

耳穴贴压联合伤科黄水湿敷在关节镜下肩袖修补术后疼痛管理的应用研究

蔡珺

(广州中医药大学顺德医院)

摘要：目的：评价耳穴贴压联合伤科黄水湿敷应用在关节镜下肩袖修补术后患者疼痛管理的实际疗效，探索中医对关节镜下肩袖修补术后患者疼痛管理的最佳方案。方法：选取我院 2022 年 2 月至 2023 年 10 月同组医疗团队收治的 160 例关节镜下手术治疗的肩袖损伤且符合纳入标准的患者。本研究设计方案为随机分配入组，按随机数字表法随机分为 A 组 (n=40)：常规采取术后心理护理，生活起居指导，饮食调护，体位管理，间歇冰敷。B 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入外敷伤科黄水及遵医嘱使用止痛类药物、C 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入耳廓心、肝、肾、交感、皮质下、神门穴位和肩穴位治疗以及止痛药。D 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入遵医嘱用王不留行籽正确地固定于患侧肢体对应的耳廓心、肝、肾、交感、皮质下、神门穴位和肩穴位联合术后第一天外敷伤科黄水，及遵医嘱使用止痛类药物的方法。结果：分别对 A、B、C、D 组患者的疼痛强度差异指标、肩关节活动舒适度差异指标以及患者肿胀程度差异指标等进行对比分析。通过对比，D 组静息疼痛和运动疼痛分值、肩关节活动舒适指标以及肩关节肿胀程度均明显优于 A 组、B 组、C 组。4 组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。结论：在关节镜下肩袖修补术的疼痛管理中，采用中医耳穴贴压联合伤科黄水湿敷的方法能够有效改善患者疼痛程度，方法简单，建议在临床治疗中进行给予应用。

关键词：耳穴贴压；伤科黄水湿敷；关节镜；静息性疼痛；舒适指标；

1. 前言

肩袖损伤一般是通过退变外伤或者撞击机制引发的，导致患者肩关节部位疼痛，出现功能性问题。肩部疾病中肩袖损伤是最为常见的一类病症，与患者年龄有很大关系，一般情况下年龄越大发生损伤的概率就越大。据统计在 60 岁至 70 岁老年人中肩袖损伤占 31%，在 80 岁老年人中，肩袖损伤的概率高达 65% 以上。在肩袖损伤治疗中最常见的方法就是肩关节镜肩袖修补术，具有目标精准、创伤面积小、直观性强、危险性低等特点，能够有效提高肩袖损伤的临床疗效，但是术后会伴有不同程度的疼痛感，影响患者的术后恢复，因此，肩关节镜肩袖修补术后如何进行有效的疼痛管理是非常有必要的。西医采用的镇痛药物对患者有一定的副作用，患者容易出现恶心、呕吐等不良症状，并且对术后肿胀的问题没有较好的治疗措施，对术后疼痛感的问题仍需要进一步研究。在我国中医采用耳穴贴压和伤科黄水湿敷的方法能够有效缓解术后的疼痛强度，改善肩关节肿胀程度，并且具有操作方便、对患者副作用低的优点。本文采用中医耳穴贴压联合伤科黄水湿敷对关节镜下肩袖修补术后疼痛管理进行了研究，具体如下所述。

2. 资料和方法

2.1 一般资料

选取我院 2022 年 2 月至 2023 年 10 月同组医疗团队收治的 160 例关节镜下手术治疗的肩袖损伤且符合纳入标准的患者。按照患者症状、年龄以及程度的不同随机将其分为 4 个治疗组别，其中 A 组：40 例，男性 24 例，女性 16 例，年龄在 23 岁至 76 岁之间，平均年龄 53.32 ± 4.22 岁。左侧肩袖损伤 21 例，右侧肩袖损伤 19 例。中小型肩袖损伤 19 例，部分肩袖损伤 10 例，巨大型肩袖损伤 11 例。B 组：40 例，男性 26 例，女性 14 例，年龄在 24 岁至 77 岁之间，平均年龄 52.11 ± 5.53 岁。左侧肩袖损伤 22 例，右侧肩袖损伤 18 例。中小型肩袖损伤 22 例，部分肩袖损伤 8 例，巨大型肩袖损伤 10 例。C 组：40 例，男性 23 例，女性 17 例，年龄在 25 岁至 76 岁之间，平均年龄 51.33 ± 4.23 岁。左侧肩袖损伤 21 例，右侧肩袖损伤 19 例。中小型肩袖损伤 24 例，部分肩袖损伤 6 例，巨大型肩袖损伤 10 例。D 组：40 例，男性 27 例，女性 13 例，年龄在 27 岁

至 74 岁之间，平均年龄 50.44 ± 4.51 岁。左侧肩袖损伤 20 例，右侧肩袖损伤 20 例。中小型肩袖损伤 19 例，部分肩袖损伤 10 例，巨大型肩袖损伤 11 例。4 组患者均有夜间疼痛无法入睡、肩部活动困难、肩部前外侧疼痛、撞击试验为阳性。两组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。本次实验具备可比性。

2.2 诊断标准：

肩袖损伤的诊断参照《国际骨科学杂志》有关内容拟定：

- (1) 患肩有外伤或慢性劳损病史。
- (2) 肩部前方或外侧有明确压痛点 (肱骨大结节为主)，常伴有夜间痛；
- (3) 肩关节活动受限以外展、上举最为明显，主动受限而被动不受限；
- (4) 肩关节正位+Y 位片示肱骨大结节增生或 II、III 型尖峰，肩关节 MRI 示肩袖部分撕裂或全层撕裂者。

2.3 纳入标准：

- (1) 经临床诊断为肩袖损伤需要行关节镜下修补的患者；
- (2) 年龄 ≥ 18 周岁；
- (3) 神志清醒，有一定的语言沟通能力，能配合完成疼痛评估

2.4 排除标准：

- (1) 合并有慢性疼痛疾病者；
- (2) 合并严重的心、肝、肾和造血系统疾病或病情危重者；
- (3) 皮肤破损、对药物成分过敏等原因无法接受耳穴压豆或无法采用伤科黄水外敷者；
- (4) 妊娠期患者。

2.5 研究方法

本研究设计方案为随机分配入组，按随机数字表法随机分为 A 组 (n=40)：常规采取术后心理护理，生活起居指导，饮食调护，体位管理，间歇冰敷。B 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入外敷伤科黄水及遵医嘱使用止痛类药物、C 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入耳廓心、肝、肾、交感、皮质下、神门穴位和肩穴位治疗以及止痛药。D 组 (n=40)：在 A 组基础上，加入遵医嘱用王不留行籽

正确地固定于患侧肢体对应的耳廓心、肝、肾、交感、皮质下、神门穴和肩穴联合术后第一天外敷伤科黄水,及遵医嘱使用止痛类药物方法。

2.5.1 心理护理

患者患有肩袖损伤后,一方面会出现肩关节方面的疼痛,其中疼痛感多以持续性钝痛为主,同时关联上臂和颈部发生疼痛,在肩关节外展时,疼痛变得更加剧烈,尤其在晚间疼痛更加强烈,严重影响患者,使其无法入睡。对于部分肩袖损伤病史较长的患者,由于长时间活动障碍,导致疼痛部位的肌肉出现萎缩,疼痛让患者对病情产生恐惧、焦虑、担忧,甚至抑郁等负面情绪,给患者带来极大的心理负担。另一方面,患者对关节镜下肩袖修补术不甚了解,对手术的实施、疗效产生怀疑,也会产生恐惧,担忧等负面情绪。这些心理问题严重影响患者的治疗与恢复。为了解决患者的心理问题,一方面护理人员要对入院的患者进行肩袖损伤病症的科普宣教,让患者对肩袖损伤疾病的发病原因、过程、治疗方法、护理方式有一个基本认识。让患者认识了解肩袖损伤,打消患者对疾病的负面情绪,能够敢于正确的面对疾病,并积极按照医嘱配合治疗。通过对患者宣传肩袖损伤的治疗临床效果和成功案例,让患者对治疗充满信心,让患者能够更好的进入治疗,有助于术后的恢复。另一方面,在进行关节镜下肩袖修补术后,护理人员要及时为患者及家属对出现的术后疼痛的原因解释清楚,引导患者术后身心变得松弛,采用情绪转移和心理疏导等护理措施让患者术后心理尽可能的放轻松。护理人员在干预过程中,操作方式要尽量轻柔,让患者感到护理的舒适性,让患者的心情逐渐平复。当术后疼痛加剧时,护理人员要根据医嘱正确应用镇痛类药物。

2.5.2 生活护理

护理人员对患者所处的环境实施护理干预,首先,保证病室内的环境卫生,干净整洁,每日通风两次,每次 20 分钟,每日对室内进行消毒处理,避免出现细菌感染导致患者出现发烧、感冒以及术后并发症。其次,保证病室内的安静,提高患者术后休息的时长,减少非必要的探视时间。禁止在病室内大声喧哗,干扰患者的正常休息。第三,护理人员定期对患者的被褥进行晾晒,清洗,对于长期卧床的患者,要求家属给患者每日定时翻身,清洗,保持患者身体的干爽,清洁避免发生褥疮。

2.5.3 饮食护理

护理人员应根据患者的个体差异,指导患者如何进行术后饮食,建议多以高蛋白、高维生素的食物为主,口味不要过于油腻,清淡为宜,建议多吃高纤维易消化食物,确保排便通畅,多喝水,对于肥胖患者,在护理人员指导下逐渐降脂,减轻肩关节的负担。

2.5.4 体位护理

在关节镜肩袖修补术后,病房中患者的患处用软枕头抬高,确保患者肩部血液的回流,可以有效降低患处出现肿胀疼痛。

2.5.5 冰敷护理

术后,护理人员应立即指导患者家属为患者准备好冰袋,对患处进行局部的冰敷处理。每日冰敷护理三次,每次 20 分钟。冰敷护理能够有效刺激患者患处的血液收缩,降低炎症发生,减少患处的疼痛感,也有消肿的功效。

2.5.6 药物护理

肩袖修补术后,护理人员按照医嘱要求给患者止痛药物护理,帕瑞昔布 Q12H40mg 静脉推注,3 天后改为 Q12H 口服塞来昔布 0.2g 至出院。

2.5.7 耳穴贴压

为实验组患者加入了耳穴贴压治疗,在患者入院的第一天起,就对患者进行耳穴贴压,采用医用酒精对患者耳廓进行消毒处理,用手轻轻按压耳廓,让其逐渐充血,使得血液循环加快,提高治疗效率。用王不留找到籽耳穴贴,并将其固定在患者的患处,与其耳廓中心脏、肝脏、肾脏以及神门穴以及肩关节穴,研究人员行食指与拇指按摩王不留籽穴位,按摩时,询问患者是否有酸痛感,观察患者皮肤微微见红为宜。每日按摩 6 次,每次 1-2 分钟。

2.5.8 伤科黄水湿敷

伤科黄水主要成分采用梔子 12 克、紫草 12 克、明矾 12 克、黄连 14 克、虎杖 80 克、薄荷 12 克、明矾 12 克等,进行煎服,加入医用酒精逐渐调至均匀,成为中药制剂。为患者制作一块长 15 厘米,宽 10 厘米的医用纱布若干块,在中药制剂中浸泡,以待使用。研究人员取制作好的伤科黄水药棉湿敷于患处,湿敷过程中,要引导患者处于合适的体位,湿敷处不应皮肤存在损伤。研究人员对患者皮肤进行清洁,按照患处的位置和情况,选择 3 块左右的伤科黄水药棉垫,药棉厚度适中。药棉垫不宜过湿,保持不滴水为宜,在患处展平正,再上部覆盖防水药巾并进行包扎。做好患者患处的消毒处理,避免污染药棉。每日湿敷两次,每次湿敷时长 30 分钟。在给患者进行湿敷过程中,研究人员要密切观察患者患处皮肤的颜色和温度,如果出现皮肤过敏、起疹、疼痛、瘙痒应立即停止湿敷操作。对于冬季温度较低时,可以将伤科黄水药棉垫适当加热再进行湿敷,提高患者的舒适度。

2.6 观察指标:

2.6.1 疼痛程度:用视觉模拟评分法 VAS 疼痛评分标准(0 分-10 分)进行评定两组术后疼痛症状改善情况。0 分:无痛。3 分以下:有轻微的疼痛,患者能忍受。4-6 分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受。7 分-9 分患者有渐强烈的疼痛,为重度疼痛。10 分:疼痛难忍。治疗后评分减少 4 分以上为显效,减少 2 分--3 分为有效,评分减少少于 2 分甚至增加为无效,总有效率=显效+有效/总例数 x 100%。

2.6.2 术后肩关节功能评定标准:

应用美国纽约特种外科医院(hospital for special surgery, HSS)肩关节功能评分对两组患者肩关节功能做出评定。

2.6.3 肿胀缓解观察

观察两组患肢肿胀的疗效。参照《中药新药临床研究指导原则》以肿胀消除程度及天数为指标进行疗效评定。

轻度:肿胀治疗前后肢体差值 ≤ 0.2 cm,消肿时间 < 3 天。

中度:肿胀治疗前后肢体差值 0.4~0.8 cm,消肿时间 3~6 天。

重度:肿胀肢体治疗前后肢体差值 ≥ 0.9 cm,消肿时间 > 6 天。

所受试者两组均已术后 6 天为观察总结点,采取术后 1d、3d、6d 判定其疗效

2.7 统计学方法:

使用 SPSS26.0 统计软件。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.结果

3.1 临床效果对比

所受试者 4 组均已术后 6 天为观察总结点,采取术后 1d、3d、6d 判定其静息疼痛和运动疼痛指标。具体见表 1,表 2,表 3。

表 1 1d VAS 评分下降程度指标对比表(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	病例	静息疼痛	运动疼痛
A 组	40	8.14 \pm 1.15	9.12 \pm 1.44

B组		7.13 ± 1.34	8.26 ± 1.11
C组	40	7.07 ± 1.23	7.34 ± 1.67
D组	40	5.13 ± 1.25	5.44 ± 1.41
t值	40	4.224	5.126
P值		0.000	0.000

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

表2 3d VAS评分下降程度指标对比表(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	病例	静息疼痛	运动疼痛
A组	40	6.28 ± 0.57	8.22 ± 0.74
B组		5.11 ± 0.34	7.32 ± 0.75
C组	40	5.21 ± 0.56	5.31 ± 0.77
D组	40	3.41 ± 0.42	4.14 ± 0.56
t值	40	3.114	4.124
P值		0.003	0.000

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

表3 6d VAS评分下降程度指标对比表(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	病例	静息疼痛	运动疼痛
A组	40	4.14 ± 0.47	5.21 ± 0.66
B组		3.11 ± 0.36	4.32 ± 0.53
C组	40	3.24 ± 0.37	4.12 ± 0.57
D组	40	1.53 ± 0.44	1.66 ± 0.76
t值	40	2.344	3.535
P值		0.013	0.011

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

3.2 肩关节活动舒适度差异指标, 见表4。

表4 4组舒适度指标对比(6d)

组别	病例	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
A组	40	10例	20例	10例
B组		18例	18例	4例
C组	40	17例	20例	3例
D组	40	29例	11例	0例
t值	40	3.114	4.124	4.225
P值		0.003	0.000	0.000

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

3.3 患者肿胀程度差异指标, 见表5。

表5 4组肿胀程度指标对比(6d)

组别	病例	轻度肿胀	中度肿胀	重度肿胀
A组	40	12例	20例	8例
B组		19例	16例	5例
C组	40	18例	17例	5例
D组	40	30例	10例	0例
t值	40	3.114	4.124	4.225
P值		0.003	0.000	0.000

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

3.4 患者关节活动度评分对比, 见表6

表6 4组关节活动度评分(1d\3d\6d)

组别	病例	1d评分	3d评分	6d评分
A组	40	0	1	2
B组	40	0	2	3
C组	40	0	2	3
D组	40	0	3	5

t值	2.125	2.123	2.531
P值	0.003	0.000	0.000

4组患者对比无明显差异 ($p < 0.05$)。

4.结论

本课题基于中医治疗理论, 拟将我院耳穴贴压联合伤科黄水外敷应用在关节镜下肩袖修补术后患者的疼痛管理中, 通过观察患者治疗前后的疼痛程度、肩关节恢复情况, 肢肢肿胀的消除程度全面评价耳穴贴压联合伤科黄水外敷应用在关节镜下肩袖修补术后患者疼痛管理的安全性及有效性, 通过研究我们发现实验组静息疼痛和运动疼痛分值、肩关节活动舒适指标以及肩关节肿胀程度均明显优于对照组。通过本课题可在区内群众中造成良好影响, 提高我院知名度, 为更多患者解除痛苦, 因此建议在今后的推广中给予应用。

参考文献:

[1]肩袖损伤的处理临床实践指南(2019年)解读[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2021,9(2):103-111.

[2]肩袖损伤的处理临床实践指南(2019年)解读[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2021,9(2):103-111.

[3]Guevara JA,Entezari V,Ho JC,et al.Update on surgical management of the repairable large-to-massive rotator cuff tear[J].J Bone Joint Surg Am, 2020,102(19):1742-1754.

[4]刀建勇,马明太,周永文,韩亮,张一翀,陈建海.肩关节镜检查对人体电解质影响的临床观察[J]. 中华肩肘外科电子杂志,2020,8(02):169-171.

[5]罗金伟. 关节镜下肩袖缝线桥缝合术后疼痛的原因分析[D]. 承德医学院.2021.

[6]Barnes L A Fink, Kim H M, Caldwell J-M, et al. Satisfaction, function and repair integrity after arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair.[J]. The Bone & Joint Journal, 2017, 99-B(2):245-249.

[7]王阳,白雪桦,荆潮,杨贤罡.物理治疗联合肩胛骨稳定性训练治疗慢性肩袖损伤疗效观察[J].按摩与康复医学,2021,12(24):28-32.

[8]曹世超,王静成,胡芯源,费文勇,杨德猛.关节镜下肩袖修补术后镇痛的研究进展[J].大连医科大学学报,2021,43(04):341-346.

[9]张雪美,李振芳,陈云芳.早期三阶段功能康复训练联合心理干预对肩袖损伤患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(06):75-78.

[10]梅思娟,孙龙.耳穴贴压腕神门穴按摩干预超声引导下PICC所致疼痛的效果观察[J]. 护理学报, 2014, 21(20): 70. 72.

[11]江佳琨,童培建,肖鲁伟.耳穴疗法及其在骨科临床中的应用进展[J]. 中医正骨, 2017, 29(3): 28. 30.

[12]尹卫娟,蔡靛羽,张建楠,等.耳穴压丸联合股神经阻滞在膝关节置换术后镇痛的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2015, 31(12): 1238-1239.

[13]张艳,李冰冰,张晓萌,等.耳穴贴压在肩袖损伤住院患者关节镜术后早期疼痛管理中的应用[J]. 中华肩肘外科电子杂志,2020,8(1):68-71.

[14]梁其彬,姜自伟,黄枫.针刺用于桡骨远端骨折手法复位的镇痛作用研究[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(2): 224. 226.

[15]陈玉梅,熊惠秀,谭艳庆,胡克萍,陈惠雅,陈小舒,傅秋媛.伤科黄水应用于下肢外固定支架钉道护理的研究[J]. 护理研究,2017,31(34):4422-4425.