

# 中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折的临床效果及恢复效果的观察

韩冰

(青县中医医院,河北 沧州 062650)

**【摘要】目的:**观察中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折的临床效果及恢复效果。**方法:**选取2021年1-12月医院收治的70例属于桡骨远端伸直型骨折的患者为研究对象,使用随机数字法将其分为观察组和对照组,各35例。对照组予以西医手法复位并行石膏外固定,观察组予以中医正骨手法治疗。比较两组患者治疗前后疼痛情况,临床症状缓解时间、骨折愈合时间、桡骨高度、腕关节功能以及并发症发生情况。**结果:**治疗后3 d、7 d观察组疼痛VAS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组局部消肿时间和骨折愈合时间短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组12周后桡骨高度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组腕关节功能恢复优良率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折具有较好的作用,不仅缩短患者骨折恢复时间和临床症状缓解时间,同时减少了并发症发生率,应于临床推广应用。

**【关键词】**中医;正骨;桡骨远端伸直型骨折;临床效果

中图分类号:R274.11

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)12-0040-03

伸直型桡骨远端骨折是临床常见的中老年患者外伤,常见为跌倒时手掌着地所引起,患者以外伤后局部疼痛、局部肿胀和皮下淤血为主要临床特征,查体时可见骨擦音<sup>[1]</sup>。目前西医对其的治疗是以闭合复位后石膏托外固定为主要方案,但是存在恢复时间长,腕部关键活动受限,疼痛明显等问题<sup>[2]</sup>。中医正骨手法是中医传统的治疗损伤的专科,采用推、拽、按等手法对骨折、脱臼等疾病进行治疗,将骨关节损伤进行复原<sup>[3]</sup>。为了对治疗效果进行系统性的评估,本次选取2021年1-12月我院收治的70例属于桡骨远端伸直型骨折的患者为研究对象,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2021年1-12月我院收治的70例属于桡骨远端伸直型骨折的患者为研究对象,使用随机数字法将其分为观察组和对照组,各35例。观察组男21例,女14例;年龄55~78岁,平均(67.31 ± 5.42)岁;骨折部位:左手20例,右手15

例。对照组男25例,女10例;年龄53~79岁,平均(68.06 ± 6.42)岁;骨折部位:左手18例,右手17例。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本次研究报请医院伦理委员会研究并予以批准。(1)纳入标准:经X线或CT等影像学检查确诊为桡骨远端伸直型骨折患者;年龄18~80岁;身体条件良好,能够接受手法复位;患者对本次研究知情同意。(2)排除标准:粉碎性骨折等其他类型骨折患者;合并开放性骨折的患者;合并感染的患者;未经控制的糖尿病患者;无法配合手法复位治疗的患者;不同意参与本次研究的患者。

1.2 方法:对照组予以西医手法复位,对手进行牵引,松解骨折块后向掌侧和尺侧挤压复位,复位后将手腕放在掌屈尺偏位行石膏外固定。观察组予以中医正骨手法治疗,具体操作如下。首先予以局麻,患者平躺于检查床上,肘部呈现直角,前臂保持中立。1名医师和2名助手协同复位。助手握住患者损伤部位的前臂,医师的拇指放置于前臂近端的部位,其

余四指放置于患者的腕关节,扣紧患者大小鱼际肌,在助手的辅助下向相反方向用力(对抗牵引),以纠正患者的重叠骨折部位,然后医师用力对骨折进行复位,医师的拇指突然发力,先抖动再下按,使骨折迅速复位。复位后予以小夹板固定,并予以汤药治疗,黄芪20 g,熟地15 g,白芍12 g,枸杞子10 g,千年健10 g,肉苁蓉10 g,山药10 g,人参7 g,补骨脂15 g,陈皮15 g,每日1剂,共计14 d。

1.3 观察指标:比较两组患者治疗前后疼痛情况,临床症状缓解时间、骨折愈合时间、桡骨高度、腕关节功能以及并发症发生情况。(1)疼痛采用VAS评分法进行评估<sup>[4]</sup>,在一张纸上划一条从0~10均匀标记的直线,0分为无疼痛,10分为疼痛无法忍受,让患者根据自己的情况进行评估。(2)骨折愈合标准<sup>[5]</sup>:①X线片显示骨痂通过骨折线,骨折线基本消失。②无局部压痛和纵向叩击痛,无异常活动。连续2周骨折处无变形,则以观察的首日定为临床愈合时间。(3)腕关节功能采用Gartland和Werley功能评分<sup>[6]</sup>。该评分分为优(0~2分)、良(3~8分)、可(9~21分)、差(>21)分。优良率=(优例数+良例数)/组例数×100%。

1.4 统计学处理:采用SPSS 23.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后疼痛评分比较:治疗前两组疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后3d、7d观察组疼痛VAS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组治疗前后疼痛评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后3d	治疗后7d
对照组	35	7.42 ± 0.43	5.42 ± 1.13	3.18 ± 0.42
观察组	35	7.39 ± 0.52	3.27 ± 0.26	1.56 ± 0.37
t		0.263	10.970	17.123
P		0.793	0.000	0.000

2.2 两组恢复情况比较:观察组局部消肿时间和骨折愈合时间短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组12周后桡骨高度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表2。

表2 两组恢复情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	局部消肿时间	骨折愈合时间	12周后桡骨高度
		(d)	(周)	(cm)
对照组	35	7.42 ± 1.29	12.07 ± 4.53	1.31 ± 0.29
观察组	35	5.06 ± 1.04	9.41 ± 2.12	1.29 ± 0.31
t		8.426	3.146	0.279
P		0.000	0.002	0.781

2.3 两组腕关节功能恢复情况比较:两组腕关节功能恢复优良率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表3。

表3 两组腕关节功能恢复情况比较[例(%)]

组别	例数	优	良	可	差	优良率
对照组	35	16(45.71)	15(42.86)	3(8.57)	1(2.86)	31(88.57)
观察组	35	26(74.29)	9(25.71)	2(5.71)	0(0.00)	33(94.29)
$\chi^2$						0.729
P						0.393

2.4 两组并发症发生率比较:观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	桡骨	掌倾角与	下尺桡	致腕管	前臂筋膜室	合计
		缩短	尺偏角丢失	关节脱位	综合征	综合征	
对照组	35	1(2.86)	2(5.71)	1(2.86)	1(2.86)	1(2.86)	6(17.14)
观察组	35	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.86)	0(0.00)	1(2.86)
$\chi^2$							3.968
P							0.046

## 3 讨论

桡骨远端伸直型骨折是距离桡骨下端关节面3 cm以内的骨折,于1814年由爱尔兰外科医师Colles首先报道,并因此而命名<sup>[7]</sup>,是最常见的一种骨折类型,也是预后较好的一类骨折,其骨折移位的特点是远端骨折块向背侧和桡侧移位<sup>[8]</sup>。由于该部位是桡骨骨松质和骨密质交界的部位,为解剖薄弱的部位,一旦遭受外力极易发生骨折。60岁以上的老年人往往合并骨质疏松,因此当发生摔伤等低能量损伤时,更容易出现Colles型骨折<sup>[9-10]</sup>。由于腕关节在机体的功能中的重要性,具有很高的活动频率,因此对其功能恢复较高。如果骨折处理不当,则会影响患者的手部功能<sup>[11]</sup>。

对于桡骨远端伸直型骨折的治疗,西医通常采用手法复位后予以石膏外固定,对于骨折严重患者予以经皮克氏针微创治疗。正骨是中医独有的治疗骨伤的方法,是使用推、拽等手法使变性的骨、关节

恢复原位。中医的正骨起源悠久,早在元代官方医疗制度中设有“正骨兼金镞科”<sup>[12-13]</sup>。不同的骨折对应的正骨手法并不相同。诸多手法,不一而足。而桡骨远端伸直型骨折属于骨折断端重叠移位而缩短,这符合“欲合先离,离而复合”的治疗原则<sup>[14]</sup>。但是在治疗前需要注意,不能直接正骨,而是需要对于损伤部位轻柔的揉压,方式局部肌肉,方便后续操作的进行。如果直接实施正骨,局部肌肉痉挛,则增加患者痛苦的同时也增加了正骨失败的风险。中医正骨对于医生的手法、技巧、力量均有很高的要求。力量过大这可能会损伤软骨组织,力量过小则无法使骨折部位复原<sup>[15]</sup>。此外,正骨时力求一次成功,否则反复多次复位,不仅可能对骨折断端造成损伤,还会影响后续愈合,同时也会对患者带来加到的痛苦。正骨最佳的时间选择在受伤后的半小时内进行。此时患处水肿尚不严重,局部张力小,疼痛比较轻,正骨后局部恢复效果更好。如果来诊时已经出现局部严重的肿胀,则需要经过消肿等治疗,肌肉痉挛消退后,再予以正骨。

本研究结果显示,治疗后3 d、7 d观察组疼痛VAS评分低于对照组( $P < 0.05$ ),说明与西医常规复位治疗相关,中医正骨手法能够明显缓解患者局部的疼痛。这是因为通过正骨手法能够迅速地使骨折部位恢复,这样减轻了患者的疼痛,同时也缩短了患者的恢复期,观察组局部消肿时间和骨折愈合时间短于对照组( $P < 0.05$ ),可以印证这一点。但两组12周后桡骨高度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),可见两种治疗方法效果相同,从腕关节功能恢复上也证实两种复位方法效果没有差异,两组腕关节功能恢复优良率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。但是观察组并发症发生率低于对照组( $P < 0.05$ ),说明中医正骨手法复位治疗能够减少骨折并发症的出现,正与正骨的手法和成功率等因素密切相关。

综上所述,中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折具有较好的作用,不仅缩短患者骨折恢复时间和临床症状缓解时间,同时减少了并发症发生率,应于临床推广应用。

#### 【参考文献】

[1]孙轶韬,马奇翰,戴宇祥,等.桡骨远端骨折的中医非手

术治疗及相关并发症的研究进展[J].中医正骨,2021,33(1):43-45.

- [2]李哲明,刘遵勇,倪康裕,等.倪康裕“筋骨合一”思想在治疗桡骨远端骨折中的临床应用[J].中华中医药学刊,2018,36(11):2774-2777.
- [3]殷韶健.中医闭合手法复位治疗伸直型桡骨远端骨折的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016(A2):147-148.
- [4]华臻,王建伟,尹恒,等.成人桡骨远端骨折非手术治疗后桡骨短缩的相关因素[J].中国矫形外科杂志,2018,26(16):1446-1451.
- [5]郑文锦.中医正骨手法对桡骨远端伸直型骨折的治疗效果[J].临床合理用药杂志,2018,11(11):170-171.
- [6]柯红.腕关节损伤中医康复治疗临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2019(105):184.
- [7]马达,王静,邓洪,等.保守治疗桡骨远端骨折临床疗效的相关影响因素分析[J].名医,2020(10):19-20.
- [8]邢朝辉,张有磊.闭合复位与切开复位克氏针内固定术治疗小儿肱骨髁上骨折的效果[J].世界最新医学信息文摘,2020(31):67.
- [9]刘松,李佳,李石伦,等.2010-2011年我国华北和华东地区老年尺桡骨远端骨折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(6):372-376.
- [10]刘凯,叶永亮,胡建炜,等.手法复位桡骨远端骨折后再移位92例原因分析[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(10):61-64.
- [11]杨春光.桡骨远端骨折中医保守治疗进展研究[J].临床合理用药杂志,2018,11(25):178-179.
- [12]刘盼,马勇,刘德明,等.“一牵二折三尺偏”正骨手法复位治疗老年桡骨远端骨折65例[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(9):69-72.
- [13]黄中华.复杂性桡骨远端骨折采用手术和手法复位临床疗效的对比[J].医学理论与实践,2019,32(9):1354-1356.
- [14]王子东,何承建,王威.手法复位一期外固定架固定治疗桡骨远端骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2019,34(9):996-998.
- [15]周志慧,王晓添,叶树森,等.桡骨远端骨折畸形愈合的原因及对腕关节功能的影响[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(15):31-33.

(收稿日期:2022-08-23)