

序贯中医护理干预膝骨关节炎疗效观察*

于秀红

济南市中医医院骨科, 济南 250012

关键词 序贯中医护理; 膝骨关节炎; 膝关节活动度

中图分类号 R248.2 文献标志码 A

骨关节炎(osteoarthritis, OA)是常见的慢性骨关节炎疾病, 据统计, 世界范围内成年人 OA 发病率约为 10%^[1]。膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是老年人群中最常见的骨关节疾病, 也是导致老年人残疾的常见原因^[2]。在中国, 45 岁以上人群中临床症状的 KOA 总患病率为 8.1%, 且女性(10.3%)比男性(5.7%)更易患病^[3]。KOA 以关节肿胀、疼痛、僵硬和活动障碍为主要临床表现, 严重影响患者生活质量。针灸、推拿、中药外敷等中医疗法以毒副作用少、可重复操作、患者接受程度高等优势被广泛应用于 KOA 的治疗。本研究旨在探讨中医药理论指导下的序贯护理干预 KOA 的疗效, 以期 KOA 的治疗提供新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月—2019 年 1 月本院骨科收治的 KOA 患者 70 例, 采用随机数字表法分为序贯中医护理组(序贯组)和常规护理组(常规组), 每组 35 例。序贯组男 12 例, 女 23 例; 平均年龄(64.37±7.19)岁, 平均病程(7.20±2.87)年, 平均体质指数(26.48±3.44)kg/m²; 患病肢体: 左下肢 16 例, 右下肢 12 例, 双下肢 7 例。常规组男 15 例, 女 20 例; 平均年龄(65.74±7.82)岁; 平均病程(8.00±2.60)年, 平均体质指数(26.83±3.37)kg/m²; 患病肢体: 左下肢 7 例, 右下肢 17 例, 双下肢 11 例。2 组患者性别、年龄、病程、体质指数、患病肢体等方面资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究获医院伦理委员会批准, 入组患者均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入患者符合中华医学会骨科学分会关节外科学组《骨关节炎诊疗指南(2018 年版)》^[4]中 KOA 的诊断标准: ①近 1 个月内反复的膝关节疼痛; ②X 线片(站立位或负重位)示关节间隙变窄; ③软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节边缘骨赘形成; ④年龄≥50 岁; ⑤晨僵时间≤30 min; ⑥活动时骨摩擦音(感)。满足诊断标准①和②~⑥中的任意 2 条即可诊断为 KOA。

排除标准: ①合并严重外伤或下肢骨折; ②既往行膝关节手术治疗; ③不能完成资料随访; ④有下肢深静脉血栓形成病史。

1.3 干预措施

2 组患者均积极对症支持处理, 并给予注射用红花黄色素(山西德元堂药业有限公司, 国药准字 Z20050594)治疗, 每次 150 mg 加 0.9%氯化钠注射液 250 mL 静脉滴注, 1 次/日。

常规组给予常规护理干预: ①健康教育, 入院后以口头和书面形式对患者及家属开展 KOA 知识宣教, 指导患者改变不良生活习惯, 减少跑、跳、蹲等活动及爬山等活动, 指导患者控制体重; ②中药塌渍, 采用乌花透骨汤(组成: 川乌、制草乌、红花、艾叶、透骨草、花椒各 30 g)煎煮液 200 mL, 晾凉至 40℃, 纱布浸透后敷于膝关节处, 20 min/次, 2 次/天; ③康复运动, 指导患者进行静蹲、直腿抬高、股四头肌等长收缩运动, 以改善关节稳定性。

序贯组患者在接受健康教育后, 实施序贯中医护理方案: ①第 1~2 天给予手指点穴, 方法如下: 取仰卧位, 腘窝处垫软枕, 拇指指腹按压内膝眼、外膝眼、血海、阴陵泉、阳陵泉等穴位; 取俯卧位, 相同指法按压承山、承筋、委中及阿是穴; 按压力度以患者自觉酸胀为宜, 每穴按压 30 s, 2 次/天。②第 3~11 天给予中药离子导入, 方法如下: 将中药乌花透骨汤煎煮液浸透药垫, 置于中药离子导入仪(河南迈通 ZP-A6)正

*全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No. 国中医药人教发[2016]42 号); 山东省名老中医药专家传承工作室建设项目(No. 鲁卫中发展字[2018]1 号)

极贴片,导入仪正负极贴片分别置于内、外膝眼,采用中频导入模式,导入 15 min 后,再次制备药垫,将正负极交换位置,采用相同模式再次导入,1 次/天。③第 12 天以后给予康复运动指导,方式同常规组。

2 组护理干预时长即为患者住院时间,以干预后 6 个月为随访终点,记录患者预后情况。

1.4 观察指标与判定标准

分别于干预前、干预后 2 周、3 个月及 6 个月评估患者骨关节炎严重程度:采用改良版西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC)量表^[5]进行评价,分疼痛、僵硬、功能、生活质量 4 个维度,采用 0~4 分(五分制)评价每一条目的严重程度,分值 0~88 分,得分越高表明 KOA 症状越重。

于干预前和干预后 6 个月采用量角器测量患者膝关节活动度:患者取仰卧位,以股骨外侧髁为轴心,下肢伸直时为 0°,测量膝关节屈曲最大角度。

采用日常生活自理能力(activities of daily living, ADL)评分表^[6]评估患者干预前和干预后 6 个月时的自理能力,ADL 评分针对行走、进食等 14 个日常活动对受试者进行生活质量评价,满分 100 分,得分越高表明患者生活质量越高。

参照文献[7]中的膝关节肿胀程度评估办法对 2 组患者干预前和干预后 6 个月时的膝关节肿胀程度进行评分:膝关节皮肤无肿胀计 1 分;膝关节轻度肿胀、皮肤纹理变浅计 2 分;膝关节中度肿胀、皮肤纹理基本消失、骨性标志不明显计 3 分;膝关节重度肿胀、局部皮肤紧绷计 4 分。得分越高表示膝关节肿胀越严重。

统计 2 组患者住院天数、3 个月内再住院率以及下肢深静脉血栓(deep vein thrombosis, DVT)形成和药物过敏等不良事件的发生率。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行数据统计分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;不符合正态分布的计量资料以中位数(下四分位数~上四分位数)表示,应用 Mann-Whitney U 检

验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 WOMAC 评分比较

2 组患者干预后各时间节点 WOMAC 评分均低于干预前($P < 0.05$),且序贯组干预后同一时间节点 WOMAC 评分均低于常规组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组干预前后 WOMAC 评分比较
($n=35$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	WOMAC 评分
常规组	干预前	59.06±8.36
	干预后 2 周	45.69±5.75*
	干预后 3 个月	38.71±6.03*
	干预后 6 个月	32.91±4.56*
序贯组	干预前	56.26±10.85
	干预后 2 周	42.43±6.34*△
	干预后 3 个月	33.54±4.98*△
	干预后 6 个月	21.63±3.64*△

与干预前比较* $P < 0.05$;与常规组比较△ $P < 0.05$

2.2 2 组膝关节活动度比较

干预后 6 个月,2 组患者膝关节活动度均有所增大($P < 0.05$),且序贯组患者膝关节活动度显著大于常规组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者膝关节活动度比较($n=35$, °, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	膝关节活动度
常规组	干预前	78.17±9.62
	干预后 6 个月	90.26±5.55*
序贯组	干预前	81.43±9.30
	干预后 6 个月	98.00±4.86*△

与干预前比较* $P < 0.05$;与常规组比较△ $P < 0.05$

2.3 2 组 ADL 评分及膝关节肿胀度评分比较

干预后 6 个月,2 组患者 ADL 评分均有所提高($P < 0.05$),膝关节肿胀度评分均有所降低($P < 0.05$);且序贯组干预后 ADL 评分显著高于常规组($P < 0.05$),膝关节肿胀度评分显著低于常规组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者干预前后 ADL 评分及膝关节肿胀度比较[$n=35$, 分, $P_{50}(P_{25} \sim P_{75})$]

组别	时间	ADL 评分	膝关节肿胀度评分
常规组	干预前	65.00(62.00~70.00)	3.00(2.00~4.00)
	干预后 6 个月	75.00(72.00~77.00)*	2.00(1.00~3.00)*
序贯组	干预前	64.00(62.00~69.00)	3.00(3.00~4.00)
	干预后 6 个月	83.00(77.00~88.00)*△	2.00(1.00~2.00)*△

与干预前比较^{*} $P < 0.05$; 与常规组比较[△] $P < 0.05$

2.4 2 组住院天数及不良事件发生率比较

序贯组患者中位住院天数为 15.00 (13.00 ~ 17.00)d, 常规组患者中位住院天数为 17.00 (14.00 ~ 19.00)d; 2 组患者住院天数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。序贯组 3 个月内再住院率显著低于常规组 ($P < 0.05$); 2 组治疗期间药物过敏及 DVT 发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者 3 个月内再住院率及不良事件发生率比较 ($n=35$, 例, %)

组别	3 个月内	DVT	药物过敏
	再住院率	发生率	发生率
常规组	8(22.86)	3(8.57)	2(5.71)
序贯组	2(5.71) [△]	2(5.71)	1(2.86)

与常规组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

随着研究的深入, 目前对 KOA 认识已由关节软骨的退行性变化, 转变为关节软骨机械性损伤、滑膜炎性改变、关节边缘骨质增生、关节囊挛缩、韧带松弛或挛缩、肌肉萎缩无力等一系列病理改变的集合。随着人口老龄化进程的加快, KOA 的发病率将进一步提高。有文献估计, 到 2036 年, 香港 KOA 发病率将由 2016 年的 16.7% 增长到 31.1%^[8]。积极干预 KOA 对提升患者生活质量具有重要意义。

对乙酰氨基酚和非甾体类抗炎药是 KOA 治疗的一线药物, 但乙酰氨基酚和非甾体抗炎药有诱发高血压、充血性心力衰竭的风险和肾毒性的毒副作用, 因此疗效显著且毒副作用小的诊疗方案亟待发掘。中医药治疗 KOA 方式多样, 针灸、按摩、电刺激等增加局部血液循环和减轻炎症反应的中医外治手段常作为 KOA 非药物治疗的首选方案。护理是临床治疗过程中重要的组成部分, 对促进患者康复起着至关重要的作用。临床护理与中医药学相结合的中医护理技术在国内应用广泛, 在 KOA 的诊疗护理方面也有诸多报道^[9]。本研究采用序贯中医护理方案对 KOA 进行干预, 其中膝关节周围手指点穴可以缓解膝关节周围软组织黏连, 强化膝关节周围肌肉的附着力和固定作用, 减轻疼痛刺激; 中药离子导入技术可将经电流离子化的中药有效成分透皮吸收入血, 直达病所。结果表明, 与常规护理方案相比, 序贯中医护理可以显著改善 KOA 患者膝关节活动度和肿胀程度, 提高生活自理能力。

改良版 WOMAC 评分量表信效度较好, 能够客

观评价患者膝、髌关节的功能。本研究应用改良版 WOMAC 作为膝关节功能的评价指标, 结果表明, 序贯中医护理方案能够显著降低 KOA 患者膝关节 WOMAC 评分。此外, 序贯中医护理方案还能降低 KOA 患者 3 个月内再入院率, 提示该方案远期疗效尚可。

综上所述, 序贯中医护理方案能够改善 KOA 患者膝关节活动度和肿胀程度, 提高生活自理能力, 降低 WOMAC 评分和 3 个月内再入院率, 效果显著。但由于样本量较小、随访时间较短等原因, 本研究存在一定局限性, 序贯中医护理方案的远期疗效仍有待进一步验证。

参 考 文 献

- [1] Hawker GA, Croxford R, Bierman AS, et al. All-cause mortality and serious cardiovascular events in people with hip and knee osteoarthritis: a population based cohort study[J]. PLoS One, 2014, 9(3): e91286.
- [2] Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features; Part I[J]. Caspian J Intern Med, 2011, 2(2): 205-212.
- [3] Tang X, Wang S, Zhan S, et al. The prevalence of symptomatic knee osteoarthritis in China: results from the China health and retirement longitudinal study[J]. Arthritis Rheumatol, 2016, 68(3): 648-653.
- [4] 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 骨关节炎诊疗指南(2018 年版)[J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(12): 705-715.
- [5] 沈正东, 于慧敏, 王俊婷, 等. 改良版西安大略和麦马斯特大学骨关节炎指数量表在膝骨关节炎中的应用[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(7): 537-541.
- [6] Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence[J]. Arch Clin Neuropsychol, 2016, 31(6): 506-616.
- [7] 匡尧, 李正飞, 孙鹏, 等. 独活寄生汤配合膝四针治疗风寒湿痹型膝骨关节炎的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(18): 147-152.
- [8] Kan HS, Chan PK, Chiu KY, et al. Non-surgical treatment of knee osteoarthritis[J]. Hong Kong Med J, 2019, 25(2): 127-133.
- [9] Zhang C, Sun C. Role of clinical nursing path combined with traditional Chinese dialectical nursing in the treatment of knee osteoarthritis[J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(4): 6171-6178.

(收稿日期: 2020-11-13)