中药烫熨结合碎补膏在锁骨骨折患者功能效果的护理研究

黎 艳 卢 洁* 邓妙芳 梁 妹 莫舒阳
梧州市中医医院 广西 梧州 543003

摘 要：目的：探究术前中药烫熨联合碎补膏外敷、术后单纯避开创面中药烫熨的分期中医外治方案，在锁骨骨折患者围手术期护理中的临床应用效果。**方法：**选取2025年4月至2026年4月本院80例锁骨骨折患者，随机分为两组各40例。对照组行围手术期常规护理、碎补膏外敷、常规湿热敷及标准化分期功能锻炼，观察组在此基础上术前3天联合中药烫熨、碎补膏外敷干预，术后停用碎补膏，仅行避开创面中药烫熨治疗，对比两组疼痛、肿胀消退及肩关节功能恢复情况。**结果：**观察组疼痛评分、肿胀消退时间、肩关节活动度及日常自理能力均显著优于对照组（$P < 0.05$）。**结论：**该分期中医外治方案安全可行，可有效缓解围手术期肿痛，规避术后创口感染风险，促进肩关节功能恢复，具有较高临床推广价值。

关键词：中药烫熨；碎补膏；锁骨骨折；围手术期护理；功能恢复

引言：锁骨骨折为临床常见骨科创伤，切开复位内固定是其主要治疗手段。患者术前多存在肩锁部肿痛、经络瘀阻等症状，术后因创面损伤及长期制动，易出现肩关节僵硬、活动受限、康复缓慢等问题。中医认为该病核心病机为气血瘀滞、经络不通，早中期以瘀血凝滞证为主，治宜活血化瘀、消肿通络。依据《锁骨骨折中医护理方案》，本研究结合手术创口安全要求及临床实际住院周期优化干预方式，采用术前3天中药烫熨联合碎补膏预处理、术后停用碎补膏、仅行避开创面中药烫熨的分期干预模式，配合规范分期功能锻炼，探讨该方案对患者术后肿痛消退及肩关节功能恢复的应用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年4月至2026年4月在本院骨科住院治疗的锁骨骨折患者80例为研究对象。纳入条件：经X线或CT确诊单侧闭合性锁骨骨折；拟行切开复位内固定术治疗；年龄18～65岁；意识清晰、沟通正常；患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除条件：开放性骨折、合并全身多发伤；严重心脑血管、肝肾功能基础疾病；精神疾病及认知障碍；对本研究中药制剂过敏；妊娠期、哺乳期女性。采用随机数字表法分为对照组、观察组，各40例。对照组男24例，女16例；年龄21～63岁，平均（42.5±8.7）岁；骨折部位：锁骨中段28例，外侧端12例。观察组男25例，女15例；年龄20～65岁，平均（43.1±9.2）岁；骨折部位：锁骨中段27例，外侧端13例。两组基线资料对比无统计学差异（$P > 0.05$），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法

对照组实施骨科围手术期常规护理及《锁骨骨折中医护理方案》标准化分期功能锻炼。术前常规宣教、病情观察、体位护理及心理疏导；术后予患肢三角巾悬吊制动，密切观察手术切口渗血、肿胀、皮温、色泽及桡动脉搏动，做好创面清洁护理。术前采用本院制剂碎补膏（桂药制字Z04060016）均匀涂抹于纱布，厚度2～3mm，外敷于患侧肩锁肿痛部位，绷带固定，每日更换1次，持续至术前。术后因存在手术切口，为避免药膏刺激创面、引发感染，术后全程停用碎补膏。术后第2天切口无渗血、无感染征象后，于患侧肩锁区域行常规湿热敷治疗，每日2次，每次20～30min，温度以患者温热舒适为宜（50～60℃），持续干预至术后第5天。分阶段功能锻炼：①早期（伤后1～2周）：行握拳、伸指、分指、腕关节屈伸及肘关节屈伸活动，1周内禁耸肩及肩关节上举，术后1周内肩关节前屈活动度不超过60°、外展不超过50°；②中期（伤后3～4周）：逐步增加肩关节屈伸、内旋、外旋训练及抗阻训练，行头肘支撑挺胸训练及健肢辅助患肢耸肩、肩关节旋转练习；③后期（伤后4～6周）：外固定解除后全面开展肩关节康复训练，包括内旋、内收、外旋、外展上举（≤90°）、爬墙、棍棒上提等。所有动作保持5～10s，放松5～10s，10次/组，每日2～3次[1]。

1.2.2 观察组护理方法

观察组在对照组常规护理、分期功能锻炼及碎补膏贴敷基础上，增加中药烫熨干预。术前干预（术前3天）：中药烫熨联合碎补膏外敷。术前患者无开放性创口，予以双重外治预处理，每日规范干预，持续3天，达到活血化瘀、消肿止痛、疏通经络的效果[2]。中药烫熨采用本院制剂宽筋散（桂药制字Z04060027），主要成分为宽筋藤、香加皮。取宽筋散粉剂100g装入布袋扎紧，加适量清水煮透后，倒入田七跌打酒（桂药制字Z04060013）120mL闷泡10min，待温度降至50～70℃，以患者温热舒适、无烫痛感为宜，敷于患侧肩锁肿胀疼痛区域，覆盖范围大于病变区域，每次20～30min，每日2次，烫熨中观察皮肤状态，严防烫伤。骨折48h内禁用热疗及中药烫熨，故术前烫熨须在骨折48h后开始实施。碎补膏用法同对照组，术前每日更换1次。术后干预（术后第2天开始）：单纯中药烫熨，停用碎补膏。因术后存在手术切口，为避免药膏刺激创面、引发感染、影响切口愈合，术后全程禁用碎补膏贴敷。术后第2天切口无渗血、无感染征象后，开展创面避开式中药烫熨治疗。烫熨药物、温度、时长、频次同术前，操作时精准避开手术切口，仅在切口周围肿胀、疼痛区域烫熨，每日2次，每次20～30min，持续干预至术后第5天（术后共干预4天，患者出院）。操作前后仔细观察局部皮肤及切口愈合情况，若出现红肿、瘙痒、水疱等异常立即停止操作，及时对症处理[3]。功能锻炼方案同对照组，术后1周内肩关节前屈活动度不超过60°、外展不超过50°，循序渐进增加活动度，出院后1周复诊时进行肩关节功能效果评价。

1.3 观察指标

本次研究设置4项观察指标：①疼痛程度：采用数字疼痛评分法（NRS），于入院时、术前1d、术后第1、3、5、7d评估患者静息疼痛，分值越高疼痛越重；②肿胀程度：记录患侧与健侧肩峰周径差消退至＜0.5cm的时间；③肩关节功能：采用Neer评分系统，于出院时、出院1周复诊时评估，总分100分，得分越高功能越好；④日常生活自理能力：采用对应量表同步评估两个时间节点的自理能力[4]。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件处理数据，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，行t检验；计数资料以[n（%）]表示，行χ^2检验，P＜0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分对比

入院时两组疼痛评分无显著差异（P＞0.05）；观察组术前3天干预后疼痛明显缓解，术后各时间点NRS疼痛评分均显著低于对照组，差异有统计学意义（P＜0.01）。见表1。

组别	例数	入院时	术前1d	术后第1天	术后第3天	术后第5天	术后第7天
对照组	40	6.2±1.1	5.9±1.3	4.5±1.1	3.6±0.9	2.8±0.8	2.1±0.7
观察组	40	6.1±1.2	4.2±1.1	3.5±1.0	2.6±0.8	1.8±0.6	1.2±0.5
t值	-	0.38	6.35	4.23	5.18	6.28	6.72
P值	-	＞0.05	＜0.01	＜0.01	＜0.01	＜0.01	＜0.01

2.2 两组肿胀消退时间对比

观察组肿胀消退时间显著短于对照组，差异有统计学意义（P＜0.01）。见表2。

表2 两组患者肿胀消退时间对比（d，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	肿胀消退时间（d）
对照组	40	9.2±2.1
观察组	40	6.3±1.5
t值	-	7.12
P值	-	＜0.01

2.3 两组肩关节功能对比

出院时及出院1周后复诊时，观察组Neer肩关节功能评分、肩关节前屈、外展活动度及日常生活自理能力评分均显著优于对照组（P＜0.01）。见表3。

表3 两组患者肩关节功能及自理能力对比（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	Neer评分（出院时）	Neer评分（出院1周后）	前屈活动度（°）	外展活动度（°）	自理能力（分）
对照组	40	52.3±6.8	68.5±7.3	48.6±7.2	42.3±6.5	42.1±7.9
观察组	40	63.5±6.1	79.2±6.8	59.8±5.7	54.7±5.9	54.5±7.2
t值	-	7.72	6.85	7.82	8.15	7.45
P值	-	＜0.01	＜0.01	＜0.01	＜0.01	＜0.01

3 讨论

3.1 围手术期中医护理方案优化要点

本研究构建术前3天双法预处理、术后单法避创干预的分期护理模式。术前皮肤完整，采用烫熨联合碎补膏外敷，减轻肿痛；术后停用碎补膏，仅保留避开创面烫熨，既保障通络止痛效果，又规避创口感染风险。全程配合分期功能锻炼，实现中医外治与康复精准适配[5]。

3.2 锁骨骨折围手术期中医病机分析

锁骨骨折属“骨折病”范畴，术前早期以气滞血瘀为主，见肿胀疼痛；术后气血瘀滞加重，易致关节僵硬。骨折48h内热疗加重出血，故术前烫熨须在48h后实施[6]。围手术期治则活血化瘀、消肿通络，术前3天预处理改善瘀滞，术后持续通络，为功能恢复奠定基础。

3.3 术前双法联用与术后单法干预的作用机制

术前烫熨以热力协同宽筋散、田七跌打酒舒筋活血，骨折48h后实施。碎补膏中红花活血止痛、骨碎补续伤强骨，术前3天外敷减轻肿痛炎症。术后停用碎补膏规避创口刺激，保留避开创面烫熨以持续发挥宽筋散舒筋活络、田七跌打酒活血化瘀之效，改善局部血运、缓解肿痛肌挛，预防关节粘连，助力功能锻炼[7]。

3.4 分期功能锻炼的康复价值

本研究参照中医护理方案分阶段康复。术后1周内前屈 ≤ 60°、外展 ≤ 50°保安全，文献支持早期角度控制。早期远端活动促血运防萎缩，中期增活动松解粘连，后期全面康复恢复功能[8]。内外协同、动静结合，加速肿痛消退，提升肩关节整体恢复效果。

结束语

本研究基于锁骨骨折中医辨证规律与手术创口安全要求，结合住院周期，构建了术前3天中药烫熨联合碎补膏预处理、术后避开创面单纯烫熨、配合分期功能锻炼的特色方案。术前烫熨严格于骨折48h后开始，术后1周内前屈 ≤ 60°、外展 ≤ 50°，出院1周后复诊评价效果。该方案规避了术后药膏敷贴的安全隐患，发挥中医外治活血化瘀、消肿止痛、舒筋通络的优势，显著改善围手术期肿痛，加速肿胀消退，促进肩关节功能恢复。该技术简便安全、性价比高、患者依从性好，值得临床推广。

参考文献

[1]于林歌.针对性护理在锁骨骨折内固定术后患者护理中的价值分析[J]. 中国伤残医学,2024,32(3):78-82.

[2]彭念,肖蔚林,张娇. 骨伤科中医适宜技术与中药综合管理体系的构建应用[J]. 中医药管理杂志,2024,32(21):213-215.

[3]王齐康,周必洪.探讨非创伤性肩袖损伤患者采用中药烫熨治疗的效果[J]. 海峡药学,2022,34(12):97-100.

[4]杨磊,赵军.中药外治法在骨折术后康复中的临床应用进展[J].中医药临床杂志, 2022, 34(7): 1392-1396.

[5]齐玉峰,于波. 中医药在创伤骨科围术期加速康复的应用[J]. 光明中医,2025,40(6):1229-1232.

[6]郑丽丽,张丽芳.锁骨骨折患者睡眠体位干预对骨折愈合及睡眠质量影响[J]. 首都食品与医药,2025,32(21):137-139.

[7]孔晶,张丽琴.锁骨骨折患者术后创伤后成长水平及其相关影响因素分析[J]. 安徽医专学报,2025,24(2):136-138.

[8]林泉根. 中医非药物疗法在老年骨科术后恢复期的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2024,22(12):131-133,191.