

体位对中药足浴治疗膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症疗效的影响研究

李蕊¹ 郭运岭² 王雷²

(1.秦皇岛市第一医院,河北秦皇岛066000;2.秦皇岛市中医医院,河北秦皇岛066000)

摘要 目的:对比观察平卧屈膝无负重体位和坐位对中药足浴治疗膝骨关节炎(以下简称膝骨关节炎)合并腰椎间盘突出症疗效的差异。方法:选择膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症患者85例,随机分为治疗组39例,对照组46例。2组均予子午流注低频治疗仪治疗和金骨莲胶囊口服,治疗组在平卧屈膝无负重体位进行中药足浴,对照组在常规坐位进行中药足浴,每次足浴30min,1次/d,治疗2周。比较2组患者治疗前后VAS疼痛评分、Lysholm膝关节评分、JOA下腰痛评分改变情况。结果:治疗后2组患者VAS评分均较治疗前明显降低($P<0.01$),Lysholm膝关节评分、JOA下腰痛评分较治疗前明显升高($P<0.01$),治疗组改善情况明显优于对照组($P<0.01$)。结论:在平卧屈膝无负重体位进行中药足浴对膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症患者的腰腿疼痛和膝关节功能改善程度优于常规坐位中药足浴。

关键词 平卧屈膝无负重体位;中药足浴;膝骨关节炎;腰椎间盘突出症;子午流注低频治疗仪;金骨莲胶囊

中图分类号 R684.305 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)03-0046-03

基金项目 秦皇岛市科技计划项目(201602A133)

膝骨关节炎(以下简称膝骨关节炎)在中老年患者中发病率较高,主要与年龄、肥胖、慢性劳损等有关,腰椎间盘突出症多发生于青壮年,但随着年龄的增长腰椎间盘突出伴随着患者进入中老年,所以膝骨关节炎与腰椎间盘突出症在中老年群体中常常合并发生,临床报道腰椎间盘突出症患者中有63.7%的患者合并膝骨关节炎^[1]。中药足浴治疗膝骨关节炎和腰椎间盘突出症临床疗效显著^[2-3],但通常足浴患者都是采用坐位,而坐位时腰椎间盘受力较大,容易引起疾病的加重。因此,我们考虑采用平卧屈膝无负重体位进行中药足浴治疗膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症,并与常规坐位者进行疗效对照,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2016年9月至2018年5月秦皇岛市中医医院骨科收治的膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症患者85例,随机分为治疗组与对照组。治疗组39例:男16例,女23例;单膝25例,双膝14例;平均年龄(58.74 ± 6.22)岁;平均病程(11.79 ± 7.33)个月。对照组46例:男19例,女27例;单膝29例,双膝17例;平均年龄(57.69 ± 7.92)岁;平均病程(11.67 ± 5.66)个月。2组一般资料比

较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 膝骨关节炎的诊断标准按照《骨关节炎诊断及治疗指南》^[4]。腰椎间盘突出症的诊断标准按照胡有谷主编《腰椎间盘突出症》^[5]。

1.3 纳入标准 同时符合膝骨关节炎和腰椎间盘突出症诊断标准;无中药过敏史;能够平卧;无手术指征;无下肢感染及皮肤破溃;无严重下肢感觉障碍;知情同意。

1.4 排除标准 高血压病及低血压病患者;治疗过程中突发严重内科疾病不能继续完成治疗者;精神异常,不能配合完成治疗和功能评分者;治疗过程中因其他因素导致病情加重需要手术者。

2 治疗方法

2组患者均予子午流注低频治疗仪[ZWLZ-V(5型)北京佳时正通科技有限责任公司]治疗,1次/d;金骨莲胶囊(贵州益佰制药股份有限公司)口服,2粒(0.5g)/次,3次/d。

2.1 治疗组 加用中药足浴,使用可调式升降床让患者平卧于床上(依据患者情况腰部可垫薄垫),根据患者小腿长度调节升降床的高度,使膝关节屈曲(膝关节股骨远端垫软垫使髌关节微屈),双小腿自然垂于床缘,双足置于中药煎剂中。药物组成:蚕沙

30g, 伸筋草 30g, 苍术 30g, 川牛膝 20g, 桃仁 20g, 海桐皮 20g, 透骨草 20g, 川椒 10g, 红花 10g, 防风 20g, 延胡索 15g, 川乌 15g, 汉防己 10g, 千年健 10g。水煎 20min, 使用时将中药汤剂温度控制在 40~50℃, 药液深度达小腿 3/4, 并保证患者双小腿可自由摆动。每次足浴约 30min, 每日 1 次, 共治疗 2 周。

2.2 对照组 加用中药足浴, 患者采用坐位, 端坐, 双足置于中药足浴桶内, 药物组成、方法及疗程均同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 腰腿疼痛VAS视觉模拟评分 腰腿疼痛共用一个疼痛值表示, 分值 0~10 分, 0 分表示无痛, 10 分表示疼痛难忍, 治疗前后各评定 1 次。

3.1.2 Lysholm 膝关节评分^[6] 治疗前后各评定 1 次, 分值 0~100 分, 包括疼痛 25 分, 不安定度 25 分, 闭锁感 15 分, 肿胀度 10 分, 跛行 5 分, 楼梯攀爬 10 分, 蹲姿 5 分, 使用支撑物 5 分。分值越高, 关节功能越好。

3.1.3 JOA 下腰痛积分评价表评分^[7] 治疗前后各评定 1 次。主要包括自觉症状、临床体征、日常生活能力及膀胱功能四个方面, 满分 29 分。分值越高, 功能越好。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件对所得数据进行统计学处理分析, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果 2 组患者治疗前 VAS 评分、Lysholm 膝关节评分和 JOA 下腰痛评分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后组内及组间比较结果见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后 VAS、Lysholm、JOA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	VAS 评分	Lysholm 膝关节评分	JOA 下腰痛评分
治疗组	39	治疗前	6.43±1.06	56.95±11.11	11.74±2.84
		治疗后	2.97±1.02***	86.03±7.87***	24.18±3.40***
对照组	46	治疗前	6.34±1.58	58.22±11.56	11.86±3.75
		治疗后	4.71±1.09**	71.48±13.07**	21.61±3.03**

注: **与本组治疗前比较, $P < 0.01$; ##与对照组治疗后比较, $P < 0.01$ 。

4 讨论

中药足浴是通过药物的药力和热力有效刺激足部的相应穴位和感受器, 然后再经过神经反射引起体液调节, 激发经气, 疏通经络, 促进气血运行, 从而达到治疗疾病的目的^[8]。本研究我们采用的中药足浴体位为平卧, 髋关节微屈, 膝关节屈曲无负重, 使双小腿自然下垂。通过借助高度可调的转运床让患者平卧于床上, 调节治疗床的高度来达到所需体位。

平卧、髋关节微屈体位, 能够避免腰椎前屈角

度突然减小使腰部疼痛加重, 同时也避免了髋关节过伸牵拉股神经导致病情加重, 保证了腰椎受力达到最小, 给予腰椎功能恢复创造了条件。因为人体平卧时, 椎间盘所受身体重量会降低, 椎间盘内的压力会因姿势不同而异, 坐位时为 15kg/mm², 直立时减少 30%, 卧位时减少 50%^[9], 所以与常规坐位中药足浴比较, 平卧位时腰椎间盘所受压力最小, 同时也能够放松腰部肌肉, 改善局部微循环, 为神经根恢复创造条件, 避免病情进一步加重。需要注意的是, 患者在站立—坐位—平卧之间互相转换体位时需他人帮助, 因为从仰卧到坐位过程中腰椎所受的应力会突然增加而可能会使病情加重^[10]。

双小腿垂于床缘, 通过自身牵引可使膝关节周围肌肉、肌腱放松, 降低膝关节内压力, 与目前运动疗法中的悬吊训练相似。悬吊训练目前已被广泛应用于膝关节骨性关节炎的治疗中, 主要方法是将患侧小腿吊起, 利用自身的重力牵拉膝关节, 降低膝关节内压力, 放松膝关节周围紧张的肌群, 让膝关节通过牵引、放松等方法进行开链运动, 能够系统、全面地提高患者的神经肌肉控制能力, 改善本体运动功能, 提高膝关节的活动度, 增强关节的稳定性^[11]。

本研究结果表明, 使用中药足浴治疗膝骨关节炎合并腰椎间盘突出症时采用平卧位屈膝无负重体位对患者腰部疼痛和功能的改善明显优于使用常规坐位, 其可能的作用机制是平卧减轻了腰椎间盘压力, 为腰椎功能恢复创造了条件, 膝关节无负重自身牵引起到了恢复关节功能的作用, 疗效显著, 值得临床推广。因中老年患者常合并有多种骨关节病, 如颈椎病、胸椎退行性病变、膝骨关节炎等, 该体位是否适合下肢关节炎合并其他脊柱疾病的治疗, 还有待于进一步研究。

参考文献

- [1] 董华, 王兵, 郭运岭, 等. 腰膝同治法治疗腰椎间盘突出症合并膝关节炎疗效观察[J]. 中医药信息, 2012, 29 (5): 83.
- [2] 周锦芳. 中药足浴熏洗对膝骨性关节炎临床疗效分析[J]. 亚太传统医药, 2013, 9 (12): 135.
- [3] 高映辉, 陈丽娟. 腰椎间盘突出神经阻滞配合中药足浴治疗腰椎间盘突出症 50 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (18): 2783.
- [4] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14 (6): 417.
- [5] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 9.

油纱布临床应用分析

高国宇 王晓红

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 油纱布在中医外科临床中应用广泛,但缺乏具体的使用说明,巧妙用法存乎各人之心。在创面痂盖久不脱落、溃疡创面久不愈合、各种水火烫伤、脓腔引流、填塞止血等方面,可选择合适厚度的油纱布(油纱条)外敷或填塞,选择合适的时机换药或取走辅料,以求发挥油纱布最好的治疗效果。

关键词 油纱布;中药油膏;治疗应用

中图分类号 R283.6

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019)03-0048-03

油纱布指的是各种油膏涂敷或浸泡在纱布上形成的特殊外用剂型。在现代医学进入我国以前,由于没有纱布,中医外科主要由硬膏、油膏、掺药、纸捻等作为主要外用剂型。后来由于西医外科的引进,纱布作为主要敷料一并引进,而其与凡士林油膏的完美结合,使得敷料可以完全贴合创面,药物可以直接发挥作用,从而使得凡士林纱布在外科临床起到重要作用。而中药的油膏与纱布的结合更加使得油纱布在中医外科中得以广泛使用。但是油纱布的使用本身缺乏具体的说明,临床上有很多医生对于如何使用油纱布缺乏经验,不能发挥它最好的治疗效果,甚至于影响创面的愈合,耽误患者的病情。笔者在此结合多年的临床经验,从油纱布的效用和使用注意事项等方面和大家分享一些临床中的经验体会。

1 临床应用

1.1 创面脱痂 临床中部分患者创面痂盖久不脱落,创面久不愈合,由于痂盖突起,局部疼痛难忍,修

剪又不能耐受疼痛,是外科一大难题。此时如果采用油纱布并用适当的外敷方法可以较轻松地使痂盖脱落且疼痛少。

例1. 张某,男,68岁。初诊日期:2005年3月2日。

右侧胫前外伤后2月。经外院治疗后创面逐渐干燥结痂,但痂盖已经半月左右不脱,质地坚硬,局部仍有疼痛不适。患者在外院已经予以多种处理,未有较好疗效。修剪则伴有明显疼痛,不能忍受。查体见:右侧胫前可见约5cm直径干燥焦痂,质地坚硬,高出正常皮肤约0.3~0.4cm左右,周围无明显渗出,伴有轻度压痛。给予足油油纱布6~10层覆盖,边缘超出痂盖边缘约2cm,敷料严密覆盖并固定。3日后打开敷料,见痂盖下方局部有坏死组织,与周围组织界限已较清晰,用尖刀片仔细游离,完全脱去痂盖,见痂下少量积脓,肉芽不清。予以清创,更换其他敷料等治疗后约20日左右创面痊愈。

注意点:此类患者应予以足油油纱布外敷,足够厚

- [6] KUBIAK G, FABIŠ J. To compare the results of knee evaluation after meniscus repair and anterior cruciate ligament reconstruction on the basis of Lysholm, HSS and IKDC scoring systems[J]. Pol Orthop Traumatol, 2012, 77: 127.
- [7] 井上骏一. 腰痛治疗成绩判定标准[J]. 日本整形骨科学会杂志, 1983, 60: 391.
- [8] 陈秀敏, 李静. 中药热敷加足浴疗法治疗腰椎间盘突出症98例[J]. 中国民间疗法, 2008, 16(8): 20.
- [9] 王明燕. 第5腰椎间盘的受力分析[J]. 医学理论与实践, 2003, 16(3): 278.

- [10] 张涵, 朱卫平. 起床过程中腰椎应力动力学响应[J]. 医用生物力学, 2017, 32(4): 348.
- [11] 袁望舒, 刘忠良, 张海娜, 等. 膝骨性关节炎的运动疗法新进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(3): 232.

第一作者: 李蕊(1984—), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向为针灸治疗腰腿痛。

通讯作者: 郭运岭, 医学硕士, 主治医师。
442914830@qq.com

修回日期: 2018-10-19

编辑: 吴 宁