

中医定向透药联合穴位贴敷对老年股骨颈骨折术后髋关节功能康复的影响

陈碧贞,王美玲,陈慧,高姝,林增平,张杰
(福建中医药大学附属第二人民医院,福建福州 350003)

摘要: 目的 观察中医定向透药联合穴位贴敷对老年股骨颈骨折术后髋关节功能康复的影响。方法 采用回顾性病例研究,收集2017年1月—2019年12月在我院骨伤科行髋关节置换术的老年股骨颈骨折患者88例,按入院时间顺序分为对照组43例和观察组45例,对照组采用围手术期常规护理,观察组在对照组常规护理基础上行中医定向透药联合穴位贴敷,每日1次,疗程1周。比较2组术后首次下床活动时间、术后住院时间、患肢疼痛长海痛尺评分、术后感染发生率及术后患侧髋关节功能 Harris 评分变化情况。结果 与对照组比较,观察组术后首次下床活动时间、术后住院时间明显缩短(P 均 <0.01),术后第1天、第3天、第5天患肢疼痛长海痛尺评分,术后感染发生率均明显降低(P 均 <0.05);术后第7天、术后3个月观察组患侧髋关节功能 Harris 评分均高于对照组(P 均 <0.01)。结论 中医定向透药联合穴位贴敷能有效减轻术后疼痛,促进患侧髋关节功能康复,减少术后感染并发症发生。

关键词: 股骨颈骨折;髋关节功能;中医定向透药;穴位贴敷

中图分类号:R248.2 文献标志码:B 文章编号:1000-338X(2020)06-0088-03

DOI:10.13260/j.cnki.jfjtc.012147

股骨颈骨折是临床常见骨折类型,约占髋关节骨折45%^[1],且以老年人为主,关节置换是本病首选治疗方式。然而由于患者年老体弱、手术应激、伤口疼痛等,术后肺炎、切口感染等并发症发生率高,严重影响患者术后髋关节功能恢复。研究显示老年患者股骨颈骨折术后3个月内死亡率可高达13.5%,约1/2出现残疾,不到1/3患者可以恢复至骨折前功能^[2-3]。穴位敷贴等中医护理技术具有“简、便、效、廉”的独特优势,在四肢长骨、椎骨等骨折患者围手术期应用中取得较好疗效。为探讨中医定向透药联合穴位贴敷对老年股骨颈骨折术后髋关节功能恢复的临床效果,本研究选取我院收治的老年股骨颈骨折术后患者88例作为研究对象,现分析报告

收稿日期:2020-08-16

基金项目:福建省科技厅引导性项目(2018Y0040)

作者简介:陈碧贞(1976—),女,副主任护师,硕士生导师,主要从事医院感染管理及临床护理工作。

如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《外科学》^[4]股骨颈骨折诊断标准:①有跌倒外伤史;②伤后髋部疼痛,下肢活动受限,不能站立和行走;③患肢呈外旋、短缩畸形;④X线片等检查可明确诊断及骨折类型。

1.2 中医辨证标准 参照《股骨颈骨折中医诊疗方案》^[5]辨为血瘀气滞证。①主症:髋部疼痛,肿胀不显,活动受限,动则痛甚。②次症:舌质红,苔薄白,脉弦涩。

1.3 纳入标准 ①年龄 ≥ 65 岁;②行髋关节置换手术;③首次手术;④患者意识清醒,沟通良好并知情同意。本研究已通过我院医学伦理委员会审核(编号:2018-KL014)。

1.4 排除标准 ①合并其他部位多发性骨折;②合并心、脑、肾等重要脏器器质性病变;③术前合并

合现代科学方法进行更多的探索和研究,以期对督脉灸的临床应用带来更多的突破与发展。

综上,督脉灸治疗脾胃虚弱型泄泻,不仅可改善患者的大便性状,对于其他症状如食欲不振、倦怠乏力、神疲懒言均有所改善,并优于口服双歧杆菌乳杆菌三联活菌片配合匹维溴胺治疗,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 泄泻中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(14): 1256-1260.
- [2] 杨照坤. 泄泻病证的古今文献研究与学术源流探讨[D]. 北京:北京中医药大学, 2008: 13-14.
- [3] 陈柘芸, 潘东洪, 梁尧, 等. 恒温雷火灸联合辨证施食治疗脾

胃虚弱证泄泻的效果观察[J]. 全科护理, 2016, 14(34): 3593-3594.

- [4] 杨玉刚, 罗瑞娟, 张艳红. “饭后即便”脾胃虚弱证泄泻的临床治疗[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(1): 34-35.
- [5] 徐国瑞. 参苓白术散联合艾灸治疗脾胃虚弱证泄泻的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(11): 93-94.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 139-143.
- [7] 王栋斌, 葛淑琦, 邱莹. 艾灸天枢穴治疗脾胃虚弱证泄泻的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(6): 15.
- [8] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012: 234-235.
- [9] 吴进, 沈艳艳, 邱萍. 督脉隔姜灸治疗肾阳亏虚型泄泻病人的疗效观察[J]. 全科护理, 2018, 16(10): 1222-1223.

肺部感染等其他感染性疾病;④对本研究使用的中药过敏、穴位局部皮肤破损及湿疹者。

1.5 一般资料 采用回顾性病例研究方法,选取2017年1月—2019年12月在我院骨伤科行髋关节置换术的老年股骨颈骨折患者88例,其中,将2017年1月—2018年6月采用围手术期常规护理43例作为对照组,将2018年7月—2019年12月采用围手术期常规护理基础上配合中医定向透药联合穴位贴敷45例作为观察组。对照组中男20例,女23例;年龄最大94岁,最小70岁,平均(78.62±9.18)岁;体重指数平均(26.58±3.95)kg/m²;手术时间平均(91.35±13.26)min。观察组中男21例,女24例;年龄最大93岁,最小72岁,平均(77.62±10.23)岁;体重指数平均(26.28±4.08)kg/m²;手术时间平均(92.35±11.26)min。2组性别、年龄、体重指数、手术时间等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 研究方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 予以围手术期常规护理:①术前做好生活起居、饮食、用药、情志调护,术前8~10h禁食禁水,完善各项术前准备等。②术后加强生命体征监测,保持患肢外展15°~30°中立位,防止患肢过度屈曲、内旋和外展,静脉止痛泵止痛,预防性使用抗生素,低分子肝素防血栓,伤口换药。③早期进行功能锻炼,循序渐进,包括肌肉收缩运动、髋关节运动、坐起和下床活动等,同时指导患者加强上肢肌力锻炼和深呼吸运动,早活动、晚负重均以不引起患者疲劳为宜。

2.1.2 观察组 在对照组常规护理的基础上采用中医定向透药联合穴位贴敷。①穴位贴敷:采用我院骨伤科传统经验方,将丁香10g,桂皮10g,白芷10g,黄芩10g等药物共研细末,用茶油调成膏状,制成直径2cm、厚0.5cm的药饼并填充至一次性

敷贴片中,将药饼贴敷于中腕、神阙和两侧天枢穴4个穴位上,每次持续贴敷3h,每天1次。②中医定向透药:使用中医定向透药治疗仪(南京炮苑电子技术研究所有限公司,型号:NPD-4BE),将理疗电极片(中南苑深圳药械研究有限公司,型号:NZY-CX)置于双侧环跳穴,调节热度至37~40℃,强度以患者能耐受为度,25min/次,每天1次。以上治疗均由经统一培训的专科护士进行操作,从患者手术后第一天起开始实施,疗程1周。

2.2 评价指标

2.2.1 患肢疼痛程度 于入院时,术后6h、第1天、第3天、第5天分别使用长海痛尺^[6]对2组评分:0分,无痛;1~3分,轻度疼痛;3~5分,中度疼痛;5~7分,重度疼痛;7~9分,剧烈疼痛;10分,疼痛无法忍受。

2.2.2 患侧髋关节功能评估 于术后第7天、术后3个月分别使用Harris髋关节评分表^[7]进行评估,评分包括疼痛评分0~44分、功能评分(日常活动、步态)0~47分、关节活动度评分1~5分、肢体畸形评分1~4分等4项内容,满分100分。>90分为优良,80~89分为较好,70~79分为尚可,<70分为差。

2.2.3 术后感染发生率 根据《医院感染诊断标准》^[8]判断,通过海泰院感信息化系统进行监测记录。

2.2.4 术后首次下床时间及术后住院时间 分别计算从麻醉拔管时起至第一次下床活动的时间、手术日至出院日的时间。

2.3 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行数据处理。计数资料以%表示,采用 χ^2 检验;计量资料属正态分布的以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。

3 结果

3.1 2组患肢疼痛长海痛尺评分比较 见表1。

表1 2组患肢疼痛长海痛尺评分比较($\bar{x}\pm s$)

分

组别	<i>n</i>	入院时	术后6h	术后第1天	术后第3天	术后第5天
对照组	43	6.95±0.67	1.45±0.27	6.95±0.67	5.14±1.23	4.78±1.34
观察组	45	7.05±0.87	1.39±0.35	5.58±1.56 ¹⁾	3.26±1.42 ¹⁾	2.58±0.65 ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P<0.05$ 。

3.2 2组患髋关节功能Harris评分比较 见表2。

表2 2组患侧髋关节功能Harris评分比较($\bar{x}\pm s$)

分

组别	<i>n</i>	术后第7天	术后3个月
对照组	43	70.23±11.2	79.89±12.33
观察组	45	80.21±9.68 ¹⁾	89.21±10.71 ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P<0.01$ 。

3.3 2组术后感染发生率比较 见表3。

3.4 2组术后首次下床活动时间、术后住院时间比较 见表4。

4 讨论

中医学认为:老年股骨颈骨折患者正虚于内,新伤于外,精神焦虑;患处经络筋骨损伤,血瘀气滞,局部疼痛肿胀;手术等侵入性操作又会损耗气血津

表 3 2 组术后感染发生率比较(n, %)

组别	n	肺部感染	切口感染	尿路感染	其他部位感染	感染发生率
对照组	43	4(9.30)	2(4.65)	2(4.65)	1(2.32)	9(20.93)
观察组	45	1(2.22)	0(0.00)	1(2.22)	0(0.00)	2(4.44) ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P < 0.05$ 。

表 4 2 组术后首次下床活动时间、术后住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	首次下床时间/d	术后住院时间/d
对照组	43	4.59 ± 0.89	12.41 ± 2.56
观察组	45	2.23 ± 0.58 ¹⁾	9.23 ± 1.45 ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P < 0.01$ 。

液,气血亏虚,运行不畅;术后久卧于床,脏腑失调,营卫不和,邪气易干^[9]。因此,治之当以活血化痰、行气止痛、益气养血为要。

中医定向透药疗法是将传统中医学、生物电药导理论、现代微电脑技术等相结合,通过穴位脉冲电刺激、中频仿生按摩及热磁治疗等多重功能,将药物分子准确、高效地经皮渗透并作用于机体^[10]。本次研究选择环跳穴行中医定向透药疗法,利用热力及穴位刺激作用,能扩张皮肤微小动静脉,改善局部血液循环,降低肌张力,起到减轻局部麻木和疼痛之效。本研究结果显示:2 组入院时、术后 6 h 患肢疼痛评分无差异,而观察组术后第 1 天、第 3 天、第 5 天患肢疼痛评分明显低于对照组;首次下床活动时间早于对照组。患者术后患肢疼痛有效减轻后,患肢功能锻炼开始时间提前,有助于提高肌力,促进患髋运动功能康复。本研究结果还显示:观察组术后第 7 天、术后 3 个月患侧髋关节功能 Harris 评分均优于对照组。同时中医定向透药疗法操作简便,患者感觉舒适,易于接受,但操作中要注意观察患者的反应,强度应以患者能耐受为度。

老年患者创伤、接受侵入性手术操作,必损伤元气、失血耗液,加之经络受损,营血离经,阻塞经络,不通则痛;同时术后麻醉、静滴镇痛药物等会抑制胃肠蠕动,致脾胃虚弱,运化失司,气机升降失常,气血壅滞,腑气不通^[11]。穴位贴敷是融经络、穴位、药物为一体的传统中医外治法,通过穴位刺激和药物经皮渗透而起效。本研究采用老中医经验方贴敷于中脘、天枢和神阙穴,方中丁香味辛性温,温中暖肾,降逆下气;桂皮归脾胃、肝肾经,可温中散寒,理气止痛;白芷有消肿止痛之效。所选穴位中脘,有通调气机、和胃健脾之效;天枢可理气止痛,活血散瘀;神阙为先天之结蒂,后天之气舍,是十二经络之根,刺激该穴可通过经络循行直达病位,能调和气血,温中止痛^[12]。以上穴位及药物共同作用可活血散瘀,理气止痛,温阳补益,能有效减轻患者

疼痛,增强抵抗力,促进机体恢复。

本研究结果还显示:观察组术后肺炎、切口感染、尿路感染等感染发生率均低于对照组,提示穴位贴敷与中医定向透药联合治疗不仅可减轻患者术后疼痛,提高下床活动能力,增加患者功能锻炼依从性,同时使患者卧床时间减少,机体的呼吸、胃肠及免疫功能也得以恢复和提高,从而降低了感染性并发症的发生,不仅改善患者预后,更是缩短术后住院时间。综上所述,中医定向透药联合穴位贴敷可以有效减轻老年股骨颈骨折患者术后疼痛,促进髋关节功能快速康复,减少感染并发症发生,值得临床推广应用。但本次研究为单中心回顾性病例研究,病例数较少,结果存在一定局限性,有待进一步扩大样本量进行进一步研究。

参考文献

- [1] 章镇南,吴斌,董忠. 福州地区老年骨折患者回顾性分析[J]. 中国骨质疏松杂志,2018,24(7):949-957.
- [2] 周洋洋,倪英杰,李荣娟,等. 老年股骨颈骨折治疗研究进展[J]. 中国修复重建外科杂志,2019,33(8):1033-1040.
- [3] HERSHKOVITZ A, PULATOV I, BRILL S, et al. Can hip-fractured elderly patients maintain their rehabilitation achievements after 1 year? [J]. Disabil Rehabil, 2012, 34(4):304-310.
- [4] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:659-660.
- [5] 国家中医药管理局. 国家中医药管理局办公室关于印发中风病(脑梗死)等 92 个病种中医临床路径和中医诊疗方案(2017 年版)的通知[EB/OL]. (2017-03-22)[2020-06-16]http://yzs.satcm.gov.cn/gongzuodongtai/2018-03-24/2651.html.
- [6] 张艳,李冰冰,孔祥燕. 骨折关节骨折围术期疼痛管理新进展[J]. 中国全科医学,2019,22(35):4293-4297.
- [7] 徐峰,袁凯旋,陈圣宝,等. 髋关节功能评分研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2018,39(3):141-144.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志,2001,81(5):314-320.
- [9] 欧阳艳菲. 中医护理方案在股骨颈骨折患者髋关节置换术后的应用研究[D]. 广州:广州中医药大学,2019:12-15.
- [10] 张珠平,汤丽珍,黄明芳,等. 中医定向透药疗法治疗缺血性脑卒中恢复期肢体功能障碍 50 例[J]. 福建中医药,2020,51(2):81-82.
- [11] 田春燕,张玉叶. 艾灸、穴位贴敷联合快速康复干预对老年全膝关节置换术后下肢疼痛、下肢肌力、膝关节功能的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志,2020,26(4):686-691.
- [12] 王敏,卜彩芳,黄丽霞,等. 神阙穴拔罐在胸腰椎结核术后胃肠功能障碍中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2017,23(16):2149-2151.