

揸针结合耳穴压豆对股骨头颈成形术后患者康复的影响

陈萍 吴桂珍 刘虹

(江西省中西医结合医院,江西 南昌 330003)

摘要 目的: 探讨揸针结合耳穴压豆对髋关节镜下股骨头颈成形术后患者早期镇痛和康复的影响。**方法:** 采用随机数字表法将 2020 年 1 月至 2023 年 1 月进行髋关节镜下股骨头颈成形术的髋关节撞击综合征(FAI)患者 60 例分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组采用常规干预,观察组在对照组的基础上加用揸针结合耳穴压豆干预。比较两组患者的镇痛效果、疼痛程度、术侧肢体肿胀值及关节功能。**结果:** 观察组患者治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。两组患者静息、运动时视觉模拟评分法(VAS)、术侧肢体肿胀值组间与时间存在交互效应($P<0.05$);简单效应分析显示,术后第 1、3、7、14 天,观察组患者 VAS 评分、术侧肢体肿胀值均低于对照组($P<0.05$)。术后两组患者西安大略和麦克马斯特大学关节炎指数量表(WOMAC)评分均低于术前,且观察组低于对照组($P<0.05$)。**结论:** 揸针结合耳穴压豆可有效缓解髋关节镜下股骨头颈成形术后患者的疼痛,减轻术侧肢体的肿胀程度,促进关节功能恢复。

关键词 股骨头颈成形术;髋关节镜;揸针;耳穴压豆;疼痛

中图分类号 R473.76 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2024.01.018 文章编号 1006-9143(2024)01-0085-04

髋关节撞击综合征(FAI)是引起髋关节疼痛的常见疾病之一,髋关节镜下股骨头颈成形术是治疗 FAI 的有效方法,可避免股骨头颈部与髋臼之间发生撞击,改善患者的临床症状^[1]。但术后早期疼痛仍较为明显,影响患者的术后康复训练依从性,不利于患者的关节功能恢复^[2]。现阶段,临床对于髋关节镜下股骨头颈成形术后患者多采取健康教育及心理护理,同时加以镇痛的干预措施,以缓解患者的疼痛程度。但镇痛药物常导致胃肠道反应,会降低患者治疗依从性,影响镇痛效果^[3]。祖国医学认为,术后疼痛属于“金创”“金伤”范畴,手术创伤导致脉络受损、血不循经,溢于脉外或瘀阻脉中,引起血瘀气滞,不通则痛^[4]。耳穴压豆为中医常用的外治法,通过对患者的耳穴进行刺激,可达到调节神经、舒筋活络、调和气血及镇痛的效果^[5]。揸针为中医特殊针刺疗法,通过作用于特定穴位,对穴位产生持久、柔和的良性刺激,达到行气活血、疏经通络的效果,继而起到镇痛的作用^[6]。考虑二者作用位置不同,推测揸针结合耳穴压豆或可进一步提高在髋关节镜下股骨头颈成形术后患者中的应用效果。基于此,本研究观察髋关节镜下股骨头颈成形术后患者采用揸针结合耳穴压豆的效果。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经医院医学伦理委员会批准,采用随机数字表法将 2020 年 1 月至 2023 年 1 月进行髋关节镜下股

基金项目:江西省卫生健康委科技计划项目(202311250)

作者简介:陈萍,女,主管护师,本科

骨头颈成形术的 FAI 患者 60 例分为对照组和观察组,每组各 30 例。纳入标准:均采用髋关节镜下股骨头颈成形术;术后经髋关节 X 线、CT 检查判断为 FAI;术后可配合止痛;签署知情同意书;髋关节附近肌肉无异常。排除标准:存在严重器质性疾病;存在严重神经系统疾病;合并髋部恶性肿瘤;合并痛风性关节炎;存在血液病及全身感染性疾病;合并自身免疫系统疾病。

1.2 方法

对照组进行常规干预。①心理指导:因过度的焦虑、紧张等情绪可导致患者术后应激反应加重,降低机体的疼痛阈值。应对患者实施心理疏导。术前与患者进行沟通,宣教术后疼痛及镇痛相关知识。术后增加巡视频率,每小时巡视 1 次,询问患者的疼痛感受,采用播放音乐、交谈等方式分散患者注意力,降低疼痛敏感性。②镇痛处理:术前 1 天,口服塞来昔布 200 mg;在手术当天与术前 3 h 各服药 1 次,每次 200 mg;术后每隔 12 h 服药 1 次,每次 200 mg;2 天后减量至每天 1 次。③功能锻炼:术后 2 天开始运动训练。指导患者进行床上的主、被动训练,以肢体屈曲、关节外展和内旋练习为主,并过渡至床旁站立和行走训练。

观察组在对照组基础上加用揸针结合耳穴压豆干预。由同一高年资中医师进行揸针、耳穴压豆的操作,熟知揸针、耳穴压豆的操作要点。①耳穴压豆:选取皮质下、神门、交感、髋关节、肾上腺等对应穴位,应用 75%酒精对耳廓进行消毒,将直径 1.5 mm 左右的王不留行籽用 0.5 cm × 0.5 cm 胶布贴压于穴位

处,嘱患者持续按压3~5 min,早晚各1次,以局部酸胀为度。功能锻炼后或自觉疼痛加重时再按压3 min。从术前1天实施至术后第3天,两侧耳穴交替进行。②揸针:选用0.2 mm×0.6 mm揸针,常规擦拭消毒,选取髌骨穴、阿是穴、阳陵泉穴、足三里,使用揸针垂直埋于上述穴位并压紧,每次30 min,保留贴片4~6 h,每天1次。

1.3 观察指标

两组患者均干预至术后14天进行干预效果的评估。①疗效评定:术后14天,参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[7]中的评定标准,包括显效(疼痛程度减低 ≥ 2 个级别,镇痛效果满意)、有效(疼痛程度减低1个级别)、无效(疼痛程度无降低)。总有效率为显效与有效之和/总例数 $\times 100\%$ 。②疼痛程度:术前1天,术后第1、3、7、14天,采用视觉模拟评分法(VAS)^[8]评估两组患者静息(卧床休息、无运动)及运动(髌关节屈伸功能锻炼)时疼痛程度,0分为无痛,10分为剧痛,疼痛越剧烈,分值越高。③手术侧肢体肿胀值:术前1天,术后第1、3、7、14天,对两组患者手术侧肢体髌前上棘下3寸进行测量,并记录肿胀值。肿胀值=术后肢体周径-术前同一部位肢体周径。④关节功能:术前1天及术后14天,采用西安大略和麦克马斯特大学关节炎指数量表(WOMAC)^[9]评估两组患者关节功能,包括3个方面(疼痛、僵硬、功能),24个项目,采用1~4分4级评分法,量表总分为各条目得分之和/96 $\times 100$,分值越高,功能越差。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0进行数据分析。计数资料(性别、患侧、疗效评定)以例数、百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。计量资料(病程、年龄、VAS评分、肿胀值、WOMAC评分)经Shapiro-Wilk正态性检验,符合正态分布,采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,组间多个时点的比较采用重复测量方差分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

两组患者性别、年龄、病程及患侧比较,差异无

统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者基线资料比较

| 组别 | n | 性别 | | 年龄(岁) | 病程(年) | 患侧 | |
|----------|----|-------|-------|------------------|------------------|----|----|
| | | 男 | 女 | | | 左侧 | 右侧 |
| 对照组 | 30 | 13 | 17 | 48.59 \pm 5.94 | 15.65 \pm 3.57 | 10 | 20 |
| 观察组 | 30 | 12 | 18 | 48.32 \pm 6.10 | 15.32 \pm 3.27 | 13 | 17 |
| χ^2 | | 0.069 | 0.174 | 0.373 | 0.635 | | |
| P | | 0.793 | 0.863 | 0.710 | 0.426 | | |

2.2 两组患者疗效评定比较

观察组患者治疗总有效率高高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者疗效评定比较[n(%)]

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 | χ^2 | P |
|-----|----|----|----|----|-----------|----------|-------|
| 对照组 | 30 | 11 | 10 | 9 | 21(70.00) | 5.455 | 0.020 |
| 观察组 | 30 | 16 | 12 | 2 | 28(93.33) | | |

2.3 两组患者疼痛程度比较

重复测量方差分析结果显示,两组患者静息、运动时VAS评分时间和组间存在交互效应($P<0.05$)。简单效应分析显示:术前,两组患者静息、运动时VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后第1、3、7、14天,观察组患者静息、运动时VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3、表4。

2.4 两组患者术侧肢体肿胀值比较

重复测量方差分析结果显示,两组患者术侧肢体肿胀值时间和组间存在交互效应($P<0.05$)。简单效应分析显示:术前1天,两组患者术侧肢体肿胀值比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后第1、3、7、14天,观察组患者术侧肢体肿胀值低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

2.5 两组患者手术前后关节功能比较

术前,两组患者WOMAC评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后,两组患者WOMAC评分均低于术前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表6。

3 讨论

3.1 揸针结合耳穴压豆可改善髌关节镜下股骨头

表3 两组患者静息时VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 术前1天 | 术后第1天 | 术后第3天 | 术后第7天 | 术后第14天 |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组 | 30 | 3.53 \pm 0.85 | 5.52 \pm 0.85 | 4.82 \pm 0.68 | 3.53 \pm 0.47 | 2.61 \pm 0.58 |
| 观察组 | 30 | 3.46 \pm 0.71 | 4.82 \pm 0.77 | 4.03 \pm 0.74 | 2.68 \pm 0.53 | 1.62 \pm 0.39 |
| t | | 0.346 | 3.343 | 4.306 | 6.572 | 7.758 |
| P | | 0.731 | 0.002 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

注: $F_{组间}=81.845, P<0.001$; $F_{时间}=44.002, P<0.001$; $F_{交互}=3.134, P=0.026$ 。

表4 两组患者运动时VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 术前1天 | 术后第1天 | 术后第3天 | 术后第7天 | 术后第14天 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 30 | 3.95±0.72 | 6.54±0.79 | 5.32±0.67 | 4.48±0.67 | 3.55±0.60 |
| 观察组 | 30 | 3.98±0.77 | 5.80±0.77 | 4.63±0.65 | 3.87±0.65 | 2.49±0.44 |
| t | | 0.156 | 3.674 | 4.049 | 3.579 | 7.803 |
| P | | 0.877 | 0.001 | <0.001 | 0.001 | <0.001 |

注: $F_{\text{组间}}=122.021, P<0.001$; $F_{\text{时间}}=25.237, P<0.001$; $F_{\text{交互}}=4.549, P=0.004$ 。

表5 两组患者术侧肢体肿胀值比较(mm, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 术前1天 | 术后第1天 | 术后第3天 | 术后第7天 | 术后第14天 |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| 对照组 | 30 | 30.25±3.22 | 28.10±2.83 | 26.37±2.43 | 19.32±1.69 | 15.32±1.75 |
| 观察组 | 30 | 30.33±3.06 | 26.16±2.65 | 21.62±2.75 | 14.35±1.45 | 10.62±1.56 |
| t | | 0.099 | 2.741 | 7.089 | 12.225 | 10.981 |
| P | | 0.922 | 0.008 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

注: $F_{\text{组间}}=31.334, P<0.001$; $F_{\text{时间}}=49.555, P<0.001$; $F_{\text{交互}}=3.985, P=0.010$ 。

表6 两组患者WOMAC评分比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 术前 | 术后 | t | P |
|-----|----|------------|------------|--------|--------|
| 对照组 | 30 | 53.52±6.39 | 28.26±3.52 | 18.965 | <0.001 |
| 观察组 | 30 | 53.47±7.05 | 19.37±3.18 | 24.150 | <0.001 |
| t | | 0.029 | 10.265 | | |
| P | | 0.977 | <0.001 | | |

颈成形术后患者疼痛

FAI是引起患者髋关节疼痛的重要原因,患者虽经手术治疗后可有效减轻临床症状,但受手术刺激的影响导致患者在术后仍存在明显的疼痛感,会降低患者术后干预的依从性,不利于患者的关节功能恢复^[10-11]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,且术后静息、运动时VAS评分低于对照组,说明髋关节镜下股骨头颈成形术后患者采用揸针结合耳穴压豆有满意的镇痛效果,可有效缓解术后疼痛程度。耳穴压豆是将王不留行籽贴于胶布中央,对准目标耳穴,施加压力,可消除或纠正气血运阻滞的原因,起到通经络及调气血的效果,继而达到通则不痛的作用^[12]。揸针为中医常用的治疗方法,可通过疏通经络、通气活血,达到缓解髋关节镜下股骨头颈成形术后患者疼痛程度的目的^[13]。

3.2 揸针结合耳穴压豆可减轻髋关节镜下股骨头颈成形术后患者术侧肢体肿胀程度

肢体肿胀在髋关节镜下股骨头颈成形术后患者中较为常见。主要由静脉回流不畅、血液循环障碍等因素引起,可影响患者早期活动,不利于患者的关节功能恢复。本研究结果显示,观察组术后术侧肢体肿胀值低于对照组,说明髋关节镜下股骨头颈成形术后患者采用揸针结合耳穴压豆可减轻术侧肢体肿胀

程度。分析原因:耳穴压豆为中医常用外治法,治疗中选取皮质下、神门、交感、髋关节、肾上腺等对应穴位作为耳穴的按压部位,上述穴位从解剖学角度在交感神经解剖位置,采用王不留行籽按压上述穴位,可降低交感神经兴奋性,有效舒张血管,缓解患者的不良情绪,避免不良情绪引起的应激反应,并可调和气血、疏通经络,减轻患者术侧肢体的肿胀程度^[14]。而揸针对髋骨穴、阿是穴、阳陵泉穴、足三里等穴位进行作用,可有效达到通气活血、疏通经络,减轻患者术侧肢体的肿胀程度。

3.3 揸针结合耳穴压豆可改善髋关节镜下股骨头颈成形术后患者的关节功能

本研究结果显示,观察组患者术后WOMAC评分低于对照组,说明髋关节镜下股骨头颈成形术后患者采用揸针结合耳穴压豆可促进关节功能恢复。耳穴压豆可使内源性阿片肽的释放增加,减弱中枢神经疼痛信号的传导,实现镇痛,利于患者术后进行关节功能锻炼,促进关节功能恢复^[15]。揸针通过将神经末梢疼痛的传导减慢,改善局部微循环。延长留针时间可产生持续的镇痛效果,继而缓解患者的肿胀程度,促进关节功能恢复。

综上所述,髋关节镜下股骨头颈成形术后患者采用揸针结合耳穴压豆有满意的镇痛效果,可有效缓解术后疼痛,减轻患肢肿胀程度,促进关节功能恢复。

参考文献

- [1] 张建平,张佳,吴毅东,等.髋关节镜治疗股骨髁臼撞击合并临界髌发育不良[J].中国矫形外科杂志,2022,30(5):416-420.
- [2] 王江涛,李海鹏,张佳,等.髋关节镜手术治疗钳夹型股骨髁臼撞击征[J].中国矫形外科杂志,2022,30(5):388-392.
- [3] 郝建宗,王康,冯晶.术后早期康复训练对发育性髋关节脱位患

· 革新与发明 ·

多功能树脂充填调拌刀在全瓷贴面粘接修复中的应用

胡春媛 廉雯 程淑玲 陈晓东 廖晓玲

(天津市口腔医院 南开大学医学院 天津市口腔功能重建重点实验室,天津 300041)

摘要 目的:设计一种多功能树脂充填调拌刀,并观察其在全瓷贴面粘接修复护理配合中的应用效果。**方法:**选取2022年1月至12月修复科60例行全瓷贴面修复的患者,随机分为对照组和观察组各30例。对照组采用传统调拌刀进行调拌粘接材料,观察组使用多功能树脂充填调拌刀调拌粘接材料。比较两组全瓷贴面粘接护理配合时间、全瓷贴面粘接失败率及医护人员满意度。**结果:**观察组全瓷贴面粘接护理配合时间短于对照组,全瓷贴面粘接失败率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。医护人员对多功能树脂充填调拌刀的满意度高于传统调拌刀,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**多功能树脂充填调拌刀操作简单、方便。可以缩短全瓷贴面粘接过程中的护理配合时间,提高医生及护士的工作效率,降低全瓷贴面粘接失败率,提高医护满意度。

关键词 多功能树脂充填调拌刀;全瓷贴面;调拌技术;护理配合

中图分类号 R473.78 **文献标志码** A **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-9143.2024.01.019 **文章编号** 1006-9143(2024)01-0088-03

全瓷贴面是应用粘接材料将薄层人工瓷修复体固定于患牙唇面,以遮盖影响美观的缺损、变色等缺陷的一种修复方法^[1]。双固化型树脂粘接剂作为全瓷贴面的粘接材料在临床被广泛应用^[2]。随着粘接材料的不断更新,全瓷贴面的粘接强度逐渐增加,从而扩大了其应用范围^[3]。全瓷贴面的粘接临床操作步骤繁琐,粘接剂过厚或过薄都会影响到粘接的强度,从而造成贴面修复的失败^[4]。STAPPERT等^[5]认为:为防止瓷贴面的折裂或脱落,粘接剂的厚度应小于瓷贴面厚度的1/3。因此,对护士的调拌技术要求较高。传统

的树脂充填调拌刀在进行瓷贴面粘接时,因树脂充填调拌刀刀柄工作端太厚、太宽,不易快速收集调拌好的粘接材料,调拌时间长,且不能较好地压实、压平、压匀粘接材料,导致粘接材料过多或过少,而影响粘接效果^[6]。为解决上述问题,本研究设计了一种多功能树脂充填调拌刀,并将其应用于我院修复科全瓷贴面粘接的护理配合中,效果较好。现总结如下。

1 多功能树脂充填调拌刀的设计

多功能树脂充填调拌刀采用医用级耐高温高压灭菌材料制成,由3个刀柄组成,中间通过销轴连接。刀柄的厚度为2~3 mm,边缘光滑,正反侧面设置

基金项目:实用新型专利(ZL202220495674.3)

作者简介:胡春媛,女,主管护师,本科

儿疼痛程度、肢体功能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(6):848-851.

[4] 刘一儒,李楷,赵军,等. 老年髋部骨折术后慢性疼痛的护理研究进展[J]. 实用医院临床杂志,2022,19(6):203-206.

[5] 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.

[6] 孟方,史甜,龚卫娟,等. 耳掀针对围绝经期睡眠障碍患者睡眠质量及生活质量的影响[J]. 护理学报,2018,25(12):61-65.

[7] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社,2010:1105.

[8] WATERFIELD J, SIM J. Clinical assessment of pain by the visual analogue scale[J]. Br J Ther Rehabil, 1996, 3(2):94-97.

[9] BARON G, TUBACH F, RAVAUD P, et al. Validation of a short form of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index function subscale in hip and knee osteoarthritis[J]. Arthritis Rheum, 2007, 57(4):633-638.

[10] 陈菲菲,黄蕾,陈玮,等. 耳穴压豆镇痛与药物镇痛在鼻内镜术

后患者的镇痛效果观察[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2022, 30(2):92-95.

[11] 王庆,黄华扬,李凭跃,等. 髋关节镜技术治疗不同分型髋关节撞击综合征的近期疗效分析[J]. 中华创伤骨科杂志,2020,22(8):721-725.

[12] 许金海,查建林,王国栋,等. 耳穴压豆对腰椎间盘突出症患者疼痛短期疗效影响的临床研究[J]. 上海中医药杂志,2019,53(11):61-66.

[13] 张荣媛,张新荣,郭彩凤,等. 撤针用于剖宫产术后镇痛的临床研究[J]. 针刺研究,2022,47(8):719-723.

[14] 白晶,付磊,聂姗姗,等. 耳穴压豆法治疗跟骨骨折术后疼痛的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志,2021,29(7):25-28.

[15] 肖璞,林巧玉,林秋萍,等. 耳穴压豆及艾灸联合康复运动在老年患者全膝关节置换术后康复中的应用[J]. 现代临床护理,2022,21(3):7-11.

(2023-03-16 收稿,2023-08-10 修回)