

20 g、骨碎补 20 g、杜仲 15 g、续断 15 g、肉苁蓉 12 g、桑寄生 12 g、补骨脂 12 g、菟丝子 15 g、红花 12 g、丹参 12 g、怀牛膝 15 g、鸡血藤 12 g、甘草 6 g，日 1 剂，水煎取汁 300 mL，早晚饭后温服，连续用药 6 个月。

2.2 疗效标准 骨折愈合，椎体形态、功能恢复正常，疼痛消失为显效；骨折愈合，椎体形态、功能改善，疼痛减轻为有效；骨折愈合不良，椎体形态、功能改善不明显，疼痛未减轻为无效。

2.3 观察指标 1) 疼痛程度视觉模拟评分(VAS): 0 分示无痛,10 分示剧痛,由患者自行评分。2) 骨密度测定: 双能 X 线骨密度检测仪检测 L₂₋₄ 骨密度。3) 腰背部功能障碍评分: 参照 Oswestry 功能障碍指数(ODI) 评估^[8], 评分越高表示病情越重。

2.4 统计学方法 应用 SPSS21.0 软件处理数据, 计量资料($\bar{x} \pm s$) 行 *t* 检验, 计数资料(例) 行 χ^2 检验; *P* < 0.05 为具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组患者疗效比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	55	21	22	12	78.2
观察组	55	27	25	3	94.5*

注: 与对照组比较, * *P* < 0.05

3.2 两组患者给药前后疼痛 VAS 评分、骨密度和腰背功能障碍评分比较 见表 2。

表 2 两组患者给药前后 VAS 评分、骨密度、ODI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	VAS(分)	骨密度(g/cm ³)	ODI(分)
对照组 (55 例)	给药前	2.51±0.41	0.71±0.09128±6.52	0.76±0.23135±4.19 [△]
	给药后	1.69±0.27 [△]		0.72±0.0094±6.61
观察组 (55 例)	给药前	2.49±0.39	0.72±0.0094±6.61	0.92±0.6149±3.85 [△]
	给药后	1.15±0.24 [△]		

注: 与本组治疗前比较, [△]*P* < 0.05; 与对照组比较, * *P* < 0.05

4 讨论

骨质疏松性椎体压缩性骨折由骨质疏松引起, 多发于老年群体, 手术是主要治疗手段之一, PKP 为其中常用术式, 因灌注压力小、骨水泥渗漏风险低、椎体高度恢复更佳等优势, 患者接受度高^[9]。但是, 手术不能解决骨质疏松问题, 手术治疗同时联合中、西药物治疗能够改善骨质疏松, 避免再次骨折发生^[10]。

骨质疏松属于中医学“骨痿”“骨枯”“骨痹”等范畴, 中医认为肾主骨生髓, 藏精, 肾与骨、髓关系最为密切, 肾精亏虚是本病发生的根本病机^[11]。骨质疏松的发生主要是由于先天肾精不足, 后天失养, 脏腑功能减弱, 阴阳气血失调, 经络痹阻, 骨枯髓减、骨失滋养而成, 治疗当以补肾壮骨为原则, 达到促进骨折愈合、预防骨折再发的目的。拟方补肾愈骨汤, 方中淫羊藿、骨碎补补肾壮骨、续伤接骨; 杜仲、续断、桑寄生、牛膝补肝肾、益筋骨; 肉苁蓉、补骨脂补肾阳、益精血; 菟丝子补肾益精, 平补阴阳; 红花、丹参、鸡血藤祛瘀通络止痛; 甘草和药; 绝经后骨质疏松患者酌加女贞子、巴戟天温

肾滋肾, 补肾中之阴阳。实验研究证实上述药物具有提高骨质量、抑制骨吸收、促进骨转化、加速骨愈合、调节骨代谢、提高血清碱性磷酸酶和骨钙素及钙离子水平等作用^[12]。应用结果可见: 2 组患者用药 6 个月后, 疼痛 VAS 评分、腰背功能障碍评分(ODI) 均明显降低, 骨密度升高; 观察组 VAS 评分和 ODI 降低以及骨密度的升高均明显于对照组(*P* 均 < 0.05); 疗效评价结果显示观察组疗效明显优于对照组(*P* < 0.05)。表明补肾愈骨汤联合西药用于 PKP 术后, 可有效减轻疼痛、改善胸腰椎功能、提高骨密度, 促进骨折愈合。

参考文献

- [1] Bijlsma AY, Meskers CG, Westendorp RG, et al. Chronology of age-related disease definitions: osteoporosis and arcopenia [J]. Ageing Res Rev 2012, 11(2): 320-324.
- [2] Si L, Winzenberg TM, Jiang Q, et al. Projection of teoporosis-related fractures and costs in China: 2010-2050 [J]. Osteoporos Int 2015, 26(7): 1929-1937.
- [3] 马航展, 郭伟俊, 郭程辉, 等. 骨折复位器联合 PVP 与 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折疗效比较 [J]. 实用骨科杂志, 2019, 25(4): 363-357.
- [4] 福嘉欣, 肖联平. 老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的治疗进展 [J]. 继续医学教育, 2020, 34(12): 80-82.
- [5] 张志宏, 邢娜, 彭东辉, 等. 中药抗骨质疏松作用及机制的研究进展 [J]. 中国药房, 2021, 32(3): 374-379.
- [6] 芦鑫荣, 周云凯, 许健. 骨质疏松症形成和治疗的中西医结合特点 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(38): 76.
- [7] 白宏江, 赵坤, 詹超. 壮腰健肾汤+PKP 对老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者术后疼痛程度改善及 JOA 评分的影响 [J]. 延安大学学报(医学科学版), 2020, 18(1): 26-29.
- [8] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. Oswestry 功能障碍指数的改良及信度和效度检验 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 235-241.
- [9] 朱鹏飞, 张亮. 经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体骨折的研究进展 [J]. 交通医学, 2020, 34(4): 331-334.
- [10] 福嘉欣, 肖联平. 老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的治疗进展 [J]. 继续医学教育, 2020, 34(12): 80-82.
- [11] 国老年学和老年医学学会骨质疏松分会中医药专家委员会. 中医药防治原发性骨质疏松症专家共识(2020) [J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(12): 1717-1725.
- [12] 张志宏, 邢娜, 彭东辉, 等. 中药抗骨质疏松作用及机制的研究进展 [J]. 中国药房, 2021, 32(3): 374-379.

(修回日期: 2021-04-25)

揸针联合穴位按摩对膝关节置换术后患者睡眠质量的影响

刘希熙, 刘瑶, 周柳晓, 蒋璟峰

(丽水市中心医院·浙江 丽水 323000)

膝关节置换术是临床常用的膝关节功能重建手术, 能够有效缓解膝关节疼痛, 改善膝关节畸形, 但是该手术所造成的创伤较大, 患者术后疼痛感较强, 会对睡眠质量产生明显

影响,围术期患者常合并程度不同的睡眠障碍,后者又会对膝关节功能的康复进程产生影响^[1]。睡眠障碍又与焦虑、抑郁等负性情绪常共存,相互影响。因此,通过积极干预改善患者睡眠质量对术后康复有重要意义^[2]。穴位按摩、针灸在改善睡眠质量、调节负性情绪方面具有明显优势。笔者分别给予 2 组膝关节置换术后患者单一穴位按摩治疗及与揸针联合治疗,并对其改善睡眠质量的效果进行了比较分析,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月—2019 年 12 月本院收治的 64 例全膝关节置换术患者为观察对象,随机数字表法分为 2 组,每组 32 例。观察组中男性 18 例、女性 14 例;年龄 42~77 岁,平均(57.62±4.19)岁;12 例骨关节炎,8 例创伤性关节炎,7 例类风湿性关节炎,5 例痛风性关节炎;平均病程(10.38±3.29)年。对照组中男性 16 例、女性 16 例;年龄 44~78 岁,平均(58.21±3.98)岁;11 例骨关节炎,9 例创伤性关节炎,8 例类风湿性关节炎,4 例痛风性关节炎;平均病程(11.06±3.16)年。2 组患者一般资料比较无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1) 于本院顺利完成初次单侧全膝关节置换术者;2) 年龄≥18 周岁者;3) 对本临床观察内容知情同意并自愿参加。

1.3 排除标准 原有睡眠障碍者;入组前 1 个月内使用过镇静药或助眠药者;长期卧床、极度衰弱而无法进行穴位按摩治疗者;伴有严重肝、肾功能障碍者;伴有情感障碍、认知功能障碍者;伴有精神疾病及神经系统疾病者;不能配合治疗者;存在沟通障碍者;正在进行其他药物临床试验者。

2 方法

2.1 治疗方法 2 组患者均给予术后常规引流、合理镇痛、预防深静脉血栓、预防感染及对症等治疗。对照组同时给予穴位按摩治疗,具体操作:拇指推按印堂穴,右手拇指点按百会穴、四神聪穴,拇指端按揉神门穴,拇指腹按揉双侧内关

穴,用力均匀、持久、柔和;早、中、晚各 1 次,每个穴位按摩 2~3 min。观察组患者在对照组治疗基础上给予揸针治疗。取体穴(三阴交、足三里、安眠)和耳穴(神门、交感、皮质下、心、肾、肝)嘱患者取坐位,75%酒精消毒,将清铃揸针垂直刺入皮肤埋针,每天按压穴位埋针处 3~5 次,以局部有胀痛感而患者耐受为度。留针 48 h,埋针 3 次/周。2 组疗程均为 2 周。

2.2 观察指标 1) 患者睡眠质量评估:采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI),该量表分为 7 个部分,按照 0~3 级计分,总分 0~21 分,分数越高睡眠质量越差;用 Epworth 嗜睡量表(ESS)评价白天嗜睡情况,其包含 8 个问题,总分 0~24 分,分数越高白天嗜睡越严重。2) 便携式移动睡眠记录仪监测情况:采用加拿大 Jawbone 公司生产 UP3 便携式移动睡眠记录仪监测 2 组患者治疗前后睡眠情况,包括总睡眠时间、睡眠效率、睡眠潜伏期、觉醒时间、觉醒次数。3) 患者负性情绪评估:采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)分别对 2 组患者治疗前后焦虑和抑郁程度进行评分^[3],两个量表均包含 20 个条目,得分越高表明患者焦虑、抑郁的程度越严重。

2.3 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件包进行统计学分析,计量资料采用均数±标准差比较,比较采用秩和检验,计数资料采用百分率比较,比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组患者治疗前后 PSQI、ESS 评分比较 见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后 PSQI、ESS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	PSQI		ESS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	16.11±2.94	7.44±1.83 [△]	15.45±2.64	8.44±1.35 [△]
观察组	32	16.13±3.20	5.37±1.56 ^{△*}	15.37±2.39	6.52±1.21 ^{△*}

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$

3.2 2 组患者治疗前后睡眠监测情况比较 见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后睡眠监测情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	睡眠潜伏期(min)	睡眠效率(%)	觉醒次数(次)	觉醒时间(min)	总睡眠时间(min)
对照组 (32 例)	治疗前	82.19±27.75	63.09±5.55	3.77±1.24	95.68±21.76	294.18±28.79
	治疗后	59.79±11.78 [△]	71.06±4.56 [△]	3.09±0.59 [△]	67.73±16.53 [△]	330.08±19.33 [△]
观察组 (32 例)	治疗前	83.08±25.43	62.16±5.93	3.87±1.23	96.90±23.28	293.78±31.76
	治疗后	38.55±10.45 ^{△*}	86.29±4.17 ^{△*}	2.66±0.30 ^{△*}	41.71±13.32 ^{△*}	375.78±17.83 ^{△*}

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$

3.3 2 组患者治疗前后焦虑、抑郁情绪评分比较 见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 SDS 和 SAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	SDS 评分	SAS 评分
对照组 (32 例)	治疗前	61.60±7.44	61.60±9.42
	治疗后	43.80±9.43 [△]	50.97±10.34 [△]
观察组 (32 例)	治疗前	59.59±8.33	62.58±8.53
	治疗后	31.48±6.34 ^{△*}	41.29±7.30 ^{△*}

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$

4 讨论

睡眠障碍属中医学“不寐”范畴,《景岳全书·不寐》曰:

“盖寐本乎阴,神其主也,神安则寐,神不安则不寐”,心主神明,脑为元神之府,本病病位在心,与脑、肝、脾、肾关系密切,病机为阴阳失调,阳不入阴,心肾不交。膝关节置换术后患者气血不足,脑、心失养,神不守舍,故而不寐;再者,患者由于术后体虚,肾阴亏虚,肾水不足不能上济心火,心肾不交。《医学衷中参西录》云“心与脑,原彻上彻下,共为神明之府”心脑共主神明,调控睡眠^[4]。督脉“入属于脑”,故治疗上笔者取督脉之百会、四神聪、印堂穴,按摩百会穴可安神定志,治疗失眠;按摩四神聪穴有止痛、宁神之功;按摩印堂穴有宁心安神之功;并配以神门穴为手少阴心经原穴,按摩该

穴可补益心气、安定心神,有助睡眠;内关穴为手厥阴心包经之络穴,按摩该穴有宁心安神、理气止痛之功。

观察组在对照组穴位按摩基础上联合揞针疗法,该疗法又称“皮内针疗法”“埋针法”,是将特定针具固定于腧穴且长时间留针,产生持续刺激作用,较普通针刺能够延长针刺的效果,可调节脏腑、平衡阴阳,从根本上解决了睡眠障碍的问题^[5-6]。笔者所取穴位三阴交穴为足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经交会之处,刺激该穴可调肝补肾、安神、助眠,又可健脾益气;足三里穴燥湿健脾和胃,助气血运化,气血充足则心有所养,心神得安;安眠穴为经外奇穴,刺激该穴可安神宁心;耳穴神门、交感为治疗失眠常用穴,刺激其有镇静安神之功;耳穴皮质下有益心安神、缓急止痛之功;刺激耳穴心、肝、肾穴有平肝滋肾、育阴潜阳、养心安神之功。本文结果显示,从 PSQI 评分、ESS 评分看,观察组患者治疗后两项评分均低于同期对照组 ($P < 0.05$);与疗前相比治疗后 2 组患者总睡眠时间延长,睡眠效率提高,睡眠潜伏期和觉醒时间缩短,觉醒次数减少,观察组较对照组改善更为显著 ($P < 0.05$);与疗前相比治疗后 2 组患者 SDS 评分、SAS 评分均明显减低 ($P < 0.05$),且观察组患者明显低于对照组 ($P < 0.05$)。该结果提示揞针联合穴位按摩较单纯穴位按摩能够更有效地改善膝关节置换术后患者睡眠质量,更好地减轻患者焦虑、抑郁情绪,有利于患者康复。

参考文献

[1] Skou TS, Roos E, Laursen M, et al. Cost-effectiveness of total knee replacement in addition to non-surgical treatment: a 2-year outcome from a randomised trial in secondary care in Denmark [J]. BMJ Open, 2020, 10(1): e33495.

[2] Alghadir AH, Iqbal ZA, Anwer S, et al. Comparison of simultaneous bilateral versus unilateral total knee replacement on pain levels and functional recovery [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2020, 21(6): 246.

[3] 解亚宁,戴晓阳.实用心理测验[M].北京:中国医药科技出版社,2006:114-140.

[4] 贾耿.识神与督脉任脉、元神与足太阳足少阴关系再探讨[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(1):31-39.

[5] 王华,杜元灏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2012:175-176.

[6] 马增斌,倪国栋,郑志坚,等.揞针治疗失眠随机对照试验的 Meta 分析[J].中国临床保健杂志,2019,22(2):241-246.

(修回日期:2021-03-20)

补阳还五汤联合指动脉背侧穿支皮瓣治疗手指侧方组织缺损的效果观察

赵惠民 赵光远

(哈尔滨市骨伤科医院手足二科·黑龙江 哈尔滨 150040)

手指远节侧方组织缺损伴深部组织外露是手外科急诊常见损伤。随着社会经济的发展,患者对修复效果的要求也

越来越接近于完美。临床治疗结果要满足耐用性好,外观美观,感觉功能恢复佳,且供区损伤小的要求。指动脉背侧穿支血管细小,皮瓣完成旋转后易出现血供不足、静脉危象、皮瓣远端坏死,甚至创面愈合不良及骨质裸露需要再次手术治疗等严重并发症^[1-2]。

补阳还五汤是清代医家王清任所创气虚血瘀理论的代表方剂,具有补气活血通络的功效,主治中风。有学者通过动物实验和临床观察发现补阳还五汤可以增加皮瓣的血供,使断蒂时间提前,可能与补阳还五汤的抗组织缺血与缺血再灌注损伤以及改善血流动力学作用有关^[3-4]。笔者依据中医异病同治的原则,针对皮瓣术后血运障碍关键问题,对常规指背动脉穿支皮瓣术后患者在常规抗炎、抗痉挛等基础上给予中医经典方剂补阳还五汤,通过中医定向透药仪定向透药方式给药,观察术后皮瓣血运、肿胀情况、皮瓣成活率及术后外观及功能评分,旨在探讨探讨补阳还五汤联合指动脉背侧穿支皮瓣治疗指端侧方组织缺损的可行性。

1 临床资料 2018 年 1 月—2020 年 11 月哈尔滨市骨伤科医院手足科收治的指端侧方缺损患者 30 例,男 24 例,女 6 例;年龄 20~55 岁;损伤原因:刀伤 3 例,挤压齿轮挤压伤 20 例,电锯伤 7 例;示指 16 例(桡侧 15 例、尺侧 1 例),中指 8 例,环指 3 例,小指 1 例,中指合并环指 2 例;手指末节侧方组织缺损面积为 0.8 cm×1.3 cm~2.5 cm×2.0 cm;创面均伴有甲床缺损,缺损面积约占甲体 1/4~1/2;骨质均外露。按照入院时间随机分为指背动脉穿支皮瓣常规手术治疗组(常规组)和补阳还五汤定向透药联合指动脉背侧穿支皮瓣手术治疗组(中药联合组)。两组患者基线资料见表 1。两组患者在年龄、性别、受伤时间、缺损面积均无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	性别(例)	年龄	受伤时间	缺损面积	吸烟史
	男/女	($\bar{x} \pm s$, 岁)	($\bar{x} \pm s$, h)	($\bar{x} \pm s$, μm^2)	有/无
常规组	13/2	45.4±0.3	2.3±0.5	3.5±0.5	13/2
中药联合组	14/1	46.5±0.5	2.5±0.4	3.8±0.4	11/4

2 方法

2.1 治疗方法 手术方法:依据创面大小选择臂丛麻醉或指神经阻滞麻醉,采用上臂气囊止血带止血,无菌肥皂水表面清创,去除油污,常规消毒,拔除残留指甲,修整创缘进一步清创,测量创面大小,依据创面大小设计皮瓣,皮瓣呈网球拍状,以伤指远指间关节近端 0.5 cm 左右为旋转点,以皮瓣近端顶点指创面远端顶点连线为旋转轴,先于皮瓣近端切开,深至伸指肌腱周组织浅层,将指背部皮神经包括在皮瓣内,皮瓣切至蒂部,留 3~5 mm 宽的筋膜条,皮瓣采取明道方式旋转,切至旋转点处,采用显微器械进一步探查指固有动脉指背穿支血管,适当游离,旋转点至创面部采取侧正中切口,仅切至真皮层,向两侧游离 3 mm 左右;松止血带,观察皮瓣血运,见皮瓣近端点状出血,确认皮瓣血运良好,将皮瓣旋转 180°覆盖受区创面,间断缝合,皮瓣供区可选择拉拢缝合或取腕掌侧全厚皮片覆盖创面。术后处理:两组患者术后均常规给予抗生素预防感染,罂粟碱 30 mg 日 2 次肌注,血