

- [4] 贾顺莲. 肾康注射液联合羟苯磺酸钙胶囊治疗原发性肾病综合征并发急性肾损伤疗效及对凝血-纤溶系统的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(27): 2976-2979.
- [5] 刘宝燕, 薛志杰, 孙丽佳. 地黄叶总苷胶囊联合他克莫司治疗肾病综合征的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(9): 2726-2730.
- [6] 魏青, 汤日宁, 王艳丽, 等. 他克莫司联合激素治疗原发性肾病综合征疗效分析[J]. 现代医学, 2018, 46(6): 695-699.
- [7] 周静, 黄闻, 彭凤玲. 人免疫球蛋白联合醋酸泼尼松治疗系统性红斑狼疮的效果及对患者 CD28、ICOS、Tim-1 表达的影响[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2019, 35(6): 334-341.
- [8] 张冬华, 陈榕, 王轩, 等. 肝移植术后应用巴利昔单抗克隆抗体诱导的无糖皮质类固醇激素免疫抑制治疗方案的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2018, 17(10): 997.

(收稿日期: 2019-12-29 修回日期: 2020-03-19)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 17. 036

消肿止痛膏外敷对缓解桡骨远端骨折术后患肢胀痛的效果研究^{*}

金吉华, 陈婕妤[△]

上海市金山区中西医结合医院骨科, 上海 201501

摘要:目的 探讨消肿止痛膏外敷对缓解桡骨远端骨折术后患肢肿胀、疼痛的效果。方法 将 70 例桡骨远端骨折行切开复位内固定术的术后患者随机分为对照组和观察组, 每组 35 例。对照组给予骨折术后常规治疗与护理, 观察组在骨折术后常规治疗与护理的基础上给予消肿止痛膏中药外敷, 观察患者术后患肢的肿胀消退程度、疼痛情况, 观察患者住院天数及满意度。结果 观察组患者肿胀消退效果明显优于对照组, 疼痛数字评价量表(NRS)评分低于对照组, 住院天数少于对照组, 患者满意度高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 消肿止痛膏外敷可有效缓解桡骨远端骨折术后患者患肢的肿胀、疼痛程度, 有助于提高治疗疗效, 缩短住院天数, 提高患者的满意度, 值得临床推广应用。

关键词: 桡骨远端骨折; 肿胀; 疼痛; 消肿止痛膏; 中药外敷

中图法分类号: R274.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)17-2549-03

桡骨远端骨折是指距桡骨远端关节面 3 cm 之内的骨折^[1]。该类骨折是最常发生的骨折之一, 好发于中老年, 在急诊骨折类型中约占 17%^[2]。手法整复复位联合夹板和/或石膏外固定是桡骨远端骨折的临床主要治疗方法, 但对于手法整复复位失败、极其不稳定的骨折、累及关节内关节面骨折或桡骨远端关节面有台阶者, 往往需切开复位内固定, 以恢复桡骨高度及腕关节正常生理角度, 保证桡骨远端关节面的平整并避免腕关节创伤性关节炎的发生^[3]。由于创伤及手术因素, 术后患肢常伴有不同程度的肿胀、疼痛, 影响患者患肢的功能、疾病预后与生活质量。西医学主要采用消炎止痛胶囊等方法进行对症处理^[4], 而中药的内外兼治在消肿止痛方面具有特色优势^[5-6]。笔者选用上海市基层名老中医徐小云副主任医师经验方制作的消肿止痛膏进行中药外敷, 并结合中医情志护理用于缓解桡骨远端骨折行切开复位内固定术患者术后患肢的肿胀、疼痛, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 5 月上海市金山区中西医结合医院骨科收治的 70 例桡骨远端骨折行切开复位内固定术的术后患者, 采用随机数

字法分为对照组和观察组, 每组 35 例。对照组中男 16 例, 女 19 例; 年龄(60.91 ± 11.21)岁。观察组中男 15 例, 女 20 例; 年龄(61.06 ± 11.19)岁。两组患者性别、年龄、骨折 AO 分型^[7]、各分型患者例数比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。研究经本院教科审批通过。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: (1) X 线或 CT 检查确诊为不稳定性桡骨远端闭合性骨折行切开复位内固定术者; (2) 手术时间在伤后入院 24 h 内者; (3) 由同组医师进行手术的患者。排除标准: (1) 开放性骨折者; (2) 严重药物过敏者; (3) 严重心脑血管疾病者; (4) 皮肤破损者; (5) 因精神疾病不能配合者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者予以骨折术后常规治疗及护理。(1) 双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊(瑞士 Temmler Ireland Ltd., 批号: 20180122); 口服, 每天 1 次, 每次 1 粒; (2) 地奥司明片(武汉马应龙药业集团股份有限公司, 批号: 20180106); 口服, 每天 2 次, 每次 3 粒; (3) 饮食指导; (4) 中医情志护理; (5) 患肢抬高于心脏水平, 以促进淋巴血液回流, 观察局部血液循环、肢端血供, 观察伤口有无渗血渗液, 定时换药;

^{*} 基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教教育便函[2016]42 号)。

[△] 通信作者, E-mail: hyqdxp@163.com。

(6)早期进行被动及主动的功能锻炼,如手指捻、抓、握拳等活动来促进血液循环;(7)使用全自动输注泵镇痛 48 h。

1.3.2 观察组 观察组患者在常规治疗及护理的基础上,给予消肿止痛膏外敷。将野生赤小豆 100 g、大黄 20 g、冰片 2 g 研磨成细粉后,与适量甘油和冷开水调成膏状,由专人制作。均术后 6 h 开始,用生理盐水棉球清洁患肢胀痛局部的皮肤,将调好的中药膏均匀涂抹在敷料上后敷于胀痛部位,避开伤口;外敷 24 h 后予以更换,7 d 为一个疗程;敷药过程中观察患者有无局部及全身不良反应,如有异常情况,及时告知医生,对症处理。

1.4 观察指标

1.4.1 肿胀消退效果 每天在进行消肿止痛膏外敷前用软尺测量健肢、患肢同一部位的周径;更换时,则在去除原敷料局部清洁后进行测量。肿胀消退疗效参照《中药新药临床研究指导原则》,以肿胀消除程度及时间进行评价。显效:治疗前、后患肢与健肢周径差值<0.3 cm,消肿时间<3 d;有效:治疗前、后患肢与健肢周径差值≥0.3~<0.9 cm,消肿时间为 3~6 d;无效:治疗前、后患肢与健肢周径差值≥0.9 cm,消肿时间>6 d。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100.0%。

1.4.2 疼痛评分 采用疼痛数字评价量表(NRS)评分,在治疗前、术后 24、48、72 h,让患者对自己的疼痛程度进行评分。0 分为无痛,10 分为剧痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分重度疼痛。

1.4.3 住院天数与满意度 比较两组患者住院天数。满意度根据本院自行设计的调查表进行测评,总分 100 分,每个调查表由 20 个条目组成,满意度分为非常满意(5 分)、满意(4 分)、一般(3 分)、不满意(0 分)。满意度=每份得分之和/调查份数。

1.5 统计学处理 所有数据均由双人核对、录入 Excel 表中,采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组肿胀消退效果的比较 观察组的总有效率为 97.15%,对照组为 85.71%,观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组肿胀消退效果的比较					
组别	<i>n</i>	显效[<i>n</i> (%)]	有效[<i>n</i> (%)]	无效[<i>n</i> (%)]	总有效率(%)
观察组	35	27(77.1)	7(20.0)	1(2.9)	97.1
对照组	35	14(40.0)	16(45.7)	5(14.3)	85.7

2.2 疼痛 NRS 评分的比较 治疗前两组疼痛 NRS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后

24~72 h 观察组疼痛 NRS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者疼痛 NRS 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	<i>n</i>	治疗前	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
观察组	35	6.83±1.16	4.48±0.90	3.83±0.75	2.67±0.82
对照组	35	6.67±1.21	5.16±0.98	4.79±0.69	3.83±0.75

2.3 住院天数的比较 观察组住院时间为 5~12 d,平均(7.45±1.80)d;对照组住院时间为 8~15 d,平均(11.54±1.65)d。观察组住院时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 满意度的比较 治疗后,观察组的满意度为 96.00%,明显高于对照组的 90.86%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

现代医学认为,创伤及术后引起肢体肿胀的原因有:毛细血管破裂出血外渗到组织间隙;局部和全身的炎性反应对微循环产生影响;骨折后缺乏主动有效的锻炼,肌肉萎缩,使局部静脉和淋巴淤滞,静脉回流不畅^[8]。肢体肿胀一般在术后 3~5 d 内达到高峰,如果肿胀超过 1~2 周不消退,可导致患肢坏死等严重并发症,是骨折后致残的主要原因^[9]。术后疼痛的主要原因是伤口疼痛,手术伤口对神经末梢的机械性损伤使其释放乳酸、5-羟色胺、组胺和血浆激肽等致痛物质,从而刺激游离神经末梢引起疼痛^[10]。有研究表明,伤口疼痛一般在术后 12~24 h 内程度最剧烈,2~3 d 后逐渐减轻,术后第 2 天的疼痛以非手术因素为主要原因,如被动体位、石膏压迫、个体差异及体位变化等^[11-12]。中医学认为创伤导致局部气血阻滞,且手术是继骨折损伤后的又一个极大的创伤,严重影响了患者气血的流通,经络不通、水代谢不利而引起肿胀。此外,经络不通与疼痛相关,不通则痛,故术后常见肿胀疼痛,易致睡眠障碍。肿胀疼痛严重者会引起切口感染、骨筋膜室综合征、延缓骨折愈合及难以愈合等并发症。

本研究采用的消肿止痛膏由本院自制。有研究表明,野生赤小豆具有散血、解毒、清热利水消肿的功效;大黄具有清热解毒、活血化瘀的功效;冰片辛苦、微寒、性凉,具有醒脑、抗炎、消肿止痛的功效;诸药合用共奏活血化瘀、消肿止痛之功效^[13-15]。本研究采用的中药贴敷,是一种中医外治法,是将中药药膏涂抹于纱布或棉垫上,敷于患处,药物通过皮肤腠理、毛孔、穴位、经脉而达到治疗作用的一种方法^[16]。活血化瘀、利水消肿可改善局部血液循环,使水肿得到快速吸收,缓解对神经末梢产生的刺激,降低疼痛。本研究结果显示,观察组患肢肿胀的消退效果明显优于对照组,疼痛 NRS 评分低于对照组,住院时间少于对照组,满意度高于对照组,差异均有统计学意义($P<$

0.05)。

综上所述,消肿止痛膏外敷,可有效缓解桡骨远端骨折行切开复位内固定术的术后患者患肢的肿胀、疼痛程度,有助于提高治疗疗效,缩短住院时间,提高患者满意度,也易于被患者接受,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 姜保国,龙奎元,张殿英,等.桡骨远端骨折的治疗策略[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(10):1118-1121.

[2] HANEL D P,JONES M D,TRUMBLE T E. Wrist fractures[J]. Orthop Clin North Am,2002,33(1):35-57.

[3] 刘新焕,蔡建平,张贤,等.中西医结合治疗桡骨远端骨折研究述评[J].中医学报,2013,28(2):184-187.

[4] 秦春,宗志军,杨永生,等.骨折早期患肢肿胀疼痛消炎止痛胶囊治疗疗效分析[J].中医临床研究,2015,7(31):119-120.

[5] 杜竑颀,王建伟,殷钰涵.中药内外兼治桡骨远端骨折术后肿胀及疼痛疗效观察[J].中国中医急症,2016,25(6):1136-1138.

[6] 王群香,林俊宏,池燕玲,等.自制芒硝散冷敷对小腿骨折早期疼痛和肿胀度的影响研究[J].中国全科医学,2016,19(26):3180-3184.

[7] 张磊,王宸,常青,等.桡骨远端骨折的分型及治疗进展[J].东南大学学报(医学版),2015,34(3):472-475.

[8] 高红.上肢骨折创伤后患者肿胀的护理进展[J].实用临床医药杂志,2015,19(8):176-178.

[9] 王艳霞,车爱枝.护理干预在下肢骨折患者术后肿胀中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(4):90-92.

[10] 易小青,金艳霞,傅爱凤,等.舒适护理对上肢骨折术后患者疼痛及满意度的影响[J].护理学杂志,2008,23(6):18-19.

[11] 范迪,王子敬,张丹.下肢骨折术后疼痛原因分析与护理对策[J].实用手外科杂志,2012,26(2):192-194.

[12] 朱琳怡,张子凤,傅育红,等.掀针疗法对断肢再植术后患者疼痛的影响分析[J].上海护理,2018,18(6):9-12.

[13] 金喻,刁娟娟,王媛媛,等.赤小豆方外敷治疗急性淋巴结炎[J].现代中医药,2013,33(1):39-40.

[14] 毕超然,张鹏,朴春丽.大黄临床应用及其用量[J].吉林中医药,2019,41(9):28-31.

[15] 张厉元,李元文,林欢,等.中药冰片的商品种类与现代药理学研究进展[J].世界中医药,2018,13(4):1025-1029.

[16] 谢薇,李俊华.中医适宜技术操作规范[M].上海:同济大学出版社,2016:1-58.

(收稿日期:2019-12-26 修回日期:2020-03-01)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.17.037

行 PCI 患者应用尼可地尔联合氯吡格雷或替格瑞洛的临床效果对比

张欣梅,李 玫,苗 婷

山东省立第三医院心血管内科,山东济南 250031

摘要:目的 比较行经皮冠状动脉介入术(PCI)患者应用尼可地尔联合氯吡格雷或替格瑞洛的临床效果。**方法** 选取 2017 年 6 月至 2019 年 6 月山东省立第三医院 80 例急性 ST 段抬高型心肌梗死患者,随机分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组予以尼可地尔联合氯吡格雷治疗,观察组予以尼可地尔联合替格瑞洛治疗,比较两组治疗前后心功能[左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDD)、心脏指数(CI)]、心肌损伤标志物[心肌肌钙蛋白 I(cTnI)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)]水平、心血管不良事件(MACE)发生率。**结果** 观察组治疗后 LVEF、CI 高于对照组,而 LVEDD 低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 cTnI、CK-MB 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组 MACE 发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** PCI 术后患者应用尼可地尔联合氯吡格雷或替格瑞洛均有一定疗效,且联合替格瑞洛治疗对患者心功能、心肌损伤指标水平改善效果更佳,能明显降低 MACE 风险,值得在临床推广实践。

关键词:经皮冠状动脉介入术; 尼可地尔; 氯吡格雷; 替格瑞洛

中图法分类号:R543.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)17-2551-03

急性心肌梗死(AMI)为冠状动脉缺血缺氧所导致的心肌梗死,有发病快、病死率高等特点,而经皮冠状动脉介入术(PCI)为临床治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)或非 ST 段抬高型心肌梗死患者的主要手段,可快速实现病变血管再通,但多数患者术后出现无复流现象(NRP),严重影响其远期预后^[1]。PCI 围术期予以适当药物联合治疗可减轻局部炎症反应,改善血管内皮功能与凝血功能,其中氯吡格雷、

阿司匹林双重抗凝可有效改善患者的凝血功能^[2],而替格瑞洛为新型 P2Y₁₂ 受体拮抗剂,与氯吡格雷不同的是,其原药具有生物活性,不需要代谢产生活性物质,可更有效地抑制血小板聚集,达到强效且令人满意的抗凝效果^[3]。尼可地尔可增加心肌能量代谢,增加心肌泵功能,在改善脏器血供方面的同时可发挥舒张动脉与静脉的作用^[4]。本研究旨在比较尼可地尔分别联合氯吡格雷或替格瑞洛对行 PCI 患者的疗效