

● 中医伤科 ●

引用:张安,朱磊,徐寰,江树连. 自拟健骨化瘀汤联合超肩关节夹板治疗 Neer I 型肱骨近端骨折 21 例[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(11): 60-62.

自拟健骨化瘀汤联合超肩关节夹板治疗 Neer I 型肱骨近端骨折 21 例

张安,朱磊,徐寰,江树连
(安徽中医药大学,安徽 合肥,230038)

[摘要] 目的:观察自拟健骨化瘀汤联合超肩关节夹板治疗 Neer I 型肱骨近端骨折的临床疗效。方法:将 42 例 Neer I 型肱骨近端骨折患者随机分为治疗组和对照组,每组各 21 例。对照组予以超肩关节夹板外固定和常规消肿止痛治疗,治疗组在对照组基础上予以健骨化瘀汤口服治疗,持续 4 周。观察 2 组骨折愈合时间、疼痛视觉模拟量表(VAS)评分以及 Neer 肩关节功能评分。结果:治疗组骨折愈合时间短于对照组($P < 0.05$);2 组疼痛 VAS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组 Neer 评分治疗前与治疗 2、4 周比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且 2 组治疗后 2、4 周组间比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。结论:健骨化瘀汤联合超肩关节夹板固定治疗 Neer I 型肱骨近端骨折较单用夹板固定骨折愈合更快,肩关节功能恢复更好。

[关键词] 肱骨近端骨折;Neer I 型;中医药疗法;健骨化瘀汤;超肩关节夹板

[中图分类号] R274.917 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.11.014

肱骨近端骨折是临床上较为多见的一种骨折,占全身其他部位骨折类型的 4%~10%,多见于女性,在年龄 > 60 岁的老年人群中发生率约为 78.8%^[1]。Neer 分型是肱骨近端骨折的常用分类方式,这种分类方式将肱骨近端的生理解剖结构分成肱骨头、大结节、小结节以及肱骨干 4 个部位,根据各部位的移位程度又将其分为 6 种不同的分类,每种分类对应着不同的骨折表现。其中 Neer I 型肱骨近端骨折是指无论是一处还是多处骨折,其骨折都不存在移位的类型,也称为一部分骨折^[2]。临床上对于 Neer I 型肱骨近端骨折多采取保守治疗,其方法包括夹板固定、石膏外固定、牵引支架、三角巾悬吊等^[3]。近年来,随着科技的发展,中医药已经成为一种重要的治疗手段,特别是针对骨折的治疗,它能够显著地减轻患者症状,加快伤口恢复,改善患者生活质量。本研究组采用健骨化瘀汤联合超肩关节夹板治疗 Neer I 型肱

骨近端骨折的住院及门诊患者,临床疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2021 年 11 月至 2022 年 10 月于安徽中医药大学第一附属医院肱骨近端骨折的门诊及住院患者共 42 例,采用随机数字表法将其分为 2 组,每组各 21 例。治疗组中,男 9 例,女 12 例;年龄 55~66 岁,平均(60.28±3.28)岁。对照组中,男 10 例,女 11 例;年龄 55~68 岁,平均(60.95±3.55)岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 1) 患者存在外伤史;2) 查体患肢肩部肿痛明显,局部有或无瘀点瘀斑;3) 影像学检查明确诊断为“肱骨近端骨折”,且分型属于 Neer I 型骨折^[4]。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效

第一作者:张安,男,2021 级硕士研究生,研究方向:中医骨伤学

通信作者:江树连,男,硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医骨伤学,E-mail:jiangshulian@aliyun.com

标准》^[5]中气滞血瘀证的诊断标准。面色不华或可见晦暗,气机不畅,表现出瘀点或瘀斑,舌质紫暗、苔薄白,脉沉涩或弦涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)骨折为闭合性骨折,可使用超肩关节夹板固定。

1.4 排除标准 1)骨折属于 Neer I 型之外的分型;2)患肢存在神经、重要血管损伤者;3)中药汤剂不能耐受,或不能配合完成治疗者;4)患者合并有感染性疾病或中度及以上骨质疏松;5)有精神疾病史;6)有重要器官严重损害。

2 治疗方法

2.1 对照组 使用超肩关节夹板外固定治疗,并将患肢屈曲 90°悬吊,予以消肿止痛等常规治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用健骨化痰汤加减治疗。处方:补骨脂 12 g,续断 12 g,骨碎补 12 g,熟地黄 12 g,白芍 12 g,丹参 15 g,延胡索 10 g,姜黄 9 g,桃仁 9 g,红花 6 g,当归 10 g,炙甘草 6 g。辨证加减:若患肢局部肿胀严重,加木通 10 g,泽泻 12 g;若患者自觉疼痛较重,延胡索加量至 12 g;气血虚弱者,加生姜 6 g、大枣 5 g;若患者合并存在轻度骨质疏松,加牛膝、杜仲各 10 g。每天 1 剂,水煎,分 2 次温服。

2 组疗程均为 4 周,对于常规消肿止痛治疗则在治疗 2 周后停止。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)比较 2 组患者的骨折愈合时间;2)于治疗前后采用疼痛视觉模拟量表(VAS)评分评价患者主观疼痛,该评分使用 10 等份的尺子,0 分表示无疼痛,10 分表示最大疼痛,让患者指出自己疼痛所处的刻度^[6];3)于治疗后第 2、4 周采用 Neer 肩关节功能评分评价患者患肢功能。主要包括患肢疼痛情况、患肢功能情况(力量、手能触及的范围)、运动范围(前屈、后伸、外旋、内旋)和骨折部位的解剖关系,总分 100 分,其中疼痛 35 分、功能情况 30 分、活动范围 25 分和解剖关系 10 分^[7]。

3.2 统计学方法 采取 SPSS 25.0 软件对收集到的实验数据进行分析,其中计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验,对于重复测量收集到的数据进行重复测量设计资料的方差分析; $P<0.05$

为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组骨折愈合时间比较 治疗组骨折愈合时间为(27.38±3.61)d,明显短于对照组的(36.17±4.17)d,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.3.2 2 组治疗前后 VAS 评分比较 2 组 VAS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	21	5.30±1.20	0.90±0.41 ^a
对照组	21	5.20±1.10	1.90±0.71 ^b

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.3.3 2 组治疗前与治疗后 2、4 周 Neer 评分比较 2 组 Neer 评分治疗前与治疗后 2、4 周比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);且 2 组治疗后 2、4 周组间比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

本实验收集到的 Neer 肩关节功能评分数据为重复测量得出,故才去重复测量设计资料的方差分析,首先对肩关节功能评分数据进行球形对称性检验。(见表 3)

Neer 肩关节功能评分符合球形对称性,对收集到的数据进行主体间效应检验(见表 4)。从检验结果得知,治疗组在后续随访的 2、4 周时肩关节功能明显优于对照组($P=0<0.05$)。

表 2 2 组治疗前与治疗后 2、4 周 Neer 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
治疗组	21	48.19±4.72	72.86±2.10 ^{ab}	81.57±4.40 ^{ab}
对照组	21	45.71±5.25	64.52±2.29 ^a	77.05±3.98 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 Neer 肩关节功能评分球形对称性检验

主体内效应	莫奇来 W	近似卡方	自由度	显著性
Neer 肩关节功能评分	0.88	4.976	2	0.083

注: $P=0.083>0.05$,资料符合球形性。

表 4 主体间效应检验

	自由度	均方	F	显著性
截距	1	532090.032	29903.365	0
组别	1	822.889	46.246	0

注: $P=0<0.05$ 。

4 讨 论

肱骨近端骨折在临床上常见的肩部骨折之一,临床上常根据患者骨折类型选择不同的治疗方式,非 Neer I 型的肱骨近端骨折在选择手术治疗时,可以根据患者的骨折情况选择闭合复位经皮穿针内固定、锁定钢板内固定手术、髓内钉内固定术以及半肩或全肩关节置换术等^[8],而对于 Neer I 型的肱骨近端骨折,早期开始物理治疗也能取得让患者满意的临床疗效^[9]。相关研究表明,中医药治疗方式在关于促进骨折愈合、改善患者疼痛、促进患肢功能恢复等多个方面具有现代医学所不具备的独到优势^[10]。肱骨近端骨折同样属于中医骨折病的范畴,其基本病机主要多由直接暴力或间接暴力引起骨的正常生理结构遭到破坏,特别是在老年人群中,更可能因为低能量损伤而产生骨折。骨折发生后由于骨断筋离,脉络受到损伤,局部气血运行受阻,中医辨证为气滞血瘀证。中医注重整体观念,这一观念贯穿中医对于临床病症的治疗始终,所以针对骨折病的治疗亦是整体观念出发,注重辨证论治。

健骨化瘀汤中补骨脂温肾阳,纳气平喘,温脾止泻;熟地黄滋阴补血,益精填髓;续断补肝肾,强筋骨,续折伤,止崩漏(现代药理学研究表明,续断具有抗骨质疏松、促进骨细胞增殖分化、加快骨折愈合的作用^[11]);骨碎补补肾强骨、续伤止痛(现代研究表明,骨碎补具有抗骨质疏松、改善炎性微环境、促进骨骼修复以及血管生成的作用^[12]);上四药合用补肾接骨。方中丹参可以祛瘀止痛,活血通经,清心除烦;当归在中药功效方面主要用于补血活血,调经止痛,润肠通便;桃仁在活血祛瘀,润肠通便方面功效良好;红花善于活血通经,散瘀止痛活血祛瘀;上述三种中药联合使用,以达活血祛瘀之功。延胡索、姜黄合用强于疏经通络止痛,白芍养血柔肝,诸药合用,共奏补肾健骨、疏经通络、化瘀止痛之效。全方配伍得当,对 Neer I 型肱骨近端骨折有良好的治疗效果。在中医的骨折三期疗法

中,提倡早期治以活血化瘀、消肿止痛,改善患者临床疼痛等症状,也能促进骨折局部肿胀消退;中期以和营生新、续筋接骨为主,能够促进骨折愈合;后期注重补益肝肾、生气养血,促进患者肢体功能的恢复。

健骨化瘀汤兼顾三期治疗,药物配伍得当,并且可以根据患者不同的临床症状进行加减配伍。该研究结果显示,治疗组各指标改善均优于对照组,健骨化瘀汤联合超肩关节夹板治疗 Neer I 型肱骨近端骨折可以显著减轻患者疼痛,促进骨折愈合,提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 许轶,张劲松,燕宪亮.急救医学[M].南京:东南大学出版社,2019.
- [2] 舒莉,巨啸晨,吴萍,等.微创经皮内固定与三角肌胸大肌入路内固定治疗肱骨近端骨折的 Meta 分析[J].中国组织工程研究,2019,23(12):1961-1968.
- [3] 詹东铭,张立岩,朱家博,等.肱骨近端骨折解剖学及手术治疗的研究进展[J].淮海医药,2023,41(1):106-109.
- [4] 姜保国,傅中国,张殿英,等.肱骨近端骨折的外科治疗及术后康复[J].中华创伤杂志,2002,18(3):4-6.
- [5] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012.
- [6] 曹卉娟,邢建民,刘建平.视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J].中医杂志,2009,50(7):600-602.
- [7] 王伟,毕大卫.肩关节功能评分的研究现状[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(5):323-325,327.
- [8] 张玉富,蒋协远.肱骨近端骨折手术治疗的进展与思考[J].中国骨伤,2023,36(2):99-102.
- [9] 姜保国,陈建海.肱骨近端骨折的治疗进展[J].北京大学学报:医学版,2015,47(2):197-199.
- [10] 吴作培,孙贵新.骨不连治疗的研究与技术应用进展[J].中国组织工程研究,2013,17(35):6333-6338.
- [11] 刘二伟,吴帅,樊官伟.川续断化学成分及药理作用研究进展[J].中华中医药学刊,2010,28(7):1421-1423.
- [12] 朱静,谢斌,左爱仁.中医药促进骨折愈合临床研究进展[J].江西中医学院学报,2013,25(4):89-98.

(收稿日期:2023-06-24)

[编辑:韩晗]