

康复和长期劳动力的保持。

4. 该钉钉体较小,钉口亦小,手术创伤小,对 Boyd 氏 III、IV 型有较强的适应性。手术时间短,损伤小,增强了老年患者的手术安全度。由于内固定坚强,可早期置 CPM 关节康复器上训练,有利于关节早活动、早康复。

5. 为保证远期效果,必须做到尽可能解剖复位,另外小粗隆骨折后分离移位也应尽可能复位固定。

6. 术中需注意:(1)股骨颈拉力螺钉上的燕尾极易为骨碎屑堵塞,使 T 形翼片安装困难,这时可退出拉力螺钉清理后再拧入和装 T 形侧翼。(2)本手术另一困

难点在于钉尾为方形口与侧板方孔紧密相接,无活动余地,故对钉体位置角度要求很高,易造成钉、板位置不良给手术的完成带来困难。因此在装侧翼前可先试装侧板,如侧板紧贴股骨干,则为可装 T 型双翼后再装侧板,以防先装侧翼而侧板位置不良调整困难。

参考文献

1. 周建伟. Gamma 钉与滑动式鹅头钉的生物力学测定与比较. 中华骨科杂志, 1996, 16(4): 257
2. 过邦辅主编译. 坎贝尔骨科手术大全. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 874

(收稿: 1996 - 11 - 30)

### 骨折三期用药的临床研究

张海燕 刘定安 黄树明 杨少锋

湖南省长沙市中医院(410002)

以中医骨伤学三期辨证理论为指导原则,针对骨折不同阶段的病理特点,集体讨论,研制了骨折三期用药的经验方(集成疗伤片、集合理伤片、集成愈伤片),于 1997 年 10 月~1998 年 5 月运用本系列药物对 120 例骨折病人早、中、后期进行辨证治疗,取得了较好的效果,报告如下。

临床资料

1. 一般资料:本组 120 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例:男性 39 例,女性 21 例;年龄 25~54 岁;病程 10~24 小时;对照组 60 例:男性 34 例,女性 26 例;年龄 24~56 岁;病程 20~24 小时。骨折部位:治疗组中,胫腓骨 18 例,肱骨干 16 例,尺、桡骨 12 例,锁骨 5 例,骨 5 例,股骨干 4 例;对照组中,胫腓骨 18 例,肱骨干 11 例,尺、桡骨 19 例,锁骨 4 例,骨 8 例。

2. 主要观察指标:临床主要症状观察指标采用症状轻重程度记分法。6 分:疼痛剧烈,不能活动,剧烈压痛,重度肿胀,皮纹消失,较正常关节差 50% 以上;4 分:疼痛明显,可稍活动,明显压痛,中度肿胀,皮纹明显变化,较正常关节差 31%~50% 以上;2 分:稍有疼痛,但不影响活动,较度压痛,较度肿胀皮纹略有变化,较正常关节差 30%;0 分:无疼痛或疼痛消失,无压痛,无肿胀,关节活动正常。

3. 所有数据采用 Ridit 分析和 t 检验进行统计学处理。

治疗方法

保守治疗患者,手法复位成功,行有效外固定后即开始服药;手术治疗患者,术后即开始服药治疗。

治疗组:早期(1~14 天)口服集成疗伤片(本院制剂室生产),主要由当归、红花、滇三七、枳壳、土鳖、木通等组成。每次 3 克每日 3 次,连续服用 2 周。中期(14~28 天)口服集合理伤片,主要由当归、血竭、丹参、自然铜、骨碎补、紫荆皮等组成,(生产单位及服法同前)。后期(4 周后)口服集成愈伤片,主要由当归、黄芪、枸杞、鹿角粉、骨碎补、续断、海桐皮、五加皮等组成,(生产单位及服法同前)。

对照组:口服接骨七厘片(珠海金沙湖南制药有限公司提供,批号 97012),每次 5 片,每日 2 次,连续服用 8 周。

治疗结果

1. 临床症状疗效标准:治愈:治疗后症状积分较前减少 91% 以上;显效:治疗后积分较治疗前减少 70%~90%;有效:治疗后积分较治疗前减少 35%~69%;无效:治疗后积分较治疗前减少 35% 以下(结果见表 1)。

表 1 两组症状积分前后比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	疼痛		压痛		肿胀		关节活动	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	5.27 ±0.98	1.07 ±1.26	5.44 ±1.01	1.08 ±1.32	4.57 ±0.75	1.02 ±0.82	4.77 ±0.69	1.05 ±0.74
对照组	5.24 ±0.73	1.21 ±1.30	5.49 ±0.94	1.17 ±1.42	4.41 ±0.81	1.21 ±0.88	4.64 ±0.72	1.04 ±0.57

以上所有症状进行治疗前后比较,除对照组关节活动前后症状  $t = 1.78$   $P > 0.05$  外,其余症状治疗前后均构成显著性差异。

2. 骨折临床愈合疗效标准<sup>[1]</sup>:治愈:临床用药时间比同类骨折愈合时间<sup>[2]</sup>提前 1/3 以上,达到临床愈合标准者;显效:临床用药时间比同类骨折愈合时间提前 1/3 ~ 1/4,达临床愈合标准者;有效:临床用药时间比同类骨折愈合时间提前 1/4 ~ 1/5,达临床愈合标准者;无效:临床用药时间与同类骨折愈合时间相同(见表 2)。

表 2 骨折临床愈合疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	18	34	6	2	96.67%
对照组	60	12	18	24	6	90.00%

两组对照  $u = 3.23$   $P < 0.01$  构成显著性差异,治疗组优于对照组。

### 讨论

根据中医学治疗骨折的传统理论原则,我们组方集成疗伤、集成理伤、集成愈伤系列药,分别对骨折早、中、后三期进行系统治疗,早期活血祛瘀、消肿止痛;中期接骨续筋,活血舒筋,后期补肾活血,益气生血,强筋健骨、蠲痹通络。集成疗伤片方中当归、红花活血祛瘀、消肿止痛;枳壳、三七理气散结、止血定痛;土鳖、木通活血消肿、接骨;集成理伤片方中自然铜、骨碎补补肾强骨续筋;当归、紫荆皮行气止痛、生肌壮骨;血竭、

丹参凉血活血、散瘀;集成愈伤片方中当归、黄芪补益气血;枸杞补肾益精;骨碎补补肾活血强骨;续断补肝肾、强筋骨、利关节,合以海桐皮,五加皮祛风祛湿,蠲痹通络。

治疗组 60 例,其骨折临床愈合总有效率为 96.67%,明显优于对照组,具有显著差异性 ( $P < 0.01$ ),各临床症状改善情况均优于对照组,治疗前后均构成显著性差异,提示:骨折后系统三期用药治疗,能明显提高疗效,改善临床症状,促进骨折的愈合。因此认为,对于骨折的治疗必须严格遵循三期用药原则,分别施以相应的方剂。“损伤一症,专从血论”,骨折内治法的特点是把骨折分为早、中、后三期,根据骨折在不同阶段病理特点来辨证、立法、用药,然“活血祛瘀”当贯穿骨折治疗的始终<sup>[3]</sup>。早期气血阻滞成瘀,当活血祛瘀,中期瘀血郁久生热,及活血凉血接骨,后期血虚成瘀,久病虚损,则补肾生血,活血健骨,对后期治疗必须采取辨证、科学的治疗,不能让其局限于简单的“康复治疗”和“补益之法”。

### 参考资料

1. 中药新药临床研究指导原则(内部资料). 第一辑,中华人民共和国卫生部制定发布,1993,301
2. 岑泽波,吴诚德,张安楨,等,中医伤科学. 上海:上海科学技术出版社,1985. 65 ~ 66
3. 罗小鹏.“损伤一症. 专从血论”在骨折内治中的指导意义. 河南中医药学报,1995,10(6),25

(收稿:1998 - 08 - 31;修回:1998 - 09 - 29  
再修回:1998 - 11 - 13)