

跟骨关节内骨折患者行切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤治疗效果评价

董亚碧

呈贡朱家中医医院骨伤科 650500

〔摘要〕目的 研究观察跟骨关节内骨折患者应用切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤的临床效果。方法 选择在 2018 年 1 月至 2022 年 1 月期间我院接收的跟骨关节内骨折患者 72 例，使用随机数字表法平均分为参照组和治疗组，参照组 36 例患者采用切开复位内固定术治疗方式，及治疗组 36 例患者采取切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤。比较两组患者不同治疗方式下骨代谢指标。结果 对跟骨关节内骨折病人进行研究，结果显示，在进行治疗前，两组病人的骨代谢指标无差异，在治疗后，各项评分结果对比治疗组优 ($P < 0.05$)。结论 对跟骨关节内骨折患者采用切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤后效果显著，可以改善病人身体功能，在临床中值得广泛应用。

〔关键词〕早期康复治疗；骨代谢；跟骨关节内骨折

〔中图分类号〕R683.42 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 03-054-02

跟骨骨折指的是足后跟骨折，往往是由于高空坠落，足后跟着地，导致骨完整性受到破坏，引起的跟骨骨折的患者足后跟会出现剧烈的疼痛。同时患者会出现无法站立，无法行走的现象^[1]。而且骨折的部位还会出现皮下水肿的症状，如果不及治疗，可能会引发去下关节炎等一系列并发症。不仅会增加治疗的难度，还会影响患者的正常生活。因此跟骨骨折的患者需要立即到医院的骨科进行检查，通过 x 线检查、CT 扫描检查等相关的检查，来明确跟骨骨折的严重程度。如果患者骨折的部位比较稳定，一般不需要进行手术治疗。但是如果骨折的部位出现了移位的现象，则需要手术治疗。报告如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择我院从 2018 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 72 例接受治疗的跟骨关节内骨折患者作为研究对象，使用随机数字表法分为两组，参照组 36 例患者采用切开复位内固定术治疗模式，及治疗组 36 例患者采取切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤，参照组年龄 24-68 岁，平均 48.74 ± 1.84 岁，其中男性患者 19 例，女性患者 17 例。治疗组年龄 25-67 岁，平均 49.68 ± 1.93 岁，其中男性患者 18 例，女性患者 18 例。两组患者的年龄等一般资料对比差异不具有统计学意义 ($p > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 参照组采用切开复位内固定术治疗方法

在外踝尖后方处开始做一弧形切口，向下、向前延伸至第四跖骨基底部，沿皮肤切口切开深筋膜，将腓骨肌腱向后牵开，切除附骨窝内脂肪组织，显露跟骨，距骨的外侧面和距骨下关节。将骨膜剥离器插入塌陷骨折断深处，将塌陷的骨折块翘起，恢复到正常的位置，恢复关节面的平整。

1.2.2 治疗组采用切开复位内固定术 + 术后损伤早期止痛汤

切开复位内固定术同参照组，术后损伤早期止痛汤涉及中药材有：当归 9g、丹参 9g、生地黄 9g、赤芍 9g、泽兰 9g；木香 6g、红花 6g、炒桃仁 6g、川芎 6g、苏木 6g、防己 6g、乳香 6g、没药 6g、大黄 6g、甘草 6g、白芍 12g，续断 15g，

用水煎服，每日一剂，早晚分服。

1.3 观察指标

对比两组病人的骨代谢指标。

1.4 统计学方式

数据使用 SPSS20.0 系统处理，所得到的两组患者的数据行 t 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料行 χ^2 检验，以 % 表示。 $P < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

对比两组患者的骨代谢指标

在进行治疗后的各项身体相关功能指标结果显示，治疗组优 ($P < 0.05$)，见表 1

3 讨论

跟骨骨折，一般根据骨折的严重程度、移位情况、距下关节面受累等，可以采取石膏外固定保守治疗，或者切开复位内固定手术治疗。可能产生的后遗症有以下几方面：第一，跟骨高度丢失、跟骨体增宽，会由于跟骨负重点的改变，导致走路疼痛。第二，跟骨畸形愈合，可能导致外侧的腓骨长短肌腱活动时受到卡压，局部产生疼痛^[2-3]。第三，跟骨骨折不愈合，会导致骨折端不稳定，走路、负重时疼痛明显。第四，足弓塌陷、变形，容易产生足底部的脂肪垫炎或者筋膜炎，走路疼痛。跟骨骨折中，关节内骨折指的是骨折线累及到了关节面，这种关节内骨折，根据骨折块的数量可以分为不同的类型，手术方法也有所区别。皮瓣坏死为四肢或者是手出现大面积缺损，导致骨外露，需要行周围组织或者游离组织移植。皮瓣坏死之后的处理方法完全取决于整个皮瓣坏死的特点，如果面积特别小，只是靠近组织边缘的一部分皮瓣坏死，直接将坏死部分切除即可，再进行伤口换药处理，使缺损的这一部分慢慢自行愈合。但如果是整个皮瓣都已经缺血坏死，说明整个皮瓣移植的手术不是很成功，需要考虑清创手术之后，等到该处软组织条件允许，再重新进行二次手术，本身皮瓣移植手术就很难做到 100% 的成功。这种情况下不进行清创手术等处理，坏死的组织在该处容易出现感染，扩大本身原有组织损伤的面积，这时再进行处理则比较困难。止痛汤对于皮瓣坏死的治疗效果较理想。本次研究中，两组病人通

过不同的干预手段,结果显示身体功能等差异明显($P<0.05$)。

综上所述,通过给予跟骨关节内骨折患者切开复位内固定术+术后损伤早期止痛汤,值得临床治疗中广泛推广。

[参考文献]

[1] 李传玲,吕辉照,刘海波,刘华,艾建国.经改良跗骨窦切口 Inion~? 可吸收钢板固定治疗跟骨关节内骨折的临床研究[J].中国骨与关节杂志,2022,11(12):939-945.

[2] 黄西鹏,白佩刚,刘琛,张鹏.小切口复位经皮克氏针固定与经皮微创接骨板内固定治疗跟骨关节内骨折的临床效果比较[J].临床医学研究与实践,2022,7(35):90-93.

[3] 肖松,王凤雄,叶琦,陈高峰,邹文选.经皮撑开复位联合跗骨窦入路空心钉与经皮撬拨复位空心钉治疗跟骨关节内骨折疗效比较[J].中国医药指南,2022,20(28):76-78+82.

表 1 骨代谢指标比较 ($n=36$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	OC (ug/L)		BALP (ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	4.63±1.26	6.96±1.57	60.72±3.65	70.13±5.03
参照组	36	4.52±1.58	5.58±1.18	60.64±2.52	65.41±4.53
t		0.3266	4.2159	0.1082	4.1837
P		0.7450	0.0001	0.9141	0.0001

组别	例数	PYD (ug/L)		PINP (ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	20.52±3.26	28.12±2.57	75.53±2.65	91.97±2.03
参照组	36	20.63±2.58	24.15±2.18	75.14±3.52	84.52±2.53
t		0.1588	7.0681	0.5311	13.7804
P		0.8743	0.0000	0.5970	0.0000

(上接第 52 页)

<0.05), 检验结果对比具有统计学意义。详见表 2。

3 讨论

妇科腹腔镜术后患者几乎有不同程度的腹胀,与术中建立人工气腹^[3],使用麻醉药品导致胃肠功能麻痹等相关^[4]。因此,术后减轻腹胀,需要促进肛门排气,恢复胃肠蠕动。术前完善的胃肠道准备,术后早期进食有利于胃肠道功能恢复^[5],规范给予吸氧护理,采取生物电刺激、穴位贴敷疗法^{[6][7]}等相结合的护理途径,以患者为中心给予整体护理,可以提升治疗和护理的效果,缩短患者首次肛门排气时间,尽早恢复胃肠功能,避免患者出现腹胀,利于患者营养支持,从而促进早期康复。

综上所述,临床采用生物刺激结合穴位贴敷疗法早期干预,可有效降低腹腔镜术后腹胀风险,促进胃肠功能恢复,进一步促进早期康复,提升患者的满意度和医院的社会效益。

[参考文献]

[1] 《妇产科学》人卫第 9 版教材:445-447.

[2] 王主.护理干预对促进妇科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复的效果分析[J].医学信息(上旬刊),2018,31(8):178-179.

[3] 钟海玉,赵琼,叶雪丽.妇科腹腔镜术后患者早期护理干预对腹胀的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(8):167-168.

[4] 靳秀菊.综合护理干预在预防妇科腹腔镜手术患者术后腹胀中的应用意义研究[J].实用临床护理学电子杂志,2018,v.3(6):90-101.

[5] 吴永秀,王卉,荣欣等.早进食促进妇科腹腔镜手术患者术后胃肠功能恢复的应用研究[J].陆军军医大学学报.2022,44(02):94-98.

[6] 万文晋.穴位贴敷联合穴位按压在妇科腹腔镜全麻术后缓解腹胀的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(36):84-86.

[7] 黄阳雪,武曼丽等.穴位贴敷促进妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复的 Meta 分析[J].世界中医药,2021,16(23):121-129.

(上接第 53 页)

降低水中及炎性渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问題。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为主治方向,标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。本文研究结果显示,观察组采取药物联合针灸进行治疗,治疗后总有效率为 93.33%,对照组采取药物治疗,

治疗总有效率为 73.33%,两组数据对比差异具有统计学意义($P<0.05$),经过 30 天随访,观察组患者复发率为 20.00%,对照组复发率为 46.67%,组间对比差异存在显著性($P<0.05$),充分表明,针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果,提高治疗有效率,降低复发率,值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 吕延蓉,应掌红.依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价[J].临床合理用药杂志,2020,13(11):100-102.

[2] 胡瑾瑾.中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2022,40(06):848-850.

[3] 王玖玲,闵玮,钱齐宏,杨子良,宋琳毅,周乃慧,王森森.不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察[J].中国社区医师,2021,34(33):85-86.

[4] 张锐.中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹 86 例[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,2(11):164.