

用该药品易出现胃肠道副作用,甚至引发肝肾功能损害,药物不良反应较多^[8]。而中医认为,骨性关节炎病机主要是肾精亏虚、肾虚血瘀所致,故在治疗上应以补肾活血、祛风除湿、温经散寒为主。而本组观察组采用的骨康胶囊属于中药复方制剂,其主要由补骨脂、芭蕉根、三七、酢浆草及续断等组成。其中补骨脂具有温肾助阳、止泻纳气之功效;芭蕉根具有清热解毒、利尿去肿之功效;三七具有活血化瘀、增强免疫之功效,可有效改善血液循环,扩张血管;酢浆草具有清热利湿、消肿解毒、凉血散瘀之功效;续断具有补肝肾、强筋骨之功效,诸药共用,共奏强筋健骨、滋补肝肾、通络止痛之功^[9-10]。因此,将骨康胶囊与玻璃酸钠联合治疗,可有效加强治疗效果。综上所述,采用骨康胶囊与玻璃酸钠联合治疗骨性关节炎患者能降低患者血清炎症介质水平,改善膝关节功能,提高临床治疗效果,值得临床推广使用。

参考文献

[1]廖伟斌.氨基葡萄糖片联合玻璃酸钠注射液治疗膝关节骨性关节炎

的临床疗效探析[J].现代诊断与治疗,2018,29(11):1700-1702.
[2]彭昌华,李层,涂扬茂.骨康胶囊联合洛索洛芬钠治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(5):1464-1467.
[3]刘立民,周京源,郭强,等.骨康胶囊联合玻璃酸钠注射液治疗骨性关节炎的疗效及对炎症反应的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(2):338-341,400.
[4]中华医学会风湿病学分会.骨关节诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(6):416-419.
[5]王晶,向福胜,刘丽,等.膝关节骨性关节炎的中西医结合治疗进展[J].中国医药导报,2018,15(6):35-38,48.
[6]孙晓迪,潘寅兵.老年骨性关节炎的诊治进展[J].实用老年医学,2017,31(1):14-19.
[7]李祺.洛索洛芬钠片联合关节腔内注射玻璃酸钠治疗骨性关节炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(15):1421-1424.
[8]邝翠琼,陈超,赖建茵,等.依托考昔与塞来昔布治疗骨关节炎的疗效和安全性对比[J].北方药学,2017,14(7):133-134.
[9]杨健,李靖,彭潇,等.骨康胶囊组方药物对成骨细胞 SaOS-2 增殖分化及矿化的影响[J].贵州医科大学学报,2019,44(2):158-162.
[10]周鑫,李远栋,杨光,等.骨康胶囊联合依托考昔治疗膝关节骨性关节炎[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(5):556-559.

(收稿日期: 2020-08-15)

快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期的应用

秦方杰 余双喜 陆明明 丁楠

(江西省九江市都昌县中医院骨一科 都昌 332600)

摘要:目的:探讨快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期患者中的应用效果。方法:选取 2019 年 1 月~2020 年 1 月行胫骨平台骨折切开复位内固定手术患者 60 例为研究对象,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组围手术期予多模式镇痛,对照组围手术期予传统镇痛,比较两组术后患肢疼痛情况、膝关节恢复不同角度所需时间及首次下床活动时间。结果:治疗组术后不同时间点患肢疼痛评分低于对照组,膝关节恢复到不同角度所需时间短于对照组,首次下床活动时间早于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:快速康复理念多模式镇痛能有效缓解胫骨平台骨折手术患者围手术期疼痛,加速膝关节功能恢复。

关键词:胫骨平台骨折;快速康复理念;多模式镇痛;围手术期

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.040

疼痛是骨科手术患者的常见症状,患者围手术期疼痛给临床医师造成很大困扰,部分患者因为剧烈疼痛不能早期功能锻炼而严重影响手术疗效。随着快速康复理念的发展,围手术期多模式镇痛逐渐应用于临床,能有效缓解疼痛对患者的刺激^[1]。本研究探讨快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期患者中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2019 年 1 月~2020 年 1 月行胫骨平台骨折切开复位内固定手术患者 60 例为研究对象,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 33~65 岁,平均年龄 42.6 岁;病程 1~10 d,平均 5.6 d。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 32~68 岁,平均年龄 43.7 岁,病程 2~9 d,平均 5.2 d。两组一般资料比较,差异无统计学意

义($P>0.05$),具有可比性。所有患者术前均行相关检查以排除合并膝关节韧带、半月板损伤及下肢深静脉血栓等^[2]。本研究所有患者均对研究内容知情,并签署知情同意书。排除有凝血功能障碍、消化道溃疡及其他严重基础疾病的患者,手术均由同一组医师配合完成。

1.2 手术方法 麻醉满意后,患者取仰卧位,常规消毒铺巾,上止血带,术中选择常规标准手术入路切口,依次切开皮肤及皮下组织,暴露骨折块,C 臂机透视下复位满意后予钢板内固定,术毕缝合伤口,弹性绷带加压包扎后松止血带。

1.3 围手术期疼痛管理 治疗组围手术期采用多模式镇痛方式,具体措施包括:(1)术前口服非甾体消炎镇痛药物艾瑞昔布片(国药准字 H20110041);(2)术中膝关节腔局部注射“鸡尾酒”:盐酸罗哌卡因

注射液(国药准字 H20052716)15 ml+ 盐酸吗啡注射液(国药准字 H21022436)1 ml+ 盐酸肾上腺素注射液(国药准字 H41021054)2 滴+ 生理盐水(国药准字 H20013130)84 ml; (3) 术后 3 d 肌注注射用帕瑞昔布钠(国药准字 H20183299)+ 口服艾瑞昔布片^[3]; (4) 患肢局部冰敷冷疗。对照组患者术后予患肢局部冰敷冷疗,必要时予艾瑞昔布片口服镇痛。

1.4 观察指标 比较两组术后 6 h、8 h、12 h、24 h 患肢疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分;两组患肢术后恢复到不同角度(30°、60°、90°、120°)所需时间及两组首次下床活动时间。

1.5 统计学方法 数据应用 SPSS20.0 统计学软件分析,计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患肢不同时间点 VAS 疼痛评分对比 治疗组不同时间点 VAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患肢不同时间点 VAS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
治疗组	30	4.3± 0.8	3.2± 0.6	2.5± 0.7	1.3± 0.4
对照组	30	5.4± 0.9	4.6± 0.7	4.0± 0.5	3.2± 0.3
t		5.46	8.33	9.55	21.11
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后膝关节恢复到不同角度所需时间对比 治疗组膝关节恢复到不同角度所需时间短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后膝关节恢复速度对比(h, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	30°	60°	90°	120°
治疗组	30	6.7± 0.6	9.3± 0.5	14.6± 0.6	23.2± 0.8
对照组	30	10.2± 0.7	16.5± 0.8	24.2± 0.5	42.7± 0.9
t		20.83	41.86	67.32	88.72
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组首次下床活动时间对比 治疗组首次下床活动时间早于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组首次下床活动时间对比(h, $\bar{x} \pm s$)		
组别	n	术后首次下床活动时间
治疗组	30	28.7± 5.2
对照组	30	52.6± 3.9
t		20.14
P		<0.05

3 讨论

随着现代外科理念的不断更新进步,如何减少围手术期患者的应激,使患者早日康复出院,是广大医务工作者的研究目标。早已有国外学者提出通过控制围手术期应激可以有效帮助患者改善预后,在

围手术期如何运用有效治疗手段减少患者的应激,从而加速患者康复的快速康复理念从此产生。快速康复理念是指在围手术期采用一系列优化的治疗措施,以减少围手术期的应激,达到加速患者术后康复的目的^[4]。术后关节功能的良好恢复需依赖充分镇痛下的功能锻炼,有效的围手术期镇痛既能减轻患者的主观疼痛感受,同时也是患者术后进行主动功能锻炼的前提,而患者术后主动功能锻炼的依从性对膝关节功能早日恢复非常关键。传统的镇痛观念认为患者术后疼痛是不可避免的,术后仅给予患者常规的单一止痛治疗,从而使患者在剧烈疼痛下进行主动锻炼的依从性明显受限,不利于患肢功能的早期恢复,显然传统的镇痛观念已不能满足患者早期康复的要求。随着快速康复理念的不断普及,围手术期镇痛已得到越来越多外科医师的重视,甚至有学者将疼痛作为患者的“第五生命体征”。快速康复外科理念提倡超前镇痛,超前镇痛是指在患者机体损伤刺激发生之前采取一系列镇痛措施来提高患者的疼痛阈值,从而减轻疼痛反应。目前临床上常用非甾体类止痛药如双氯芬酸钠肠溶片、艾瑞昔布片等进行超前镇痛。有临床随机对照试验研究表明,在围手术期予超前镇痛可明显减轻患者的术后疼痛,有利于患肢功能的尽早恢复^[5]。另外大量研究表明,单一镇痛模式不良反应较重,往往无法满足患者的镇痛预期,所以快速康复外科理念同时也强调多模式镇痛。随着快速康复理念的普及,多模式镇痛方式已成为临床上围手术期镇痛的重要手段,并已在临床具体应用中获得肯定疗效。多模式镇痛观念认为,疼痛是由于不同的疼痛刺激因子通过不同途径作用于不同层面的靶位而共同作用的结果,因此提倡使用多种镇痛药物通过多种途径联合镇痛从而取得更好的镇痛效果。多模式镇痛各种药物作用机制互补,镇痛药物的不良反应相对减少,是目前围手术期镇痛模式的发展方向^[6]。

本研究在快速康复理念的原则指导下,围手术期予患者多模式镇痛,明显减轻了患者围手术期应激反应,达到了加快患者早日康复的目的。目前快速康复理念在国内还处于初步兴起阶段,希望通过本研究,为围手术期管理提供一些新思路,以期使快速康复理念更好地应用于骨科临床。

参考文献

[1]李健,石辉,徐闯,等.快速康复外科在膝关节半月板损伤关节镜治疗中的应用研究[J].中国矫形外科杂志,2017,25(12):1091-1095.
[2]石辉,孟涛,尚义美,等.快速康复外科在膝关节镜下前交叉韧带重建术中的应用研究[J].中国综合临床,2015,31(下转第 87 页)

表 2 两组治疗前后激素水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	E ₂ (nmol/L)		LH(U/L)		FSH(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	326.24± 30.16	127.62± 16.34	8.60± 1.63	7.11± 1.21	12.36± 4.17	9.62± 3.14
试验组	48	325.49± 29.68	103.28± 15.49	8.79± 1.72	6.40± 0.79	12.49± 5.02	8.03± 2.41
t		0.123	7.490	0.556	3.404	0.138	2.783
P		0.903	0.000	0.580	0.001	0.891	0.007

2.3 两组症状改善时间对比 对照组经期规律时间、控制出血时间均较试验组长,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组症状改善时间对比($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	经期规律时间	控制出血时间
对照组	48	75.26± 8.47	30.37± 5.02
试验组	48	49.63± 7.85	21.33± 4.85
t		15.376	8.973
P		0.000	0.000

3 讨论

更年期功能性子宫出血是围绝经期女性常见的病症,临床发病机制较为复杂,主要因女性随着年龄的增长其卵巢储备功能不断的衰退,导致激素水平降低,对垂体、下丘脑的反馈作用减弱,从而造成卵泡发育受限,无法正常排卵,在长期低雌性激素状态下可促进子宫内膜生长,而当雌性激素不足后,造成子宫内膜剥落,从而诱发出血^[6]。临床若未接受规范治疗,可造成生殖系统感染、继发性贫血等,影响其生活质量。妈富隆是临床常用的治疗药物,主要由炔雌醇、去氧孕烯组成,具有较强的孕激素受体亲和力,可抑制垂体-性腺轴排卵作用,使子宫内膜转换为分泌期,从而发挥止血作用;同时对未完全修复的子宫内膜具有修复作用,从而改善经期,但临床应用发现,停药后复发率较高,不利于患者预后^[7]。

中医学认为,更年期功能性子宫出血属于“崩漏”范畴,发病机制主要因冲任不固,导致肾-冲任-天癸-胞宫生殖轴发生障碍,从而造成子宫藏泄失常,故临床治疗需以摄血固冲、复旧、养精益气为主^[8]。冲止崩汤中山萸肉具有收敛固涩、补益肝肾之效;党参具有健脾益肺、补中益气之效;地榆炭具有补肝肾、凉血止血、收敛之效;生地黄具有凉血止血、滋阴生津之效;黄芪具有固表、补气升阳之效;棕榈炭具有收涩止血之效;旱莲草具有益阴补肾、凉血止血之

效;女贞子具有清虚热、滋补肝肾之效;柴胡具有疏肝、和表解里、升阳之效;白芍具有敛阴止汗、养血调经、平肝止痛之效;升麻具有解毒、升阳举陷之效;海螵蛸具有收涩固崩、止血之效;生甘草具有清热解毒、缓急止痛、补中益气、调和药性之效。诸药联合使用共奏摄血固冲、复旧、养精益气之效。现代药理研究证实,固冲止崩汤可促进血液凝固,从而缩短止血时间,同时可促进子宫平滑肌收缩,提升其抗菌能力,进而达到固冲之效,达到治疗目的^[9]。本研究结果显示,试验组复发率、激素水平、经期规律时间、控制出血时间均低于对照组,且治疗总有效率高于对照组,由此可见,固冲止崩汤治疗更年期功能性子宫出血安全可靠。

综上所述,更年期功能性子宫出血采用固冲止崩汤治疗可提升临床疗效,改善激素水平,缩短症状缓解时间,降低疾病复发率。

参考文献

[1]张妍.妈富隆与米非司酮在更年期功血的治疗疗效分析[J].检验医学与临床,2017,14(8):1111-1113,1115.
[2]刘秀艳,梅冬艳,谷娜.中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床观察[J].中国医药导刊,2016,18(10):983-984,987.
[3]尚雅琼.固冲汤加去氧孕烯炔雌醇片治疗异常子宫出血 60 例临床观察[J].中国药物与临床,2017,17(4):580-581.
[4]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.2393.
[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.156-162.
[6]代学华,叶永梅,郭停.止血汤辅助治疗围绝经期功能性子宫出血临床研究[J].陕西中医,2017,38(1):55-56.
[7]李绍林.功能性子宫出血的中医病机及治疗思路探析[J].世界中西医结合杂志,2017,12(9):1185-1188.
[8]李娟彬.中西医结合治疗围绝经期功能性子宫出血临床观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1178-1179.
[9]吴小丽.固冲止崩汤联合妈富隆治疗更年期功能性子宫出血的临床疗效[J].陕西中医,2016,37(4):408-410.

(收稿日期:2020-11-24)

(上接第 85 页)(11):1024-1029.

[3]牛舜,龙华,赵振,等.快速康复外科理念下全膝关节置换术围手术期疼痛管理[J].中国骨与关节损伤杂志,2019,34(10):1033-1036.
[4]郑晓静,疏树华.多模式镇痛在术后快速康复中的临床研究进展[J].医学综述,2019,25(4):800-804.

[5]程翠年,谈宏业,姜文蕾.基于快速康复理论的多模式镇痛在老年髋部骨折患者中的应用[J].中国临床护理,2017,9(5):395-397.
[6]朱倩兰,宋宏晖,姜习凤,等.快速康复外科理念在全膝关节置换术围手术期的应用[J].中华全科医学,2019,17(11):1961-1964.

(收稿日期:2020-08-27)