

手法淋巴引流结合血府逐瘀汤治疗关节置换术后肿胀患者的疗效及其对疼痛的影响

叶 红

摘要 目的: 研究手法结合血府逐瘀汤对关节置换术后肿胀患者的疗效。**方法:** 以 152 例关节置换术后肿胀患者为研究对象, 使用随机数字表法分为对照组和观察组, 对照组使用手法淋巴引流治疗, 观察组在对照组的基础上服用血府逐瘀汤, 7 天后比较两组肿胀情况和疼痛情况。**结果:** 两组治疗髌上 10 cm 周径、髌下 10 cm 周径、PRI 评分、VAS 评分、PPI 评分均显著降低 ($P < 0.05$); 两组总有效率无显著差异 ($P > 0.05$), 但显效患者观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 手法淋巴引流结合血府逐瘀汤治疗, 能够有效缓解关节置换术后肿胀及疼痛。

关键词: 手法; 淋巴引流; 血府逐瘀汤; 关节置换术; 肿胀

中图分类号: R687.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)05-0730-03

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.05.016

Effect of Manipulative Lymphatic Drainage Combined with Xuefuzhuyu Decoction on Swelling Patients after Joint Replacement YE Hong *Taian Rongjun Hospital, Taian (271000), China*

Abstract: Objective To study the curative effect of manipulative lymphatic drainage combined with Xuefuzhuyu Decoction on pain of swollen patients after arthroplasty. **Methods** Totally 152 patients of arthroplasty were divided into control group and observation group. The patients in control group were treated with herbal lymphatic drainage. The patients in observation group were treated with Xuefuzhuyu Decoction on the basis of the control group. After 7 d, the swelling and pain of two groups were compared. **Results** The peripatellar 10 cm circumference, subpatellar 10 cm circumference, PRI score, VAS score and PPI score were significantly decreased in two groups ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total effective rate between the two groups ($P > 0.05$), but the observation group was significantly higher than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Manipulative lymphatic drainage combined with Xuefuzhuyu Decoction can effectively alleviate the pain and swelling of patients after joint replacement surgery, which is worthy of clinical promotion and application.

Key words: Manipulative; lymphatic drainage; Xuefuzhuyu Decoction; joint replacement surgery; swelling

近年来, 骨关节病的发病人数逐年上升^[1-2]。关节置换术是一种能够代替坏死关节、减轻疼痛的治疗方法, 但可导致局部结构遭到部分破坏, 肿胀、疼痛等发生率显著增高^[3-4]。本研究选取我院 2014 年 3 月—2017 年 3 月收治的 152 例关节置换术后肿胀患者, 采用手法淋巴引流结合血府逐瘀汤治疗, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 152 例, 均因关节炎或关节炎引起的髌、膝部疼痛, 经保守治疗无效 (非甾体类消炎药治疗 6 个月以上), 行全人造关节置换所有或部分关节, 以重建关节运动功能。男 80 例, 女 72 例; 年龄 31~81 岁, 平均 (69.52 ± 2.32) 岁。以随机数字表法分为两组, 其中观察组 76 例, 男 39 例, 女 37 例; 年龄 31~80 岁, 平均 (68.17 ± 3.15) 岁, 病程 1~12 年, 平均 (3.23 ± 2.33) 年。对照组 76 例, 男 41 例, 女 35 例; 病程 2~11 年, 平均 (3.26 ± 1.57) 年。年龄 35~81 岁, 平均 (69.23 ± 2.18)

岁。均签署知情同意书并且通过医院临床医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:无严重心脑血管疾病;无心肾功能异常、颅脑损伤,尚未出现筋膜间室综合征;治疗期间未针对肿胀行其他主要治疗。排除标准:出现筋膜间室综合征;意识不清,无法配合治疗;既往有精神病史。

1.3 研究及治疗方法 对照组使用手法治疗。肩和上肢放松,用手掌的大鱼际或全掌贴附于患者体表部位,向下压力要适中、均匀,朝向淋巴结方向,不可歪斜。以肩关节为支点,上臂用力,带动前臂及手掌于治疗部位的移动,动作均匀连续,要有节奏感。操作时,保持呼吸自然,切记屏气。淋巴按摩的压力 30~40 mmHg。积液越多,速度越慢。方向朝向淋巴结。每天上下午各治疗一次,每次 30 min。基本手法为绕圈、挤压、按勾、轻触、按压、八字,顺序为腹股沟淋巴结→大腿前后内外侧→膝后淋巴结→小腿前后内外侧→跟腱→足背淋巴管→趾缝^[5-6]。

观察组在对照组的基础上,联合血府逐瘀汤加减口服:当归 20 g,生地 15 g,桃仁 10 g,红花 15 g,赤芍 20 g,枳壳 10 g,甘草 10 g,柴胡 10 g,川芎 20 g,桔梗 15 g,牛膝 25 g。1 剂/d,水煎服,早晚各 1 次。疼痛明显加白芷 20 g,鸡血藤 25 g;热重明显加牡丹皮 15 g,泽泻 15 g;肿胀明显加革薜 25 g,车前子 15 g;凉重加川乌 10 g,干姜 10 g;腰酸痛加续断 25 g,桑寄生 25 g。7 d 为一疗程^[7]。

1.4 效果评价 (1)测量肿胀肢体周径,评定标准判断疗效。显效:患肢肿胀完全消退,大腿或小腿的周径缩小 3 cm 以上,或与健肢的周径完全相同,无张力性水泡者;有效:患肢肿胀部分消退,大腿或小腿的周径缩小 1.5 cm 以上;无效:大腿或小腿的周径无改善,未达到上述有效标准者。总

有效率 = (显效病例数 + 有效病例数) / 全部病例数 × 100%。(2)采用国际公认的描述与测量疼痛的 McGill 疼痛询问量表^[8]。疼痛分级指数 (PRI) 含有 11 个感觉性词与 4 个情绪性词,程度分无、轻、中、重 4 级,分别计 0, 1, 2, 3 分,可计算出 PRI 感觉分、情绪分和总分;目测类比定级法 (VAS) 为一条 10 cm 长的直线,两端分别代表无痛和剧痛,患者在其中标出疼痛程度;现有疼痛强度 (PPI) 分无痛、轻度不适、不适、难受、可怕的疼痛、极为痛苦 6 级,分别计 0, 1, 2, 3, 4, 5 分。

1.5 统计学处理 将两组数据录入到 SPSS 19.0 统计学软件内做分析处理,计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,行 χ^2 检验,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为数据对比差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组 观察组术后 7 天,髌上 10 cm 周径、髌下 10 cm 周径、PRI 评分、VAS 评分、PPI 评分均显著降低 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 对照组 对照组术后 7 d,髌上 10 cm 周径、髌下 10 cm 周径、PRI 评分、VAS 评分、PPI 评分均显著降低 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组比较 两组治疗后髌上 10 cm 周径、髌下 10 cm 周径、PRI 评分、VAS 评分、PPI 评分比较,观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 疗效比较 两组总有效率无显著差异,但显效患者观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

目前在骨关节术后发生关节肿胀,经常使用康复训练进行相关干预,为临床上普遍认同的一种可以减少关节置换术后下肢肿胀的最有效方法之一。同时,康复训练也可以提高肢体功能、关节活动度、减轻疼痛以及加快局部愈合。

表 1 观察组患者治疗前后指标比较 ($n=76$)

指标	术后 1 天	术后 7 天
髌上 10 cm 周径	48.61 ± 2.84	40.68 ± 1.75 ^a
髌下 10 cm 周径	36.54 ± 2.96	28.86 ± 2.64 ^a
PRI 评分	9.57 ± 1.33	3.82 ± 1.21 ^a
VAS 评分	3.71 ± 0.85	1.15 ± 0.57 ^a
PPI 评分	3.81 ± 1.09	1.11 ± 0.33 ^a

注: ^a与术后 1 天相比, $P < 0.05$

表 2 对照组患者治疗前后指标比较 (n=76)

指标	术后 1 天	术后 7 天
髌上 10 cm 周径	47.25 ± 1.87	44.18 ± 1.99 ^a
髌下 10 cm 周径	36.12 ± 2.03	33.54 ± 2.57 ^a
PRI 评分	9.42 ± 1.39	4.08 ± 1.29 ^a
VAS 评分	3.82 ± 1.08	2.41 ± 0.81 ^a
PPI 评分	3.76 ± 0.24	2.52 ± 0.55 ^a

注：^a与术后1天相比， $P < 0.05$

表 3 两组患者治疗后观察指标比较

指标	观察组 (n=76)	对照组 (n=76)
髌上 10 cm 周径	40.68 ± 1.75	44.18 ± 1.99 ^a
髌下 10 cm 周径	28.86 ± 2.64	33.54 ± 2.57 ^a
PRI 评分	3.82 ± 1.21	4.08 ± 1.29 ^a
VAS 评分	1.15 ± 0.57	2.41 ± 0.81 ^a
PPI 评分	1.11 ± 0.33	2.52 ± 0.55 ^a

注：^a与观察组相比， $P < 0.05$

表 4 两组疗效比较

组别	例数 (n)	显效 [n (%)]	有效 [n (%)]	无效 [n (%)]
观察组	76	53 (69.74) ^a	17 (22.37) ^a	6 (7.89)
对照组	76	27 (35.53)	44 (57.89)	5 (6.58)
χ^2		17.839	19.961	0.098
P		0.000	0.000	0.754

注：^a观察组与对照组比较有显著差异， $P < 0.05$

我院自 2014 年 3 月起，对 152 例关节置换术后肿胀患者进行临床研究，并从髌上 10 cm 周径、髌下 10 cm 周径、PRI 评分、VAS 评分、PPI 评分等角度进行评估。结果发现，无论观察组还是对照组，治疗后均有显著效果。从中医角度来讲，由于关节置换术后手术将血络损伤，离经之血积于肌腠之间，淤血郁而发热，是造成下肢水肿以及疼痛的主要病理基础。血府逐瘀汤中当归、川芎、赤芍、地黄养血活血；桃仁、红花、牛膝活血祛瘀；柴胡、枳壳、橘梗理气行气，能够有效舒经活络。根据患者症状，可以调节用药，如兼有手足心热、盗汗、舌质红，或有裂纹，少苔甚至无苔，脉细数等阴虚症状，加用鳖甲、知母、地骨皮、玄参、制首乌以滋阴清热等^[9-10]，对患者术后相关症状的改善有较好疗效。

参考文献：

[1] 李莉, 赵红. 徒手淋巴引流技术结合肌肉效应贴布治疗骨科术后肢体肿胀、疼痛的疗效观察 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24(3):7-9.

- [2] 张启富, 陈耀智, 龙耀斌. 徒手淋巴引流结合消肿治疗闭合性小腿骨折术前肢体肿胀的效果 [J]. 广东医学, 2016, 37(7):1034-1036.
- [3] 糜中平, 徐道明, 郭海英, 等. 徒手淋巴引流技术结合穴位点按对大鼠下肢创伤后肿胀的影响 [J]. 中国康复, 2012, 27(4):243-245.
- [4] 刘生发, 张锋. 肌内效贴结合淋巴引流手法治疗全膝关节置换术后下肢肿胀 [J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(11):1647-1651.
- [5] 田瑞瑞, 徐薇薇, 李娜, 等. 徒手淋巴引流对全膝关节置换术后早期关节功能的影响 [J]. 天津护理, 2016, 24(1):12-14.
- [6] 陈超. 血府逐瘀汤预防全膝关节置换术后下肢静脉血栓疗效观察 [J]. 新中医, 2014(8):98-100.
- [7] 王季, 陈亮波, 甄尔传. 针灸结合淋巴引流技术治疗偏瘫患者肩手综合征 I 期疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2016, 8(25):5-8.
- [8] 张丽娟, 黄中英, 朱晓丽, 等. 徒手淋巴引流预防乳腺癌术后上肢淋巴水肿的效果 [J]. 实用医学杂志, 2015(17):2910-2913.
- [9] 曾敏华, 柴洁. 徒手淋巴引流对乳腺癌术后淋巴水肿的治疗效果分析 [J]. 中华卫生应急电子杂志, 2017, 3(2): 125-128.
- [10] 刘永明, 刘兆喆, 谢晓冬. 中药外敷联合淋巴引流技术治疗乳腺癌术后上肢水肿疗效观察 [J]. 创伤与急危重病医学, 2017, 5(2):72-75.

(收稿: 2018-08-30 发表: 2019-09-30)