

[文章编号] 1007-0893(2024)08-0044-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.08.012

血府逐瘀汤联合髋关节置换术治疗 移位型股骨颈骨折的临床疗效

吴建明 刘忠国 陈青植

(厦门市第三医院, 福建 厦门 361100)

[摘要] 目的: 分析血府逐瘀汤联合髋关节置换术治疗移位型股骨颈骨折的临床疗效。方法: 研究纳入 2022 年 7 月至 2023 年 11 月厦门市第三医院住院部收治的移位型股骨颈骨折患者 66 例为对象, 数字抽签分组为对照组 (33 例) 与观察组 (33 例)。分别采用髋关节置换术联合低分子量肝素、髋关节置换术联合低分子量肝素+血府逐瘀汤治疗, 连续治疗 2 周, 比较两组患者 Harris 髋关节评分、中医证候积分、凝血指标 [活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT)] 及并发症发生率。结果: 治疗 2 周后、术后 1 个月随访两组患者 Harris 髋关节评分均有较治疗前提高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但两组患者组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组患者中医证候积分较治疗前下降, 且治疗后观察组患者中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术前、术后 7 d 两组患者 PT、APTT 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者术后 14 d PT、APTT 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 血府逐瘀汤联合髋关节置换术能更好地改善移位型股骨颈骨折患者症状及凝血指标, 降低下肢深静脉血栓等并发症发生率, 综合疗效显著。

[关键词] 移位型股骨颈骨折; 血府逐瘀汤; 髋关节置换术**[中图分类号]** R 683.42 **[文献标识码]** B

股骨颈骨折是临床常见发生于股骨颈基底部的骨折类型, 是我国老年群体最常见骨折之一, 据相关研究统计发现, 股骨颈骨折占成人全身骨折 3.6%, 多与骨质疏松导致的骨质量下降等因素有关^[1-2]。移位型股骨颈骨折是股骨颈骨折中常见类型, 临床复位治疗难度大, 且对治疗技术及方法的要求较高, 是股骨颈骨折中重点关注类型之一^[3]。髋关节置换术是临床用于移位型股骨颈骨折治疗的主要手段, 但术后患者长期制动增加下肢静脉血栓及压疮等并发症发生率, 既往通常采用低分子量肝素实施抗凝治疗, 长期用药增加患者出血等不良反应发生风险^[4]。中医学认为, 股骨颈骨折属于“骨痹”范畴, 临床治疗施以活血化瘀为主。血府逐瘀汤主要由桃仁、生地黄、红花等药材组成, 有活血化瘀、通络止痛之效^[5]。目前, 血府逐瘀汤在骨折患者治疗中取得了显著疗效, 但有关血府逐瘀汤联合髋关节置换术在移位型股骨颈骨折患者治疗中应用价值研究较少, 难以为临床疾病治疗提供丰富理论支撑。为此, 研究以 2022 年 7 月至 2023 年 11 月厦门市第三医院住院部收治的移位型股骨颈骨折患者 66 例为对象, 旨在分析血府逐瘀汤联合髋关节置换术临床治疗的价值, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究纳入 2022 年 7 月至 2023 年 11 月厦门市第三医院住院部收治的移位型股骨颈骨折患者 66 例为对象, 数字抽签分组为对照组 (33 例) 与观察组 (33 例)。对照组男性 20 例, 女性 13 例; 年龄 60~81 岁, 均值 (67.93 ± 2.07) 岁; Garden 分型: III 型 11 例, IV 型 22 例; 体质指数 (body mass index, BMI) 23.09~29.07 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, 均值 (26.61 ± 0.80) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$; 左侧 16 例, 右侧 17 例; 骨折原因: 交通事故 19 例, 跌倒 10 例, 其他 4 例。观察组男性 18 例, 女性 15 例; 年龄 60~80 岁, 均值 (67.61 ± 2.10) 岁; Garden 分型: III 型 14 例, IV 型 19 例; BMI 22.93~28.39 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, 均值 (26.06 ± 0.61) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$; 左侧 19 例, 右侧 14 例; 骨折原因: 交通事故 17 例, 跌倒 11 例, 其他 5 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。研究获得医院医学伦理委员会批准 (2022-030)。

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 对本研究知情同意; (2) 符合《骨折与关节损伤》^[6] 相关标准; (3) Garden 分型

[收稿日期] 2024-02-13**[作者简介]** 吴建明, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合骨科学。

III ~ IV 型^[7]；(4) 老年群体，年龄 ≥ 60 岁；(5) 认知、表达等能力健全；(6) 符合研究治疗适应症；(7) 接受随访。

1.2.2 排除标准 (1) 合并严重凝血功能障碍或脏器器质性病变；(2) 严重全身性感染；(3) 病理性骨折；(4) 严重心脑血管疾病；(5) 近期服用抗凝药物；(6) 既往血栓病史；(7) 中途退出；(8) 依从性较差。

1.3 方法

术前完善患者三维重建以及实验室等各项指标检查，确认患者股骨颈骨折位置以及骨折情况，做好相关标记及术前准备工作。

1.3.1 对照组 实施髋关节置换术联合低分子量肝素治疗。指导并协助患者保持健侧卧位，麻醉方式选择常规全身麻醉，后侧切口入路切开关节囊，充分暴露股骨颈骨折端，清除髋臼内软组织，于髋臼处作固定孔，固定髋臼帽，髋关节固定采用骨水泥进行，保持髋关节前倾 15°，向外倾斜 45° 的位置将髋臼假体安置其中，确认髋关节稳定后放入引流管，后逐层缝合手术切口。术后：24 h 内密切关注患者生命体征指标，取患者髋关节外展位，术后结合患者实际，通过药敏试验，给予患者青霉素类或头孢类等抗感染治疗，及低分子肝素钠注射液（齐鲁制药，国药准字 H2003042）5000 IU 皮下注射治疗，1 次 · d⁻¹，连续治疗 2 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予血府逐瘀汤，组方：桃仁 15 g，红花、当归、生地黄、牛膝各 10 g，川芎、桔梗、枳壳、赤芍、甘草各 5 g。1 剂 · d⁻¹，水煎煮取药汁 200 mL，分早晚服用，连续用药 2 周。

1.4 观察指标

(1) 治疗前、治疗 2 周后及术后 1 个月随访，采用 Harris 髋关节评分^[8]评估患者髋关节活动能力，量表包括疼痛、行走、关节活动度、功能 4 个维度，总分 100 分，总分 < 70 分表示差，分数越高提示患者髋关节功能越好。(2) 治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[9]评估患者疼痛、肿胀、便秘等中医证候评分，按照病情严重程度划分为无、轻、中、重，评分 0 ~ 3 分。

(3) 术前、术后 7 d、术后 14 d 采集患者清晨静脉血 5 mL，常规离心分离血浆（转速 3000 r · min⁻¹，时间 9 min，半径 8 cm），采用德国 BE 公司生产凝血仪测量患者凝血酶原时间（prothrombin time, PT）、活化部分凝血活酶时间（activated partial thromboplastin time, APTT）表达水平。(4) 并发症发生率。比较下肢深静脉血栓、切口感染、胃肠道反应等并发症发生率。

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 两组患者治疗前后 Harris 髋关节评分比较

治疗 2 周后、术后 1 个月随访两组患者 Harris 髋关节评分均有较治疗前提高，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，但两组患者组间比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 Harris 髋关节评分比较

(*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 2 周后	术后 1 个月随访
对照组	56.51 ± 6.71	80.27 ± 4.14 ^a	85.00 ± 1.93 ^a
观察组	57.55 ± 5.76	81.11 ± 3.06 ^a	85.16 ± 2.27 ^a

注：与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者中医证候积分较治疗前下降，且治疗后观察组患者中医证候积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	疼痛	肿胀	便秘
对照组	治疗前	2.49 ± 0.31	2.51 ± 0.13	2.51 ± 0.15
	治疗后	1.42 ± 0.23 ^b	1.33 ± 0.27 ^b	1.39 ± 0.37 ^b
观察组	治疗前	2.32 ± 0.23	2.63 ± 0.17	2.61 ± 0.17
	治疗后	0.37 ± 0.07 ^{bc}	0.41 ± 0.10 ^{bc}	0.51 ± 0.12 ^{bc}

注：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。

2.3 两组患者手术前后凝血指标比较

术前、术后 7 d 两组患者 PT、APTT 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；观察组患者术后 14 d PT、APTT 短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者手术前后凝血指标比较 (*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, s)

组别	时间	APTT	PT
对照组	术前	26.63 ± 1.86	12.62 ± 1.10
	术后 7 d	51.61 ± 3.16	26.85 ± 1.27
	术后 14 d	34.61 ± 1.60	17.16 ± 1.93
观察组	术前	26.96 ± 1.93	12.93 ± 1.02
	术后 7 d	52.92 ± 3.31	25.02 ± 0.93
	术后 14 d	30.61 ± 2.60 ^d	13.11 ± 0.83 ^d

注：APTT—活化部分凝血活酶时间；PT—凝血酶原时间。与对照组术后 14 d 比较，^d*P* < 0.05。

2.4 两组患者并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率比较 [*n* = 33, *n*(%)]

组别	下肢深静脉血栓	切口感染	胃肠道反应	总发生
对照组	1(3.03)	1(3.03)	4(12.12)	6(18.18)
观察组	0(0.00)	0(0.00)	1(3.03)	1(3.03) ^e

注：与对照组比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

移位型股骨颈骨折是临床股骨颈骨折中常见类型,占髌部骨折 51%^[10]。近年来相关研究统计发现,随着我国人口老龄化趋势的不断发展,国内股骨颈骨折发病率显著升高,逐渐成为临床严重威胁老年群体生命健康的疾病类型^[11]。中医学认为,股骨颈骨折的发生主要由肝肾亏虚、精血不足所致,骨髓不能充养则导致生骨无力。伤后卧床伤气,局部气血运行受阻,则加重瘀血阻滞,从而加重患者患肢肿胀以及疼痛等症状,故治以活血、祛瘀能显著改善患者症状,促进患者良好预后。

本研究结果发现,采用血府逐瘀汤联合髌关节置换术后等不同治疗方式治疗,治疗 2 周后、术后 1 个月随访两组患者 Harris 髌关节评分均有较治疗前提高,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),但两组患者组间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。提示改善移位型股骨颈骨折患者的髌关节功能能通过髌关节置换术得以实现。原因分析,髌关节置换术通过植入假体并利用骨水泥固定于正常骨质上,能取代骨折的髌关节,恢复髌关节正常功能,实现患者术后早期下床活动,且术后恢复快,能改善患者髌关节功能。郭书权等^[12]研究指出,髌关节置换术的应用能促使患者髌关节功能得到恢复,且缩短术后恢复时间。此外,本研究结果发现,观察组患者治疗后中医证候积分及并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);提示血府逐瘀汤联合髌关节置换术能进一步促进移位型股骨颈骨折患者症状改善,降低患者术后下肢静脉血栓等并发症发生率。究其原因,血府逐瘀汤中桃仁、红花、川芎活血化瘀、通络止痛,当归补血活血,生地黄养阴生津,牛膝逐瘀通经,枳壳理气宽中,赤芍散瘀止痛,甘草综合诸药药性,血府逐瘀汤起活血化瘀、通络止痛之效。韩建军等^[13]指出,血府逐瘀汤显著降低患者肿胀以及疼痛等症状,同本研究中结果一致。凝血指标是临床用于血栓性疾病检查的常规检测方式,通过检测机体 PT、APTT 等凝血指标,能及时有效地反馈机体凝血状态,为实现疾病治疗及良好预后提供科学数据支撑。本研究中结果显示,治疗后观察组患者 PT、APTT 低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示血府逐瘀汤能更好地改善股骨颈骨折患者机体高凝状态,改善患者凝血指标。究其原因,血府逐瘀汤中,桃仁有抗凝及降低血液黏稠度等药理作用,能改善血流阻滞与血行障碍^[14]。牛膝中三萜皂苷可降低血黏度,发挥较好的抗凝血及抗炎等药理作用;现代药理学研究明确,当归、赤芍水提液及赤芍苷等对血小板聚集具有明显抑制作用,可减少血栓的形成^[15]。血府逐瘀汤能显著抑制血小板凝集,提高毛细血管的通透性,改善血液循环及凝血指标,从而降低下肢深静脉

血栓等并发症的发生。最后,本研究中结果证实,观察组患者并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这主要与血府逐瘀汤能显著抑制机体血小板凝集,用药对机体代谢影响作用更小等因素有关。临床在对移位型股骨颈骨折患者治疗中,血府逐瘀汤联合髌关节置换术能更好地促进患者的预后,降低并发症发生率,且长时间血府逐瘀汤用药安全性高于低分子量肝素。

综上所述,血府逐瘀汤联合髌关节置换术能更好地改善移位型股骨颈骨折患者症状及凝血指标,降低下肢深静脉血栓等并发症发生率,综合疗效显著。但本研究中存在研究数量较少以及研究随访时间较短等不足,可能对研究结果的科学性产生一定的影响,为此,后期也将不断丰富研究内容,扩大样本数量,不断为临床移位型股骨颈骨折患者治疗提供综合性应用价值更高的理论支撑。

[参考文献]

- [1] 李佳,刘勃,董天华,等. 2010-2011 年我国西南地区 11 所医院 60 岁以上股骨颈骨折患者的流行病学特征分析 [J]. 中华老年骨科与康复电子杂志, 2017, 3 (2): 116-119.
- [2] 张改,陈玉梅,李淑芳,等. 5117 例股骨颈骨折患者流行病学调查分析 [J]. 天津护理, 2021, 29 (5): 505-508.
- [3] 熊军委,瞿岱彪,施剑明,等. 人工全髌关节置换术与空心钉内固定术在老年移位型股骨颈骨折患者中的应用效果比较 [J]. 中国当代医药, 2023, 30 (29): 75-78.
- [4] FORTIER L M, ROCKOV Z A, CHEN A F, et al. Activity recommendations after total hip and total knee arthroplasty [J]. J Bone Joint Surg Am, 2021, 103 (5): 446-455.
- [5] 郑新新,邵素芬,谢阿群. 血府逐瘀汤加减对老年股骨颈骨折全髌关节置换术后疼痛、肿胀及深静脉血栓形成的影响 [J]. 中国中医药科技, 2024, 31 (1): 113-116.
- [6] 董福慧. 骨折与关节损伤 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 99-101.
- [7] 杜长岭,石辉,王建明,等. 股骨颈骨折空间移位的三维重建研究及改良 Garden 分型的提出 [J]. 滨州医学院学报, 2018, 41 (3): 49-55.
- [8] ENSEKI K, HARRIS-HAYES M, WHITE D M, et al. Non-arthritis Hip Joint Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association [J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2014, 44 (6): A1-32.
- [9] 郑筱萸. 中医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: 57-58.
- [10] 张健,蒋协远,黄晓文. 1139 例老年髌部骨折治疗及流行病学分析 [J]. 中国医刊, 2020, 51 (6): 91-94.
- [11] 赵海涛,陈伟,王娟,等. 2010 年至 2011 年河北省多中心

- 成人股骨颈骨折的流行病学研究 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2015, 17 (2): 151-155.
- [12] 郭书权, 文华林. 髋关节置换术治疗老年移位型股骨颈骨折的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (26): 74-76.
- [13] 韩建军, 陈书本. 血府逐瘀汤对股骨颈骨折患者血清 IGF-1、VEGF、BMP-2 水平及预后的影响 [J]. 光明中医, 2022, 37 (2): 276-278.
- [14] 刘湘, 刘效敏, 亓雪, 等. 基于网络药理学的大黄-桃仁药对治疗深静脉血栓形成机制研究 [J]. 北京中医药, 2021, 40 (2): 189-194.
- [15] 蔡金涛, 李华刚. 川芎-赤芍治疗下肢动脉硬化闭塞症的网络药理学机制 [J]. 中医药临床杂志, 2023, 35 (2): 288-293.

[文章编号] 1007-0893(2024)08-0047-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.08.013

腕踝针联合塞来昔布治疗腰椎术后腰背残余痛患者的临床疗效

蒋 腾 魏 帅

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] 目的: 探讨腕踝针对腰椎术后腰背残余痛患者血清疼痛介质水平及腰椎功能的影响。方法: 采用随机数字表法将 2020 年 6 月至 2022 年 6 月于南阳市中心医院行腰椎手术的患者 80 例分为两组, 各 40 例。对照组患者采用塞来昔布治疗, 观察组患者采用腕踝针联合塞来昔布治疗, 两组患者均治疗 7 d。比较两组患者的疼痛程度、血清疼痛介质水平、应激激素水平、腰椎功能及并发症。结果: 观察组患者术后 1、2、3、7 d 视觉模拟评分法 (VAS) 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后 1 d、2 d、3 d、7 d P 物质 (SP)、前列腺素 E2 (PGE2) 水平先升高后降低, 但观察组患者均低于对照组, β 内啡肽 (β -EP) 水平先降低后升高, 但观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后 1 d、2 d、3 d、7 d 去甲肾上腺素 (NE)、皮质醇 (Cor) 水平先升高后降低, 但观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后 7 d 日本骨科协会评估治疗分数 (JOA) 评分高于术前, 且观察组患者术后高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 腕踝针可减轻腰椎术后腰背残余痛患者疼痛, 降低其血清疼痛介质水平, 削弱其应激反应, 改善其腰椎功能。

[关键词] 腰椎术后腰背残余痛; 腕踝针; 塞来昔布

[中图分类号] R 441.1 **[文献标识码]** B

近年来, 腰椎疾病如腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症等发病率呈逐年上升趋势, 并呈低龄化趋势。腰椎疾病以腰痛、腰背活动受限、下肢疼痛、肢体麻木等症状为主要表现, 症状较轻者可通过保守方法治疗, 而对于症状严重者则需要采用手术治疗以解除病痛^[1]。然而腰椎天然解剖位置较深, 术中会大量剥离周围的肌肉、软组织, 对机体造成不可逆的医源性损害^[2]。当前关于腰椎术后腰背残余痛的报道较多, 对此临床多采用非甾体抗炎药止痛, 但会带来诸多并发症, 不利于患者术后康复^[3-4]。研究证实^[5], 针刺具有较好的止痛效果, 并被

广泛运用到临床上。腕踝针是针刺的一种, 是在腕部或踝部特定部位针刺的一种方法。为此, 本研究从血清疼痛介质水平、腰椎功能等角度探讨腕踝针对腰椎术后腰背残余痛患者的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法将 2020 年 6 月至 2022 年 6 月于南阳市中心医院行腰椎手术的患者 80 例分为两组, 各 40 例。对照组男性 22 例, 女性 18 例; 年龄 20~60 岁,

[收稿日期] 2024-02-11

[作者简介] 蒋腾, 男, 住院医师, 主要研究方向是针灸学。