

综合护理对股骨头坏死患者的影响

赵俊燕

(河南省中医院,河南 郑州,450002)

[摘要] 目的:观察综合护理对早中期股骨头坏死(ONFH)的影响。方法:将140例ONFH患者随机分为观察组和对照组,每组各70例。对照组在仙灵骨葆胶囊+双氯芬酸钠治疗的基础上给予常规护理,观察组在对照组基础上给予综合护理。观察比较2组综合疗效、髋关节功能(Harris)评分、面部表情疼痛量表(FPS-R)评分、血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)的含量、患者依从性及护理满意度,随访第3、6、12个月复发率。结果:观察组总有效率为97.1%,明显高于对照组的72.9%($P < 0.05$);干预后2组Harris和FPS-R评分较治疗前均明显改善($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$);干预后2组TNF- α 和IL-1 β 水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$);观察组总依从率为97.1%,高于对照组的72.9%($P < 0.05$);观察组患者护理满意率为98.6%,高于对照组的72.9%($P < 0.05$);随访第12个月,观察组复发率为12.9%,明显低于对照组的21.4%($P < 0.05$)。结论:综合护理干预可有效改善ONFH患者的临床症状,降低复发率,患者依从性好。

[关键词] 股骨头坏死;综合护理;心理护理;体位护理

[中图分类号] R274.912 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.049

股骨头坏死(osteonecrosis of the femoral head, ONFH)是多种病因导致的股骨头血液供应破坏,引起骨细胞活力成分的代谢紊乱甚至死亡的一种病变^[1]。在我国30岁以上人群中发病率为1.3%~4.2%,且以每年15~20万的速度增加,发病率远远高于发达国家^[2]。其导致股骨头结构改变、疼痛、变形,关节炎症,关节活动和负重行走功能障碍,多数患者在发病2~5年发生股骨头塌陷。本研究观察综合护理干预对ONFH的影响,取得满意疗效,且复发率低,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1~9月于我院就诊的140例ONFH患者,按随机数字表法随机分为观

察组和对照组,每组各70例。观察组中,男49例,女21例;年龄31~57岁,平均 (42.7 ± 5.1) 岁;病程1.6~18.6年,平均 (7.5 ± 2.3) 年。对照组中,男51例,女19例;年龄32~58岁,平均 (41.3 ± 5.2) 岁;病程1.7~19.2年,平均 (7.3 ± 2.1) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合Mont MA等^[3]制定的标准:患者早期出现跛行,髋和膝关节僵硬疼痛,活动痛加,休息痛减;髋关节活动受限;X线片显示骨坏死改变。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄30~60岁;3)近2周末使用抗组织代谢类和非甾体类抗炎药;4)患者知情并签署书面知情同意书。

基金项目:河南省科技厅科技攻关项目(编号:162102310447)

作者简介:赵俊燕,女,主管护师,研究方向:骨伤病护理研究

本观察结果显示,观察组的总有效率明显高于对照组,干预后的疼痛及水肿程度评分明显低于对照组,表明在肛肠疾病术后疼痛水肿的治疗中,痔疮止痛浸膏熏洗坐浴可有效缓解疼痛,减轻水肿,提高综合疗效,利于患者术后的恢复,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 梁建生,罗俊,徐桂兰,等. 肛肠疾病肛周手术切口感染诊断标准的建立与评估[J]. 中国肛肠病杂志,2009,29(6):21-24.
- [2] 张端香. 改良视觉模拟评分法在中医护理方案临床效果评价

中的应用[J]. 全科护理,2017,10(27):3377-3378.

- [3] 王英娟. 中药熏洗坐浴减轻肛肠疾病术后疼痛促进术后创面愈合的护理体会[J]. 内蒙古中医药,2014,33(29):180.
- [4] 李卓远. 中药熏洗坐浴改善肛肠科常规术后疼痛水肿的观察[J]. 沈阳医学院学报,2016,23(5):353-355.
- [5] 卢兴华,过石胜. 中药熏洗坐浴改善肛肠科术后疼痛水肿的疗效观察[J]. 实用药物与临床,2013,16(11):1103-1105.
- [6] 边界. 痔疮止痛浸膏熏洗坐浴护理肛肠疾病术后疼痛水肿[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(3):541-543.
- [7] 范宇锋,朱炜. 自拟肛门洗剂熏洗坐浴治疗肛肠科术后创口疼痛46例[J]. 浙江中医杂志,2015,60(9):682.

(收稿日期:2018-10-20)

1.4 排除标准 1)合并心、肺、肝、肾等脏器严重疾病;2)过敏体质或对本研究所用药物过敏;3)合并骨质疏松、骨性关节炎、风湿类疾病;4)合并精神疾病;5)妊娠期及哺乳期妇女。

2 干预方法

2.1 治疗方法 采用仙灵骨葆胶囊与双氯芬酸钠缓释片治疗。口服仙灵骨葆胶囊[国药集团同济堂(贵州)制药有限公司,批准文号:国药准字Z20025337,规格:0.5g/粒],3粒/次,2次/d。同时口服双氯芬酸钠缓释片(湖南华纳大药厂有限公司,批准文号:国药准字H20067776,规格:0.1g/片),整片吞服,1片/次,1次/d。连续治疗8周。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组 采用常规护理。包括叮嘱患者注意休息、避免股骨头受累、养成良好的生活习惯等。

2.2.2 观察组 在常规护理基础上采用综合护理进行干预。1)评估疾病。评价影响患者 ONFH 的因素,制定针对性的综合护理方案。2)心理护理。多数患者因 ONFH 而影响生活和工作时会出现焦虑、抑郁等情绪,护师应主动和患者进行沟通,了解患者的想法和意愿,建立良好的护患关系,促进其以平和的心态对待疾病。并介绍治疗成功案例,增强患者治疗信心。3)体位护理。合适的卧床休息可以缓解腰部肌痉挛,促进肌肉放松、减轻病变部位疼痛。叮嘱患者采用硬板床休息。根据患者病情,协助其采取缓解 ONFH 压力及疼痛的体位。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)主要症状评分。观察干预前后髋关节功能评分(Harris 评分)^[4]和面部表情疼痛量表评分(FPS-R 评分)^[5]。评定工作由本科室主治医师和护师完成,其未参与此研究,不了解患者分组情况。2)炎症相关血液指标。检测患者干预前后血清炎症指标肿瘤坏死因子-α(TNF-α)和白细胞介素-1β(IL-1β)的含量。3)患者依从性及护理满意度。4)随访干预结束后3、6、12个月的复发率。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。治愈:疗效指数≥70%;显效:50%≤疗效指数<70%;有效:20%≤疗效指数<50%;无效:疗效指数<20%或无改善。疗效指数=(干预后 Harris 评分-干预前 Harris 评分)/干预前 Harris 评分×100%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行

数据统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 Chi-square 检测。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 观察组总有效率为97.1%,明显高于对照组的72.9%,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	70	31(44.3)	21(30.0)	16(22.8)	2(2.9)	68(97.1) ^a
对照组	70	16(22.9)	23(32.9)	12(17.1)	19(27.1)	51(72.9)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.2 2组干预前后 Harris、FPS-R 评分比较 干预前2组 Harris、FPS-R 评分比较,差异无统计学(*P*>0.05)。干预后2组 Harris 和 FPS-R 评分均明显改善,且观察组优于对照组。(见表2)

表2 2组干预前后 Harris、FPS-R 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	Harris 评分	FPS-R 评分
观察组	70	治疗前	61.7±2.7	6.4±1.2
		治疗后	92.5±4.1 ^{ab}	1.6±0.3 ^{ab}
对照组	70	治疗前	62.4±2.8	6.3±1.1
		治疗后	79.5±3.7 ^a	3.8±0.6 ^a

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05;与对照组干预后比较,^b*P*<0.05。

3.4.3 2组干预前后炎症因子比较 干预前2组 TNF-α 和 IL-1β 水平比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。干预后2组 TNF-α 和 IL-1β 水平均明显降低,且观察组优于对照组。(见表3)

表3 2组干预前后炎症因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	TNF-α(pg/mL)	IL-1β(ng/L)
观察组	70	治疗前	88.54±6.20	35.8±6.41
		治疗后	5.26±3.21 ^{ab}	12.82±3.51 ^{ab}
对照组	70	治疗前	89.62±6.30	36.51±6.59
		治疗后	71.62±5.61 ^a	21.57±5.42 ^a

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05;与对照组干预后比较,^b*P*<0.05。

3.4.4 2组依从情况比较 观察组总依从率为97.1%,高于对照组的72.9%,差异有统计学意义。(见表4)

表4 2组依从情况比较[例(%)]

组别	例数	依从性好	依从一般	依从性差	总依从
观察组	70	39(55.7)	29(41.4)	2(2.9)	68(97.1) ^a
对照组	70	16(22.9)	35(50.0)	19(27.1)	51(72.9)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.5 2组护理总满意度比较 观察组护理满意

率为98.6%,高于对照组的72.9%,差异有统计学意义。(见表5)

表5 2组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	一般	不满意	总满意
观察组	70	43(61.4)	17(24.3)	9(12.9)	1(1.4)	69(98.6) ^a
对照组	70	13(18.6)	21(30.0)	17(24.3)	19(27.1)	51(72.9)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.6 2组复发率比较 随访第12个月,观察组复发率明显低于对照组。(见表6)

表6 2组复发率比较[例(%)]

组别	例数	随访3个月	随访6个月	随访12个月
观察组	70	1(1.4)	4(5.7)	9(12.9) ^a
对照组	70	3(4.3)	8(11.4)	15(21.4)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

ONFH病因有两种:一种发生在股骨颈骨折复位不良的愈合,股骨头内的负重骨小梁转向负重区承载应力减低,出现应力损伤,所以坏死总是发生在患者骨折愈合^[7]。另一种是骨组织自身病变,如最常见的慢性乙醇中毒或使用糖皮质激素引起的骨坏死,以及骨组织的再生修复能力障碍。股骨头坏死的症状和体征多种多样,病痛出现的时间、发作的程度也不尽相同,但都是以病理演变作为基础^[8]。而各种临床表现都不是股骨头坏死所特有的,许多髋关节疾患都可以发生,即难以通过患者的主观症状和临床检查做出股骨头坏死的诊断。ONFH最常见的症状就是疼痛,疼痛的部位是髋关节、大腿近侧,可放射至膝部。疼痛可以因坏死组织-修复的炎症病变或炎症病灶内的高压引起,可表现为持续痛、静息痛。骨软骨塌陷变形导致创伤性关节炎,或有髋关节周围肌肉韧带附着部位慢性损伤性疼痛。髋部活动受限,特别

是旋转活动受限,或有痛性和短缩性跛行。

本文采用目前国内外公认的Harris和FPS-R评分量表评价ONFH患者的临床症状,结果显示2组患者干预后Harris评分和FPS-R评分均较干预前明显改善,且观察组的改善情况优于对照组;干预后观察组总有效率、TNF- α 和IL-1 β 水平、患者依从率及护理满意率均明显优于对照组,随访第12个月复发率明显低于对照组,说明综合护理干预可明显改善ONFH患者临床症状,患者依从性好,复发率低,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Gómezmoreno G, Arribasfernández MC, Fernández - Guerrero M, et al. Bisphosphonate - associated osteonecrosis of the jaw 2 years after teeth extractions; a case report solved with non - invasive treatment[J]. European review for medical and pharmacological sciences, 2014, 18(9): 1391 - 1397.
- [2] Gang SNR, Fu - Ann L. Experimental study on the expression of VEGF and BMP - 2 in steroid - induced osteonecrosis of the femoral head[J]. Life Sci J, 2013, 10(1): 2853 - 2855.
- [3] Mont MA, Hungerford DS. Non - traumatic avascular necrosis of the femoral head[J]. J Bone Joint Surg Am, 1995, 77(3): 459 - 474.
- [4] Hicks CL, Von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The face pain scale revised; toward a common metric in pediatric pain measurement [J]. Pain, 2001, 93(2): 173 - 183.
- [5] 方斌, 何伟, 魏秋实. 中医药对不同证型股骨头坏死患者生存质量的影响[J]. 新中医, 2012, 44(11): 67 - 70.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 297 - 299.
- [7] 于潼, 谢利民, 张振南, 等. 股骨头坏死中医体质分布研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(6): 659 - 662.
- [8] 宋才渊, 沈兴潮, 吕帅杰, 等. 右归饮治疗激素性股骨头坏死的研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(4): 1204 - 1207.

(收稿日期: 2018 - 10 - 22)

按揉带脉穴赶走烦恼“啤酒肚”

随着生活日渐丰富,可选择的食物繁多,很多人不注意节制、饮食过量,加之部分人群长时间坐着工作、缺乏运动,腹部脂肪日渐增多、过剩,便形成所谓的“啤酒肚”。要告别“啤酒肚”,除了合理运动、规律饮食,还可以用带脉打“助攻”。

穴名:带脉为人体奇经八脉之一,如衣带般于脐水平环绕,约束着上下行走的诸多经脉。该穴为带脉与足少阳胆经的交会穴,且为带脉的主穴,故以其经脉命名为“带脉”。

穴性:带脉穴,具有温补下焦、利水降浊的功效。中医学把人体划分为上中下三焦(或三个部位),其中脐以下为下焦。下焦阳气不足、气血凝滞,水湿痰浊则积聚于内,不易排出体外。体内过剩的脂肪,也多属于这类“水湿痰浊”。故以带脉穴补充下焦阳气,起到温化痰湿的作用;且可恢复带脉“约束诸经脉”的作用,让气血运行通畅,从而促进脂肪代谢,是我们减掉“啤酒肚”的“好队友”。

取穴法:在第11肋骨游离端下方垂线与脐水平线的交点处(第十一肋骨游离端,约在身体外侧中线上,肋弓下缘)。

按摩法:行点揉法。双手拇指腹按于穴位上,掌心向内,其余四指于腰背部固定。拇指由轻到重用点揉,以微觉酸胀感为度。每次点揉3~5min,每天2~3次。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2019-05/23/content_615967.htm)