄芪汤加减治疗。比较两组患者临床疗效。结果: 治疗 1 周后观察组患者肿胀分级优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $Z=12.046, P < 0.05$ ); 经治疗后 3 d、5 d、7 d 观察组患者小腿肿胀周径比均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的术前准备时间较短、视觉模拟评分法 (VAS)、焦虑自评量表 (SAS) 评分较低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折患者采用桃红四物汤合防己黄芪汤加减联合治疗可促进术前肿胀的消退, 可缩短术前准备时间, 使患者的疼痛程度减轻, 改善患者的焦虑状态。

**[关键词]** 胫骨平台 IV~VI 型骨折; 气滞血瘀证; 桃红四物汤; 防己黄芪汤

**[中图分类号]** R 683.42 **[文献标识码]** B

胫骨平台的解剖结构较为复杂, 指的是胫骨向上扩大的延伸部分, 其组成是胫骨近端干骺端和关节面。引起胫骨平台骨折的原因较多, 如摔伤、车祸、高空坠落等。临床上采用创伤骨科学会骨折分类 (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, AO) 和 Schatzker 分型系统进行分型<sup>[1]</sup>, AO 分型系统较为复杂, 操作难度较大, 难以记忆, 因此, 临床上常用的是 Schatzker 分型系统。胫骨平台骨折的症状是膝关节及小腿部位出现活动障碍、疼痛、肿胀等现象, 车祸、高空坠落等可造成软组织严重的损伤, 膝关节及以下部位的肿胀情况严重, 对手术存在一定的影响。若是术前肿胀的消除时间越长, 则术前准备时间越长, 若时间在 3 周以上, 血肿会被骨折端吸收, 增加手术难度, 还会存在皮肤坏死、感染以及不稳定等情况, 影响术后康复。骨折后由于肿胀情况不能立即给予手术治疗, 骨折断端存在不稳定的情况, 需要进行长期制动, 这会使患者的心理压力和身体承受的痛苦增加。因此, 术前肿胀的消除是治疗的一个关键。本研究就气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折的 80 例患者进行术前肿胀治疗, 是在常规治疗的基础上增加桃红四物汤合防己黄芪汤加减, 详情如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取晋江市中医院 2020 年 1 月至 2022 年 12 月期间收治的气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折的 80 例患者。给予随机方式分为对照组与观察组, 各 40 例。对照组男性 25 例, 女性 15 例; 年龄 51 ~ 76 岁, 平均年龄 ( $38.16 \pm 5.29$ ) 岁; 均为单侧骨折, 其中左侧 24 例, 右侧 16 例; 骨折分型: IV 型 18 例、V 型 14 例、VI 型 8 例; 受伤至入院时间 30 min ~ 20 h, 平均 ( $5.39 \pm 1.27$ ) h。观察组男性 27 例, 女性 13 例; 年龄 53 ~ 78 岁, 平均 ( $39.02 \pm 5.33$ ) 岁; 均为单侧骨折, 其中左侧 25 例, 右侧 15 例; 骨折分型: IV 型 17 例、V 型 13 例、VI 型 10 例; 受伤至入院 40 min ~ 23 h, 平均 ( $5.45 \pm 1.24$ ) h。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。本研究经医学伦理委员会审批通过 (JZ20200131)。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1) 西医诊断符合《胫骨平台骨折诊断与治疗的专家共识》<sup>[2]</sup> 中胫骨平台 IV ~ VI 型骨折相关标准, 中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[3]</sup> 中气滞血瘀证, 通过影像学检验明确

**[收稿日期]** 2023 - 10 - 10

**[作者简介]** 林磊, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医药在骨与关节损伤中的应用。

为新鲜骨折，符合内固定手术指征；（2）对本研究知情同意；（3）无凝血功能障碍；（4）对本研究药物不存在禁忌证；（5）治疗依从性高。

1.2.2 排除标准 （1）存在心肝肾等严重疾病；（2）合并其他陈旧性骨折；（3）存在精神障碍的患者；（4）治疗配合度差以及中途退出研究的患者。

### 1.3 方法

入院后给患者进行全身性的检查，明确损伤的部位，测量小腿周径，进行血常规、血凝常规、空腹血糖、肝肾功能、心电图、影像学等检查。

1.3.1 对照组 进行常规药物和康复训练治疗，入院第1天给患者冰敷，用毛巾将冰袋包裹后放在膝关节的两侧，避免皮肤冻伤，并及时对冰袋进行更换，冰敷时间为24~48 h。静脉滴注加有20 mg七叶皂苷钠注射剂（福建省闽东力捷迅药业股份有限公司，国药准字H20056591）与500 mL 0.9%氯化钠注射液混合液，每日1次；静脉滴注250 mL甘露醇（福州海王福药制药有限公司，国药准字H35020496），每日2次，连续用药1周。口服地奥司明（马应龙药业集团股份有限公司，国药准字H20066737），每日1次，每次1 g。在伤后24 h给予皮下注射0.4 mL依诺肝素钠（南京健友生化制药股份有限公司，国药准字H20143003），每日1次，在术前12 h停用。在治疗5~7 d之后进行手术治疗，术后给予患肢抬高、足踝屈伸功能锻炼等。叮嘱患者平卧，将床尾抬高30°左右。指导患者进行足踝部位屈伸训练，并进行股四头肌等长收缩功能锻炼，每次10 min，每日4~5次。

1.3.2 观察组 在对照组基础上使用桃红四物汤合防己黄芪汤加减治疗，患者入院之后即可服用，组方：红花、桃仁各20 g，黄芪、防己各15 g，川芎、生地黄、赤芍、丹参、泽兰、当归各10 g，甘草5 g。每日1剂，水煎煮取药汁400 mL，分早晚温服，直至肿胀消除，皮肤存在褶皱情况，方可手术治疗。

### 1.4 观察指标

（1）治疗1周后评价小腿肿胀分级：0级是无肿胀，局部皮肤正常；1级是轻度肿胀，指压存在轻度的凹陷，局部皮肤存在紧张感，但是皮纹还存在；2级是明显肿胀，指压可见凹陷明显，局部皮肤紧张，无皮纹，皮肤温度较高；3级是明显肿胀，局部皮肤张力增加且发亮，无皮纹，皮肤温度升高，部分存在水疱的情况<sup>[4]</sup>。（2）测量健侧和患侧的小腿周径比，健侧结果为B，患侧结果为A，计算小腿周径肿胀比： $(A - B) / B \times 100\%$ 。对治疗前和治疗后的第3天、第5天、第7天的肿胀分级和小腿周径肿胀比进行比较。（3）比较两组患者的术前准备时间，指的是入院至手术当天的时间之差，具备手术的标准是肿胀分级 $\leq 1$ 级<sup>[4]</sup>。（4）采用视觉模拟评分法

（visual analogue scale, VAS）评估患者术前的疼痛程度，从0~10分表示疼痛程度逐渐增加。采用焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）评估患者术前的焦虑情绪，评分和情绪状态之间为反比关系<sup>[5]</sup>。（5）疗效评价标准，治疗1周后患者的肿胀、疼痛等情况显著改善，可正常进行手术治疗为显效，治疗1周后患者的肿胀、疼痛等情况有所缓解，需要延长治疗时间才可进行手术治疗为好转，没有达到以上治疗标准为无效，总有效率 =  $(\text{显效} + \text{好转}) / \text{总例数} \times 100\%$ <sup>[6]</sup>。

### 1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0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，采用秩和或 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后肿胀分级比较

治疗前两组患者的肿胀分级比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗1周后观察组患者肿胀分级优于对照组，差异具有统计学意义（ $Z = 12.046, P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者治疗前后肿胀分级比较（ $n = 40$ ，例）

组别	时间	0级	1级	2级	3级
对照组	治疗前	0	0	25	15
	治疗1周后	10	17	11	2
观察组	治疗前	0	0	27	13
	治疗1周后	12	19	9	0

### 2.2 两组患者不同时期小腿肿胀周径比比较

治疗后两组患者的小腿周径肿胀比明显减少，且经治疗后3 d、5 d、7 d观察组患者小腿肿胀周径比均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者不同时期小腿肿胀周径比比较

（ $n = 40, \bar{x} \pm s, \%$ ）

组别	治疗前	治疗后第3天	治疗后第5天	治疗后第7天
对照组	4.86 ± 0.51	5.96 ± 0.52	4.09 ± 0.52	3.72 ± 0.52
观察组	4.94 ± 0.45	3.97 ± 0.60 <sup>a</sup>	2.10 ± 0.59 <sup>a</sup>	1.72 ± 0.60 <sup>a</sup>

注：与对照组同时段比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者术前情况比较

观察组患者的术前准备时间较短、VAS、SAS评分较低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者术前情况比较（ $n = 40, \bar{x} \pm s$ ）

组别	术前准备时间/d	VAS评分/分	SAS评分/分
对照组	6.55 ± 0.93	3.72 ± 0.16	39.67 ± 11.05
观察组	2.15 ± 0.82 <sup>b</sup>	1.02 ± 0.05 <sup>b</sup>	23.59 ± 10.24 <sup>b</sup>

注：VAS—视觉模拟评分法；SAS—焦虑自评量表。与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗 1 周后的临床疗效比较

观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗 1 周后的临床疗效比较 [ $n = 40, n(\%)$ ]

组别	显效	好转	无效	总有效
对照组	18(45.00)	13(32.50)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	22(55.00)	17(42.50)	1(2.50)	39(97.50) <sup>e</sup>

注：与对照组比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

胫骨平台骨折在临床上较为常见，术前常会存在肿胀的情况，导致患者不能立即进行手术治疗，肿胀主要是因为毛细血管压力的升高、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、血浆胶体渗透压降低、淋巴回流阻碍以及创伤后长时间制动等造成的<sup>[7]</sup>。西医方面给予药物治疗（七叶皂苷钠、地奥司明、甘露醇等）、冰敷、将患肢抬高、脉冲式加压冷疗、高压氧治疗、膝关节功能训练等，以缓解患者的肿胀情况<sup>[8]</sup>，但是需要的时间较长，不利于患者骨折端的治疗，不利于术后的康复。中医学上认为肿胀和津液、血液之间存在关系，津液输布失常和局部血液瘀滞的情况可引起肿胀的发生，可由外力因素引起，存在脉络破裂，进而引起血液溢出脉络，在皮肉筋骨内长时间滞留，不通则痛，不行则肿，肉眼可见的症状是青紫瘀斑。临床治疗原则是行气止痛和活血化瘀<sup>[9]</sup>。中医采用中医辨证论治的方式，对气滞血瘀型胫骨平台骨折的患者进行治疗，主要选择的是汤剂，包括桃红四物汤合防己黄芪汤加减，处方中的当归属于血中圣药，可养血活血和通经活络，桃仁可将滞血疏通排泄，同时促进新血的产生，可达到祛瘀除血热的效果<sup>[10]</sup>，红花的作用主要是活血散瘀、通经止痛，以上药物联合作用可提高化瘀行血的效果，生地黄主要是凉血和止血，泽兰的功效是活血化瘀和利水消肿，联合黄芪和防己可达到利水的功效。其中君药是红花和桃仁，有破血化瘀的作用，臣药是黄芪和防己，主要是利水消肿的效果，佐药是当归、生地黄、川芎和赤芍，可提高活血化瘀的效果，丹参和泽兰，对利水消肿和活血的作用进行增强，使药是甘草，可对诸药进行调和<sup>[11]</sup>。

本研究结果显示，治疗 1 周后观察组患者肿胀分级优于对照组，差异具有统计学意义 ( $Z = 12.046, P < 0.05$ )。治疗后两组患者的小腿周径肿胀比明显减少，且经治疗后 3 d、5 d、7 d 观察组患者小腿肿胀周径比均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者的术前准备时间较短、VAS、SAS 评分较低，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。证明气滞血瘀证胫骨平台 IV ~ VI 型骨折的患者采用桃红四物汤合防己黄芪

汤加减治疗可改善患者的肿胀情况，减轻患者的疼痛感，使患者的心情逐渐放松，进而缩短肿胀的消除时间，有利于患者的手术治疗和术后的关节功能恢复<sup>[12-14]</sup>。究其原因桃红四物汤和防己黄芪汤加减治疗可减轻患者的病症，服用后可直接作用在肿胀部位，对患者肿胀的消除效果显著，使患者的疼痛感减轻，从而改善了患者不能立即进行手术所产生的焦虑情绪，使其积极接受治疗，促进肿胀及早进行消除，进而及早进行手术治疗<sup>[15]</sup>。

综上所述，气滞血瘀证胫骨平台 IV~VI 型骨折患者采用桃红四物汤合防己黄芪汤加减治疗可促进术前肿胀的消退，可缩短术前准备时间，使患者的疼痛程度减轻，改善患者的焦虑状态。

### [参考文献]

- [1] 王俊楠, 庞瑞明, 张柱基, 等. 桃红四物汤辅助治疗胫骨平台骨折术后的疗效及对骨代谢指标的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (1): 96-99.
- [2] 中华创伤骨科杂志编辑委员会. 胫骨平台骨折诊断与治疗的专家共识 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2015, 17 (1): 3-7.
- [3] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 234-290.
- [4] 祝勇刚, 张大伟, 赵广跃, 等. 有限内固定和外固定架术联合桃红四物汤促进胫骨平台骨折愈合的影像学及生化指标评估 [J]. 海南医学院学报, 2016, 22 (15): 1680-1683.
- [5] 罗为民, 罗军. 桃红四物汤联合闭合复位内固定术治疗胫骨骨折 35 例 [J]. 河南中医, 2021, 41 (12): 1886-1889.
- [6] 温建强, 许勇鹏, 赖少勇, 等. 加味桃红四物汤结合有限内固定及外固定架术治疗胫骨平台骨折的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33 (1): 19-22.
- [7] 张春阳, 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.
- [8] 林茂基, 黄美瑞, 王石花. 胫骨平台骨折术后配合中药在早期功能康复的作用 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2015, 30 (12): 1327-1328.
- [9] 杨威, 敖传西, 华贤章. 加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术前肢体肿胀的临床观察 [J]. 河北中医, 2018, 40 (2): 220-222, 226.
- [10] 崔德永. 桃红四物汤对胫骨骨折髓内钉内固定术后下肢深静脉血栓及疼痛介质的影响 [J]. 浙江中医杂志, 2020, 55 (1): 9-10.
- [11] 赵文星. 桃红四物汤加减联合微创经皮钢板内固定术治疗胫骨骨折的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2020, 28 (14): 81-83.
- [12] 杨广营, 韩生波, 杨柯, 等. 益气活血通脉汤对胫骨骨折患者术后凝血指标及 DVT 发生率的影响 [J]. 黑龙江医



药科学, 2021, 44 (3): 13-15.

[13] 朱建波. 骨搬移术联合强肾健骨汤治疗胫骨骨折后感染性骨不连临床观察 [J]. 中国伤残医学, 2020, 28 (11): 56-58.

[14] 张登, 龙毅. 骨搬移术联合强肾健骨汤治疗胫骨骨折后感

染性骨不连的效果对照研究与分析 [J]. 母婴世界, 2020, 30 (29): 66.

[15] 姚琦, 姜泳, 夏坤阳. 续筋接骨汤联合骨折断端间注射富血小板血浆对胫骨骨折术后不愈合及骨痂评分的影响 [J]. 当代医学, 2019, 25 (19): 92-94.

[文章编号] 1007-0893(2023)23-0050-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.23.015

## 清热凉血安宫汤联合温针灸治疗 产后恶露不绝患者的临床疗效

郑旭滨<sup>1</sup> 林绍华<sup>1</sup> 郑旭春<sup>2</sup>

(1. 漳州市第二中医院, 福建 漳州 363000; 2. 漳州市开发区医院, 福建 漳州 363000)

**[摘要]** 目的: 观察清热凉血安宫汤联合温针灸治疗产后恶露不绝患者的临床疗效。方法: 选取2021年6月至2023年6月于漳州市第二中医院诊治的70例产后恶露不绝患者为研究对象, 采用RandA1.0软件随机分组方式分为对照组与观察组, 各35例。对照组患者予以温针灸治疗, 观察组患者予以清热凉血安宫汤联合温针灸治疗。比较两组患者临床疗效、安全性、恶露持续时间、子宫三径线之和、宫底平均下降速度及治疗前后中医证候积分、血液流变学、炎症反应(C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8)、氧化应激指标。结果: 观察组患者总有效率为91.43%, 高于对照组的71.43%; 治疗后观察组患者中医证候积分(主症积分、次症积分)低于对照组; 治疗后观察组患者子宫三径线之和低于对照组; 治疗后观察组患者宫底平均下降速度高于对照组, 恶露持续时间短于对照组; 治疗后观察组患者全血高切黏度(HS)、全血低切黏度(LS)、血浆黏度(PV)、红细胞聚集指数(EAI)低于对照组; 治疗后观察组患者血清C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8水平低于对照组; 治疗后观察组患者血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)水平高于对照组, 血清脂质过氧化物(LPO)水平低于对照组, 上述差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 清热凉血安宫汤联合温针灸治疗产后恶露不绝的疗效确切, 可改善患者临床症状、血液流变学指标, 促使子宫复旧, 抑制炎症-氧化应激反应, 且具有一定安全性。

**[关键词]** 产后恶露不绝; 清热凉血安宫汤; 温针灸

**[中图分类号]** R 714.65 **[文献标识码]** B

产后恶露不绝是指产妇产后血性恶露持续时间超过10 d且恶露量、颜色等存在不同程度改变, 临床表现为产妇神疲乏力、下腹部胀痛<sup>[1]</sup>。临床常采用药物、手术治疗产后恶露不绝, 但治疗效果欠佳。中医学理论认为产后恶露不绝多为血热、气虚, 气血亏虚或气血不畅, 则脏腑经络失养; 旧血不去、新血不得归经, 而引发恶露不绝; 气虚则无力行血, 瘀血不去则虚热迫血妄行。温针灸可针刺穴位, 增强药物热力渗透作用, 依据辨证取穴, 具有培补元气、温经通络、活血化瘀之效, 并可促进宫内残留组织排出<sup>[2]</sup>。清热凉血安宫汤具有益气健脾、养阴生津、清热凉血、行气活血之效, 可用于治疗

产后诸症<sup>[3]</sup>。但鲜有研究报道关注清热凉血安宫汤联合温针灸对产后恶露不绝的影响, 因此, 本研究主要探讨其联合治疗在产后恶露不绝患者中的应用价值。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2021年6月至2023年6月于漳州市第二中医院诊治的70例产后恶露不绝患者为研究对象, 采用RandA1.0软件随机分组方式分为对照组与观察组, 各35例。对照组年龄28~35岁, 平均(31.65±1.39)岁; 孕周37~40周, 平均(38.64±0.44)周; 体质指数

[收稿日期] 2023-10-24

[作者简介] 郑旭滨, 女, 副主任医师, 主要研究方向是妇产科学。