

● 中医伤科 ●

引用:李翰林,张伟中,徐浩,李建新,王云根,顾春妹,范伟华.耳穴压籽在高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术后辅助镇痛的疗效观察[J].湖南中医杂志,2022,38(9):58-61.

耳穴压籽在高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术后辅助镇痛的疗效观察

李翰林¹,张伟中¹,徐浩¹,李建新²,王云根¹,顾春妹¹,范伟华¹

(1. 苏州市吴江区中医医院/苏州市吴江区第二人民医院,江苏 苏州,215200;

2. 苏州市吴江区第四人民医院,江苏 苏州,215200)

[摘要] 目的:观察耳穴压籽在高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术后辅助镇痛的疗效。方法:将 60 例高龄股骨颈骨折且拟行人工股骨头置换术的患者随机分为治疗组与对照组,每组各 30 例。对照组在围手术期予以塞来昔布胶囊口服治疗,治疗组在此基础上加用耳穴压籽治疗,穴取双耳皮质下、神门、交感、髋关节。观察 2 组术前及术后 6、12、24、48 h 静息状态下疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分,术后 12、24、48 h 血清 β 内啡肽(β -EP)水平,术后 24 h 内的镇痛药物使用量及不良反应发生情况。结果:治疗组术后 6、12、24 h VAS 评分均显著低于对照组,术后 12、24、48 h 血清 β -EP 水平均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组首次追加镇痛药时间晚于对照组,24 h 内镇痛药物追加次数少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。对照组有 3 例出现不良反应,考虑个体差异等原因,未做统计学分析。结论:耳穴压籽能够有效缓解高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术后的疼痛症状,明显减少镇痛药物使用量,确保高龄患者安全度过围手术期。

[关键词] 股骨颈骨折;人工股骨头置换术;耳穴压籽;围手术期;镇痛

[中图分类号] R245.32⁺3, R274.93 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.09.015

股骨颈骨折是老人较为常见的骨折之一,约占成人总骨折的 3.6%,其发病年龄男性平均为 72 岁,女性平均为 77 岁^[1]。高龄股骨颈骨折患者保守治疗后卧床并发症率及病死率较高,为恢复早期活动、减少卧床并发症,目前均提倡行手术治疗。人工股骨头置换术在高龄股骨颈骨折患者重建髋关节功能、早期下床活动、缓解患者不适方面已得到广泛认同^[2]。有效的术后镇痛能帮助患者早日下床活动,迅速恢复髋关节功能并预防卧床并发症,缩短住院时间。但高龄患者基础疾病较多、体质较差,对镇痛药物的耐受性相对较差,用药后可能会出现各种不良反应^[3]。耳穴压籽通过王不留

行按压刺激耳穴,能达到类似针刺镇痛的效果^[4]。本研究采用耳穴压籽对高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术后 30 例行辅助镇痛治疗,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 12 月至 2019 年 12 月苏州市吴江区中医医院收治的高龄股骨颈骨折且拟行人工股骨头置换术的患者 60 例为研究对象,采用随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 17 例,女 13 例;平均年龄(77.00 ± 5.89)岁;骨折分型:头下型 16 例,颈中部 10 例、基底部 4 例;受伤原因:跌伤 18 例,车祸伤

基金项目:江苏省苏州市民生科技医疗卫生应用基础研究项目(SYSD2017204)

第一作者:李翰林,男,医学硕士,副主任中医师,研究方向:中西医结合治疗骨与关节损伤

通信作者:范伟华,女,副主任护师,研究方向:骨与关节损伤的中西医结合护理,E-mail:lhldoctor@163.com

6例,其他6例。对照组中,男16例,女14例;平均年龄(74.70 ± 4.62)岁;骨折分型:头下型13例,颈中部12例,基底部5例;受伤原因:跌伤21例,车祸伤5例,其他4例。2组在性别、年龄、骨折分型、受伤原因等方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本次研究经苏州市吴江区中医医院伦理委员会批准同意进行(伦理批准文号:2017-04)。

1.2 纳入标准 1)经X线或CT检查确诊为股骨颈骨折,且为单侧骨折;2)拟择期在硬膜外麻醉下行人工股骨头置换术治疗;3)年龄65~90岁;4)骨折前具备基本行走、负重能力;5)患者及家属自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 1)术前长期使用镇痛药物;2)多发性骨折、陈旧性骨折或病理性骨折(骨质疏松性病理性骨折者不排除);3)凝血功能异常;4)认知功能障碍;5)耳郭畸形;6)患有精神类疾病,有乙醇和毒品依赖征,或有麻醉药物过敏史。

2 治疗方法

2.1 手术方法 60例患者均行单侧人工股骨头置换术,手术均由同一治疗组医师施行。采取持续硬膜外麻醉,采用后外侧入路,显露髋关节后取出股骨头,行转子间截骨、扩髓、试模后安放与取出的股骨头大小一致的人工股骨头,确保人工股骨头保持 $10^\circ \sim 15^\circ$ 的前倾。冲洗切口,复位髋关节,彻底止血,放置负压引流球,缝合关节囊、重建外旋肌群,逐层闭合切口。术后24 h引流量低于50 ml时拔除引流管,术前30 min及术后24 h内均预防性使用抗生素,术后均进行相同的功能锻炼及康复治疗。术中麻醉均由同一治疗组麻醉师完成。

2.2 对照组 围手术期予口服塞来昔布胶囊镇痛治疗。参照《中国髋、膝关节置换术加速康复:围术期疼痛与睡眠管理专家共识》^[5]中的标准服用,患者术前1 d口服塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,批准文号:国药准字 H20140106,规格:0.2 g/粒),0.4 g/次,2次/d;术后口服塞来昔布胶囊,1粒/次,2次/d,术后连续治疗3 d。当疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分^[6] ≥ 3 分时,则加服1粒塞来昔布胶囊;VAS评分 ≥ 7 分时,联合肌内注射盐酸曲马多注射液(浙江医药股份有限公司新昌制药厂,批准文号:国药准字 H33021068,规格:2 ml:0.1 g)100 mg,

1次/d。对照组患者术前及术后于双耳皮质下、神门、交感、髋关节穴贴0.5 cm $\times$ 0.5 cm大小的胶布,但无王不留行,亦不做任何按压和刺激。

2.3 治疗组 在对照组基础上加用耳穴压籽辅助镇痛。术前取胶布裁剪成0.5 cm $\times$ 0.5 cm大小,中间粘贴王不留行,敷于双耳皮质下、神门、交感、髋关节穴。用拇、食指分别于耳郭内外按压,以出现热、麻、胀、痛感为宜,术前每2 h按压1次,术后每1 h按压1次,以出现酸痛为度,每次每穴按压3~5 min,术后连续按压3 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛评分 采用VAS评分观察2组患者术前及术后6、12、24、48 h静息状态的疼痛情况。方法:使用一条长约10 cm的游动标尺,有可滑动的游标,一面标有10个刻度,两端分别为“0”和“10”,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。临床测试时患者面对无刻度的一面,将游标放在当时最能代表疼痛程度的部位,医师根据患者标出的位置为其评出分数,分值越高,表示疼痛越明显^[6]。

3.1.2 血清 β -内啡肽(β -EP)水平 于术前及术后12、24、48 h采用放射免疫法检测血清 β -EP水平,试剂盒购自上海斯信生物科技有限公司(货号:J28467),检测指标检测3次后取平均值。

3.1.3 术后24 h内镇痛药物使用情况 包括口服的塞来昔布镇痛次数与总剂量,以及追加的肌内注射曲马多的次数及总剂量。

3.1.4 术后镇痛过程中不良反应发生情况 观察统计出现恶心、呕吐或皮疹、瘙痒持续24 h以上或症状严重必须治疗的病例数。

3.2 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验或秩和检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组不同时间节点VAS评分比较 术前2组VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后2组VAS评分均较术前下降,术后6、12、24 h治疗组VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),但术后48 h比较,2组VAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。(见表1)

表 1 2 组不同时间节点 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	术前	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
治疗组	30	5.46±0.51	4.71±0.19	2.66±0.19	1.34±0.27	1.08±0.16
对照组	30	5.42±0.53	5.16±0.15	3.18±0.21	1.80±0.20	1.17±0.25
t 值		-0.26	9.24	5.37	8.56	1.66
P 值		0.80	<0.01	<0.01	<0.01	0.11

3.3.2 2 组不同时间节点血清 β -EP 水平比较

术前 2 组血清 β -EP 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 12、24、48 h 治疗组血清 β -EP 水平均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组不同时间节点血清 β -EP 水平比较($\bar{x}\pm s$,pg/ml)

组别	例数	术前	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
治疗组	30	20.89±3.36	32.38±6.01	27.34±3.20	22.86±4.59
对照组	30	21.83±3.27	37.91±5.97	30.79±4.19	25.51±4.84
t 值		1.38	4.49	4.30	2.33
P 值		0.18	<0.01	<0.01	0.03

3.3.3 2 组术后 24 h 内镇痛药物使用情况比较

治疗组术后首次追加镇痛药时间晚于对照组,24 h 内镇痛药物追加次数少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组术后 24 h 内镇痛药物使用情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	首次使用时间 (min)	口服药物镇痛次数 (次)	追加曲马多针剂次数 (次)
治疗组	30	105.13±27.54	0.70±0.54	0.10±0.31
对照组	30	68.60±20.52	1.50±0.63	0.30±0.47
t/Z 值		t=-5.88	Z=-3.69	Z=-2.12
P 值		<0.01	<0.01	0.03

3.3.4 2 组术后镇痛过程中不良反应发生情况

治疗组术后均未发生恶心、呕吐、皮疹、瘙痒等不良反应。对照组有 3 例术后 6 h 内翻身拍背时出现恶心、呕吐症状,给予卧床休息、肌内注射盐酸甲氧氯普胺注射液(徐州莱恩药业有限公司,批准文号:国药准字 H32026442,规格:1 ml:10 mg)10 mg 后缓解。考虑到患者个体差异、麻醉耐受差异、不良反应发生率较少等原因,2 组不做统计学处理及比较。

4 讨 论

围手术期疼痛是限制绝大多数人工髋关节置换术后早期活动的主要因素之一,适当的控制疼痛可加速人工髋关节置换术后患者的康复进程^[7],但高龄患者对镇痛药物的耐受性相对较差,用药期间容易出现各种不良反应^[8],严重影响患者的术后康复进程。

耳穴疗法是通过刺激耳郭上相应的穴位防治疾病的方法。《灵枢·口问》载:“耳者,宗脉之所聚也。”《素问·缪刺论》载:“十二经脉皆通于耳。”十二经脉循行分布于耳郭周围,六条阳经直入耳中或布于耳周,六条阴经则通过络脉与耳相联或通过经别与阳经相合间接上达于耳。刺激耳上的特定穴位,可以引起经络传感,进而调整相应脏腑的功能活动,其作用机制可能与经络、脏腑、穴位及气血相关^[9]。耳郭周围分布着丰富的神经,如躯体神经、迷走神经、交感神经等,并在耳郭处相互吻合、重叠,形成神经丛,当受到一定刺激时,可干预神经元的冲动传递,从而达到镇痛的效果^[10-11]。有研究表明耳穴压籽产生的机械性刺激通过耳郭皮肤信息通路、神经通路,将信息由外周传到中枢神经系统,促进 β -EP 神经递质的释放,参与镇痛^[12]。 β -EP 主要来源于垂体,受促肾上腺皮质激素释放因子的调节,并受肾上腺的反馈控制,在学习、记忆、应激反应、保持内稳态的稳定和调控疼痛中发挥重要作用,可以作为反映机体疼痛状况的一项客观指标^[13]。研究表明,当机体刚受到外源性刺激时,血中 β -EP 含量显著升高,免疫能力下降,随着刺激的缓解,其浓度逐渐下降,通过耳穴按压可使患者血和脑脊液中 β -EP 含量升高而达到镇痛作用^[14]。关于镇痛药物及镇痛方法与患者或试验模型外周静脉血中 β -EP 变化水平相关性研究可分为两类,一类是通过耳穴、针刺、推拿、艾灸、中药外敷、电针等手段刺激患者或试验模型,可促进其 β -EP 水平的升高;另一类是通过现代化学药物,如阿片生物碱类、非甾体抗炎药,可促进其 β -EP 水平的降低^[14]。上述研究均为耳穴镇痛提供了一定的科学理论依据,为临床推广耳穴在临床疼痛管理中的应用奠定了基础。

本研究取神门、皮质下、交感、髌关节等穴位,通过压籽的方法辅助镇痛,取得满意疗效。神门穴位于三角窝内,分布有耳大神经、耳颞神经,乃镇静安神之要穴,具有解痉止痛、镇静安眠之效^[15];皮质下穴所处的对耳屏区域有迷走神经、舌神经等分布,刺激该穴可调节兴奋、抑制信号传导,具有显著的镇痛效果^[16];交感穴位于对耳轮下角末端与耳轮内缘相交处,有枕小神经、三叉神经等分布,可安神定志,调节植物神经功能紊乱^[17];髌关节穴位于对耳轮上脚的下 1/3 处,主治髌关节疼痛,有活血止

痛、通利关节之功效,属于按病变部位取穴;诸穴配伍,共行镇静止痛、疏经通络之功,体现了中医学“循经取穴”“按经络病候取穴”的选穴原则。2组术后血清 β -EP水平均发生不同程度的上调,提示手术创伤、疼痛等因素导致机体处于应激状态,治疗组血清 β -EP水平均显著高于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$),说明耳穴压籽能够促进 β -EP释放从而抑制感觉神经元传导而发挥镇痛作用。治疗组术后6~24 h内的VAS评分均低于对照组($P<0.01$),镇痛药物使用量及追加镇痛次数均低于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$),提示耳穴压籽能够增强高龄股骨颈骨折患者人工股骨头置换术镇痛效果。

综上所述,耳穴压籽辅助镇痛能够提高人工股骨头置换术患者术后镇痛效果,减少患者术后镇痛药物的使用量,并能改善机体应激状态,提高患者对镇痛治疗的耐受度,具有操作简单、价格低廉、安全无创的特点,可以作为临床围手术期镇痛的一种有效辅助方法。

参考文献

- [1] 李佳,刘勃,刘松,等.中国中西部地区2010至2011年60岁以上股骨颈骨折流行病学对比[J].中华老年骨科与康复电子杂志,2018,4(1):38-42.
- [2] 石斌,李宏伟,牛建民,等.螺钉内固定、股骨头置换与全髋关节置换治疗老年移位型股骨颈骨折的疗效比较[J].中华解剖与临床杂志,2019,24(6):577-582.
- [3] 崔诗允.镇痛药物不良反应专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2021,8(2):139-143.
- [4] 倪娟,刘佳,彭廷云,等.腕踝针联合耳穴压豆对肺癌骨转移患者的镇痛效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(8):114-116.
- [5] 沈彬,翁习生,廖刃,等.中国髋、膝关节置换术加速康复:围术期疼痛与睡眠管理专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2016,9(2):91-97.
- [6] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志:电子版,2014,8(2):273.
- [7] 张理,席小燕,林炎水,等.快速康复对老年股骨颈骨折全髋关节置换患者髋关节功能的影响[J].创伤外科杂志,2019,21(5):355-358.
- [8] 杨瑞.骨科老年患者镇痛药的应用概况及注意事项[J].中医正骨,2019,31(2):39-43.
- [9] 孟欣,李巧玲,张月娟,等.耳穴疗法干预高血压病的临床研究进展[J].湖南中医杂志,2020,36(11):197-200.
- [10] 惠真珍,焦杨.耳穴治疗三叉神经痛的取穴规律探索[J].中医外治杂志,2017,26(5):52-53.
- [11] 卢湘岳.耳穴现象基于原初应激系统浅析[J].上海针灸杂志,2018,37(3):348-353.
- [12] 李英,杜金龙,郝蓬亮,等.耳穴贴压对肺部分切除术患者围手术期镇痛效果观察[J].中国针灸,2021,41(6):603-607.
- [13] 刘俊岭,陈淑萍,高永辉,等.重复电针镇痛效应的观察及其对血浆 β -EP、ACTH及COR变化的影响[J].针刺研究,2007,32(5):306-312.
- [14] 蔡亮亮.耳穴按压对痔术后疼痛及外周静脉血 β -内啡肽变化水平影响的研究[D].合肥:安徽中医药大学,2015.
- [15] 贺满月,陶恒,胡璘媛.基于数据挖掘分析围手术期耳穴运用的规律[J].中医临床杂志,2021,33(4):714-718.
- [16] 彭胜,王玉玲,张斯清,等.基于数据挖掘的术后疼痛行耳穴贴压选穴规律分析[J].护理学报,2021,28(5):21-25.
- [17] 姚炎炎,蒲树英,罗艳芳,基于数据挖掘的耳穴埋豆治疗原发性痛经选穴规律分析[J].现代医学,2021,49(4):445-448.

(收稿日期:2022-01-09)

香奁中的养颜中药方

《香奁润色》约成书于公元1600年,为明代儒医胡文煥辑,是一部妇人美容保健专著,集美发、白面、玉容、驻颜、白牙、润唇、美甲、香身等于一体,共辑录方剂276首。现介绍几首书中记载的面部美白嫩肤养颜方如下,以飨读者。

洗面——金国宫中洗面八白散方

组成:白丁香,白僵蚕,白附子,白牵牛,白芷,白及,白蒺藜,白茯苓。

制法及用法:上药入皂角3个(去皮弦),绿豆少许,共为末,早起洗面常用。

敷面——太真红玉膏

组成:杏仁、滑石、轻粉各等分。

制法及用法:杏仁去皮,上为细末,蒸过,入龙脑、麝香各少许,用鸡蛋清调匀,早起洗面毕,敷之。旬日后,色如红玉。

擦面——七香嫩容散

组成:黑牵牛十二两,皂角四两(去皮),炒天花粉,零陵香,甘松、白芷各二两。(明代一两约相当于37g)

制法及用法:上为细末,洗面或洗浴时,蘸药擦之。此外,《香奁润色》还记载了部分面部美容内服方,如用甘草煎汤内服、用红枣煎汤内服,或以小麦苗作汁饮等。甘草可清热解毒益气,红枣可以补血养颜,都是药食两用佳品。新鲜小麦汁可以除烦热、疗黄疸、解酒毒,现代研究还发现小麦汁中含有丰富的叶绿素、维生素和铁元素,具有抗炎、缓解贫血的作用,可以使面色更加红润。(丁然,焦宏官, <https://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=205429>)