

## ● 医学护理 ●

引用:徐振海,魏晓娟,尹文州.镇痛Ⅰ号中药塌渍联合红外线对股骨头坏死介入术后的效果观察[J].湖南中医杂志,2023,39(8):89-91.

## 镇痛Ⅰ号中药塌渍联合红外线 对股骨头坏死介入术后的效果观察

徐振海,魏晓娟,尹文州

(徐州市中医院,江苏 徐州,221000)

**[摘要]** 目的:探讨镇痛Ⅰ号中药塌渍联合红外线对股骨头坏死介入术后的护理效果。方法:将63例股骨头坏死介入术后患者随机分为观察组(31例)和对照组(32例)。对照组采用常规护理,观察组在对照组护理的基础上配合镇痛Ⅰ号中药塌渍和红外线照射干预。比较2组髋关节疼痛程度、髋关节屈曲功能、行走距离的评分和总分值。结果:干预前,2组患者的髋关节疼痛、髋关节屈曲功能、行走距离和总分值比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,2组患者的髋关节疼痛、髋关节屈曲功能、行走距离和总分值评分均减小,且干预后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ )。结论:中药塌渍联合红外线可以明显减轻股骨头坏死介入术后的疼痛,增加髋关节屈曲角度和行走距离,具有良好的临床效果。

**[关键词]** 股骨头坏死;介入手术后;中药塌渍;红外线

**[中图分类号]** R244.9, R274.973 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.08.025

股骨头坏死是具有较高致残率的骨科常见难治疾病之一,发病率逐年升高,可能与吸烟、饮酒、激素和肥胖等因素有关。其主要临床表现为屈伸活动不便、跛行、髋部剧烈疼痛等。中医学将其归属于“痹证”“骨蚀”“骨痿”的范畴。介入治疗股骨头坏死不仅操作简单、安全性高,而且能够改善缺血状态<sup>[1]</sup>。中医药治疗股骨头坏死手段多样,如中药内服、中药外用和针灸推拿等,可改善血液循环、促进骨再生、缓解症状、提高疗效、促进康复<sup>[2]</sup>。中药塌渍是中医外治法的一种,具有促进炎症吸收、缓解疼痛的作用。本研究将中药塌渍联合红外线应用于股骨头坏死介入术后,取得了较好效果,现报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2020年6月至2022年12月在我院介入科行手术治疗的股骨头坏死患者63例为研究对象,按随机数字法分为观察组31例和对照组32例。观察组中,男18例,女13例;年龄24~74岁,平均(49.74±13.75)岁;国际骨微循环研究

协会(ARCO)分期<sup>[3]</sup>:Ⅰ期6例、Ⅱ期15例、Ⅲ期10例(股骨头凹陷≤2 mm)。对照组中,男20例,女12例;年龄26~74岁,平均(49.69±12.77)岁;ARCO分期:Ⅰ期4例、Ⅱ期18例、Ⅲ期10例(股骨头凹陷≤2 mm)。2组患者的性别、年龄和分期等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经我院伦理委员会审核批准[2020伦审临字第(019)号]。

**1.2 纳入标准** 1)已行股骨头坏死介入术,术后髋关节出现疼痛症状;2)髋关节皮肤正常;3)自愿参与本研究,并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** 1)心功能异常;2)其他原因引起髋关节功能异常;3)伴有引起疼痛的其他疾病;4)不能配合完成本研究。

### 2 干预方法

**2.1 对照组** 术后采用常规护理。术后患者穿刺点加压包扎24 h,并卧床24 h。24 h后术肢行外展、外旋伸直、制动运动,每次15 min,每天5次。术后1周,借助拐杖行走,不能负重。医护人员监测

患者生命体征(血压、脉搏、呼吸、心率),观察疼痛情况,穿刺点有无渗血、渗液,敷料是否清洁以及术肢足背动脉波动情况、末梢循环、颜色和温度等,预防出血和血肿、术侧末端循环障碍和深静脉血栓等并发症的发生。

2.2 观察组 在对照组护理的基础上,配合中药塌渍联合红外线照射。中药塌渍剂为我院自制中药方镇痛 I 号。方由熟地黄 9 g、当归 9 g、牛膝 7 g、炒山茱萸 9 g、茯苓 9 g、续断 9 g、炒杜仲 7 g、炒白芍 7 g、炒青皮 5 g、五加皮 6 g、红花 23 g、寻骨风 23 g、青风藤 15 g、徐长卿 15 g、威灵仙 15 g、醋五灵脂 15 g、桂枝 15 g、蝉蜕 15 g、制川乌 1 g、制草乌 1 g、白芷 23 g、醋延胡索 23 g、制吴茱萸 16 g、冰片 1 g、樟木 23 g、地龙 23 g、伸筋草 15 g 等组成。将 6~8 块湿纱布垫上锅蒸热后,取 2 块纱布垫用镇痛 I 号药液 250 ml 浸湿,待温度适宜后敷于患者髋关节处,将电极片放在纱布垫上,再将其他热纱布垫盖置其上,调节仪器频率,以患者感觉可耐受为宜。同时,使用红外线治疗仪照射纱布垫处,距离控制在 20~30 cm,温度以患者感觉舒适为宜,避免皮肤灼伤。每次治疗 30 min,每天 2 次,共治疗 10 d。治疗过程中,密切观察皮肤情况,防止烫伤,如有过敏立即停止治疗。

3 效果观察

3.1 观察指标 参照《股骨头坏死中医疗效评价标准》<sup>[4]</sup>中的相关评分标准,分别于干预前后对髋关节疼痛程度、髋关节屈曲功能、行走距离进行评分比较。1)髋关节疼痛程度。采用视觉模拟量表评定髋关节疼痛强度,总分 0~10 分,分值越高表示疼痛越严重。2)髋关节屈曲功能。测定髋关节屈曲角度,总分 0~10 分,屈曲角度<40°计 10 分,屈曲角度≥130°计 0 分,分值越高表示功能障碍越重。3)行走距离。测定在无工具辅助情况患者行走距离,总分 0~10 分。≥1000 米计 0 分,行走距离每减少 10 m 评分增加 1 分,必须在工具辅助下行走或仅能在室内活动计 10 分,行走距离越短,分值越高。总分值=髋关节疼痛评分×0.5+髋关节屈曲功能评分×0.3+行走距离评分×0.2。总分 0~10 分,分值越高表示病情越重。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 24.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采

用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,正态分布的计量资料采用方差检验,非正态分布的采用秩和检验。2 组干预前后使用重复测量检验比较。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2 组干预前后髋关节疼痛评分比较 干预前 2 组髋关节疼痛评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后 2 组髋关节疼痛评分均减小,且干预后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。(见表 1)

表 1 2 组干预前后髋关节疼痛评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别    | 例数 | 干预前       | 干预后       | $t$ 值  | $P$ 值 |
|-------|----|-----------|-----------|--------|-------|
| 观察组   | 31 | 6.06±1.93 | 0.32±0.54 | 16.263 | <0.01 |
| 对照组   | 32 | 6.22±1.75 | 1.50±1.76 | 20.518 | <0.01 |
| $t$ 值 |    | 0.332     | 3.613     |        |       |
| $P$ 值 |    | 0.741     | 0.001     |        |       |

3.3.2 2 组干预前后髋关节屈曲功能评分比较 干预前 2 组髋关节屈曲功能评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后 2 组髋关节屈曲功能评分均减小,且干预后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。(见表 2)

表 2 2 组干预前后髋关节屈曲功能评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别    | 例数 | 干预前       | 干预后       | $t$ 值  | $P$ 值 |
|-------|----|-----------|-----------|--------|-------|
| 观察组   | 31 | 7.19±1.33 | 1.61±1.09 | 31.308 | <0.01 |
| 对照组   | 32 | 7.03±1.56 | 2.50±1.44 | 17.844 | <0.01 |
| $t$ 值 |    | -0.445    | 2.758     |        |       |
| $P$ 值 |    | 0.658     | 0.008     |        |       |

3.3.3 2 组干预前后行走距离评分比较 干预前 2 组行走距离评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后 2 组行走距离评分均减小,且干预后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ , $P<0.05$ )。(见表 3)。

表 3 2 组干预前后行走距离评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别    | 例数 | 干预前       | 干预后       | $t$ 值  | $P$ 值 |
|-------|----|-----------|-----------|--------|-------|
| 观察组   | 31 | 6.77±1.93 | 0.84±1.04 | 21.971 | <0.01 |
| 对照组   | 32 | 6.88±1.79 | 1.75±1.74 | 21.667 | <0.01 |
| $t$ 值 |    | 0.215     | 2.534     |        |       |
| $P$ 值 |    | 0.830     | 0.014     |        |       |

3.3.4 2 组干预前后总分值比较 干预前 2 组总分值比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后 2 组总分值均减小,且干预后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。(见表 4)

表 4 2 组干预前后总分值比较(  $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别         | 例数 | 干预前       | 干预后       | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|------------|----|-----------|-----------|------------|------------|
| 观察组        | 31 | 6.55±1.43 | 0.81±0.55 | 25.007     | <0.01      |
| 对照组        | 32 | 6.59±1.20 | 1.85±1.24 | 30.914     | <0.01      |
| <i>t</i> 值 |    | 0.146     | 4.321     |            |            |
| <i>P</i> 值 |    | 0.884     | <0.01     |            |            |

4 讨 论

疼痛是股骨头坏死患者就诊的首要原因,股骨头微动脉供血不足,引发局部微静脉血液流通受阻,导致股骨内压力增高,同时诱发滑膜炎性渗出,增加关节腔内积液,加重骨关节内压,而引起疼痛<sup>[5]</sup>。中医学认为,股骨头坏死后导致局部气血不畅,不通则痛。有研究表明,中医疗法在缓解股骨头坏死介入术后疼痛方面有明显效果<sup>[6]</sup>。中药塌渍法是通过磁疗仪的热效应,将具有疏经通络、活血化瘀功效的中药直接作用于局部皮肤,以增强局部微循环、促使炎症吸收,达到缓解疼痛、治疗疾病的目的<sup>[7]</sup>。本研究采用我院自制方镇痛 I 号进行塌渍。方中熟地黄、当归、炒白芍、炒山茱萸、桂枝可补肝益肾,活血通经,和益气血;五加皮、寻骨风、青风藤、威灵仙、樟木、红花、制川乌和制草乌可祛风湿,通络止痛;醋五灵脂、醋延胡索、炒青皮能行气止痛;牛膝、续断、炒杜仲可强壮筋骨,益气通络;制吴茱萸可温中止痛、理气燥湿;蝉蜕、地龙能清热解痉;冰片可通窍散火、消肿止痛;伸筋草、白芷、茯苓可祛风散寒,除湿,消肿止痛。全方共奏活血行气、祛风止痛之功。红外线治疗仪通过局部加热可缓解肌肉痉挛,也可扩张血管促进病变部位的血液循环、炎性递质吸收,从而缓解疼痛。

本研究结果显示,干预后 2 组的髋关节疼痛、髋关节屈曲角度、行走距离评分以及总评分均低于干预前,且观察组降低的幅度更明显( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ )。其原因可能是中药塌渍联合红外线可加速髋部受热扩张的毛细血管对中药药物成分的吸收,激发机体的调节功能,增加关节及周围组织的血液循环,改善骨组织营养状态。结果表明,中药塌渍联合红外线可以明显缓解股骨头坏死介入术后疼痛、恢复髋关节功能、增加行走距离,提高临床疗效,改善患者的生活质量。同时,中药塌渍联合红外线具有无创伤、操作简便和不良反应少等优势,易于被患者接受,值得临床推广。

参考文献

[1] 杨红艳. 股骨头坏死患者介入治疗的围术期护理[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2021, 43(5): 383-384.

[2] 任忠陆, 齐琳. 股骨头坏死中医药治疗的研究新进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(10): 1455-1460.

[3] BYUNG-HO YOON, MICHAEL A. MONT, KYUNG-HOI KOO, et al. The 2019 revised version of association research circulation osseous staging system of osteonecrosis of the femoral head[J]. The Journal of Arthroplasty, 2020, 35(4): 933-940.

[4] 中华中医药学会. 股骨头坏死中医疗效评价标准[J]. 中医正骨, 2019, 31(6): 3-6.

[5] 王春生, 蒋武强, 张栓平, 等. 无症状股骨头坏死病情进展及相关因素分析[J]. 中华外科杂志, 2019, 57(11): 807-811.

[6] 马家宾, 曹玉举, 王俊发, 等. 浮针疗法联合中药治疗股骨头缺血性坏死的疗效观察及对髋关节功能和血清 TGF- $\beta$ 、BMP、VEGF 水平的影响[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(1): 66-71.

[7] 万丹. 中药塌渍联合温针灸对膝关节骨性关节炎患者膝关节功能及疼痛的影响[J]. 沈阳医学院学报, 2023, 25(1): 48-51.

( 收稿日期: 2023-03-07 )

[ 编辑: 王红梅 ]