

中医药综合疗法在全膝关节置换围手术期镇痛的临床研究

张 凯 王 波 洪汉刚

(新疆医科大学附属中医医院, 乌鲁木齐, 830000)

摘要 目的:探讨中医药综合疗法对全膝关节置换术(TKA)围手术期镇痛的疗效。方法:选取 2015 年 1 月至 2015 年 12 月在我院行单侧人工膝关节置换的膝关节骨性关节炎患者 60,随机分为 2 组,每组 30 例。A 组(对照组):使用西医多模式镇痛方案;B 组(实验组):在西医多模式镇痛方案的基础上,配合中医药综合疗法。记录各组术前、术后各时间节点患者的静止、运动视觉模拟评分(VAS 评分)、膝关节主被、活动度(ROM 值)、膝关节功能评定(HSS 评分),西药镇痛药物的使用量及不良反应。结果:2 组患者在术前 3 d、术后 6 h、12 h、1 d、2 d、4 d、7 d、14 d、30 d 静态、动态 VAS 评分进行比较,患者术前 3 d、术后 12 h、1 d、2 d、4 d、7 d、14 d、30 d 静态 VAS 评分 B 组均小于 A 组,具有统计意义(P 均 < 0.05),术后 6 h 静态 VAS 评分结果比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);患者术前 3 d、术后 6 h、12 h、1 d、2 d、4 d、7 d、14 d、30 d 动态 VAS 评分 B 组均小于 A 组,具有统计意义(P 均 < 0.05)。2 组术前 3 d、术后 1 d、7 d、14 d 关节主、被动关节活动度(ROM 值)B 组明显优于 A 组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),术后 30 d 随访 2 组 ROM 值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组术后 3 d、7 d、14 d、30 d 患者进行 HSS 评分,B 组均优于 A 组,具有统计学意义($P < 0.05$)。B 组的不良反应发生率及选择性镇痛药物的使用量明显低于 A 组。结论:中医药综合疗法结合西医多模式镇痛方案比较单纯西医多模式镇痛方案能更有效地减轻 TKA 术后早中期的疼痛,有利于尽早功能锻炼,恢复关节功能,且不增加相关并发症的发生率,并减少术后选择性镇痛药物的使用量。

关键词 全膝关节置换围手术期;多模式镇痛;中医综合疗法

Comprehensive Therapy of Chinese Medicine in the Clinical Research of Total Knee Replacement Perioperative Analgesia

Zhang Kai, Wang Bo, Hong Hangang

(Xinjiang medical university affiliated hospital of traditional Chinese medicine, Urumuqi 830000, China)

Abstract **Objective:** To study the comprehensive treatment of traditional Chinese medicine on total knee arthroplasty (TKA) perioperative analgesic efficacy. **Methods:** Selected in January 2015-December 2015 in our hospital artificial knee joint replacement of 60 patients with unilateral, randomly divided into 2 groups, 30 cases in each group. Group A (control group): use western medicine multimodal analgesia; Group B (experimental group): on the basis of western medicine multimodal analgesia scheme, with comprehensive therapy of traditional Chinese medicine. Record each node in patients with preoperative and postoperative time stationary, visual analogue scale (VAS score), knee joint is Lord, dynamic of motion (ROM), knee joint function assessment (HSS score), western medicine analgesia drug usage and adverse reactions. **Results:** Two groups of patients in the preoperative 3 d, postoperative 6 and 12 h, 1, 2, 4, 7, 14, 30 static, dynamic VAS score comparison, preoperative patients with 3 d, 12 h after operation, 1, 2, 4, 7, 14, 30 static VAS score were less than group A, group B ($P < 0.05$, with statistical significance, 6 h after static VAS score results compare differences had no statistical significance ($P > 0.05$); Patients with preoperative 3 d, postoperative 6 and 12 h, 1, 2, 4, 7, 14, 30 dynamic VAS score were less than group A, group B ($P < 0.05$, with statistical significance. Two groups of preoperative 3 d, postoperative 1, 7, 14 d main joints and passive joints of motion (ROM) group B was better than group A, compare the difference was statistically significant ($P < 0.05$), the two groups after 30 d follow-up ROM value was no significant difference ($P > 0.05$). Two groups of patients with postoperative 3, 7, 14, 30 d, HSS score are better than that of group A, group B ($P < 0.05$, with statistical significance. Group B of the incidence of adverse reactions and selective analgesic drugs usage was lower than that in group A. **Conclusion:** The combination therapy of traditional Chinese medicine combined with western medicine multimodal analgesia than pure western medicine multimodal analgesia scheme can more effectively reduce middle TKA postoperative pain, early functional exercise and restore joint function, and does not increase the incidence of related complications, selectivity and reduce postoperative analgesia drug usage.

基金项目:新疆医科大学科研创新基金项目(编号:XJC201379)

作者简介:张凯(1981.04—),男,硕士,主治医师,研究方向:骨与关节疾病的临床及基础研究工作,E-mail:13899886164@163.com

通信作者:洪汉刚(1974.09—),男,硕士,副主任医师,研究方向:骨与关节疾病的临床及基础研究工作,E-mail:YLnLkhhg@163.com

Key Words Total knee replacement perioperative; Multimodal analgesia; Combination therapy of traditional Chinese medicine

中图分类号: R274.9 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.04.033

膝骨性关节炎是一组以膝关节软骨破坏为主要病理表现的退行性关节疾病^[1],随着我国人口老龄化进程日渐加快,该病的患病率亦逐年上调。随着临床技术的进步,人工膝关节置换术(TKA)已然成为治疗膝骨性关节炎末期的唯一有效方法,然而多年的临床经验使我们了解,TKA术后并发的疼痛可影响患者早期康复,进而延缓患者重返社会的时间。笔者选用随机、对照的研究方法,意在观察中医药综合疗法配合西医多模式镇痛的协同方案,在人工膝关节置换围手术期的临床疗效及其安全性,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2015年12月期间在我院骨二科(关节外科)住院并自愿接受全膝人工关节置换(单膝)手术的膝关节骨性关节炎患者60例,其中男22例,女38例,年龄58~75岁,平均年龄(64.7±9.2)岁,并按照随机数字表法,分为对照组和观察组,每组15例。

1.2 诊断标准 1)近1个月内反复膝关节疼痛;2)X线片显示关节间隙变窄、关节缘骨赘形成;3)关节液检查至少2次呈清亮、黏稠;4)关节活动时有关节摩擦感;5)白细胞计数检查超过2 000个/mL。

1.3 纳入标准 1)需要进行人工髌、膝关节置换的患者;2)年龄在50~80岁之间的患者;3)自愿参加本次研究并签字的患者;4)资料完整的患者。

1.4 排除标准 1)不符合纳入标准的患者;2)伴有其他严重疾病影响研究结果的患者;3)精神异常无法配合治疗和研究的患者。

1.5 脱落/剔除标准 1)治疗中途退出研究项目的患者;2)资料不全的患者;3)手术失败的患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 手术方法 全膝关节置换手术均由同一组高年资医师在硬膜外麻醉下进行,切口均未髌骨内侧纵行切口,所有病例均未置换髌骨,术中使用充气式止血带,皮肤切口为膝前正中切口,从股四头肌腿的内1/3绕过髌骨内缘至胫骨结节内缘进入关节,清除骨赘、部分髌下脂肪垫和半月板。根据器械截骨,适当的软组织松解,安放假体关闭切口。所有患者均放置引流,术后常规用头孢呋辛钠粉针抗感染,利伐沙班口服预防深静脉血栓。假体采用施乐辉公司普通型假体(GenesisTM Smith&Nephew)。

1.6.2 干预方法

1.6.2.1 对照组 对照组(A组)为基础镇痛方案,详细方案如下:1)完成术前的宣教、术前准备工作;2)术后留置引流管,在24~48 h内拔出;3)术中应用“鸡尾酒注射法”(cocktail injection)行关节周围注射镇痛。其配方为:罗哌卡因5 mg/mL(40 mL),肾上腺素1 mg/mL(0.5 mL),酮咯酸30 mg/mL(1 mL),加生理盐水至100 mL。在假体植入前将其中30 mL注射于膝关节后囊,25 mL注射于内侧骨膜及内侧关节囊,25 mL注射于外侧骨膜及外侧关节囊,另10~20 mL注射于皮肤切口周围软组织。注射位置是关键。4)术后予以依托考昔(60 mg/次,1次/d)镇痛,根据具体情况可加用其他镇痛方法予以记录。5)术后24 h后予以利伐沙班口服预防双下肢血栓、术后开始规律康复锻炼。

1.6.2.2 观察组 在对照组的基础上,运用中医药综合疗法镇痛方案,详细方案如下。

1)推拿治疗:第1阶段(术后第1~7天),术后第1天:踝部环转运动,足底按摩,点按涌泉得气后停留数秒。术后第2~3天:a.点按足三里,冲阳,解溪,陷谷得气后停留数秒。b.并沿足太阴脾经,足阳明胃经,足少阳胆经施以轻柔一指禅推法(顺经推拿)各3遍。术后第4~7天:a.点按足三里,阴陵泉,三阴交,得气后停留数秒。b.沿足太阴脾经,足阳明胃经,足少阳胆经施以一指禅推法,指揉法各3遍。c.点按膝周阿是穴,每穴点按30 s,沿肌肉走行分推弹拨手法10次,揉抹50次。d.再揉抹膝关节内外侧半分钟。再点按双侧委中,承山穴,弹拨足太阳,足少阴经筋各10次。第2阶段(术后第7~14天):a.推拿手法同4~7 d,弹拨足太阴,足少阴经筋(半腱半膜肌,腓肠肌,腓绳肌)各10次。b.屈曲90°后可予适度扳法,(在最大屈曲度基础上适度5°过扳,勿过度)。屈曲膝关节要求患者尽量对抗,在10°内作内外旋。第3阶段(术后第14~21天):a.大腿前后侧肌肉丰厚处滚法,按揉法操作20 min。b.点按伏兔,左右膝眼,足三里5 min,推擦大小腿10 min。c.对膝关节进行可大幅度摇法行屈伸环旋活动。

2)中药药膏外敷:患者术后3 d开始应用伤科黑药膏外敷治疗,方药组成:包括生川乌、生草乌、生天南星、片姜黄、白芷、生山楂、生白芥子、细辛、生莱

蕲蛇、透骨草、麝香、冰片等。用法：将伤科黑药膏均匀平铺于敷料，敷于术后止血带位置周围及远离伤口的淤青处，用塑料薄膜包裹敷料。1 次/d，4 h/次。

3) 中药口服：术前超前镇痛：患者术前多以关节疼痛伴活动障碍为主，其病机特点多为久病后，肝肾亏虚，气血不荣，患膝局部经络痹阻、气血凝结、不通则痛，辨证分析后，应采用“补虚活血，通络止痛”之大法，根据临床观察研究及辨证分析后，拟定出具有有效药对的基础方，故在术前 3 天予患者口服术前镇痛方的基础上辨证加减，以补虚活血，通络止痛、调理气血，达到术前应用中药超前镇痛、提高疼痛阈值及提高患者机体免疫力和抗手术创伤能力的目的。术前 1 号方：血竭、乳香、没药、红花、杜仲、牛膝、白芍、川芎；术后辨证镇痛：患者术后多气血亏损，加之手术后患膝局部经脉损折、气血无力故而脉络瘀滞，疼痛进一步加重，症多属气滞血瘀，气血亏虚，辨证分析后，应采用“活血化瘀，益气养血通络”之大法，根据临床观察研究及辨证分析后，拟定出具有有效药对的基础方，予基本方的基础上辨证加减口服，针对以上方药调和均匀后分为 2 等份，分早、晚 2 次温开水冲服，1 剂/d，手术当天停服 1 d，术后第 2 天启用，手术后 2 周停止服药，以补血活血，通络止痛，达到术后尽快使患者气血得复、瘀血得除、脉络疏通的目的。术后 2 号方：基本方组成：血竭、乳香、没药、红花、延胡索、续断、牛膝、牡丹皮、川芎、熟地黄、山药。

1.7 观察指标 1) 疼痛用视觉模拟评分 (VAS 值) 来评估，手术前 3 d、手术后 6 h、12 h、1 d、2 d、4 d、7 d、14 d、30 d 分别记录静止、运动时视觉模拟评分。2) 膝关节活动度 (ROM 值)：记录术前 3 d、术后 1 d、7 d、14 d、30 d 患者膝关节主、被动的关节屈伸活动

度。3) 术前 3 d、术后 7 d、14 d、30 d 膝关节功能评定 (HSS) 评分。4) 患者术后不良反应的记录：如术后患者胃肠道不适的发生、饮食睡眠状况、生活质量评分，镇痛药物使用等。

1.8 疗效判定标准 VAS 评分标准^[3]：满分 10 分，分值越高，疼痛越剧烈。HSS 评分标准^[4]：满分 100 分，分值越高，膝关节功能越好。

1.9 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计软件处理，计量资料做正态性齐性检验，对于符合正态分布的计量资料采用方差分析，以均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示数据，对不符合正态性的计量资料采用秩和检验；计数资料采用 χ^2 检验，等级资料需采用秩和检验。所有检验均采用 Sig(双侧检验)，以 $\alpha = 0.05$ 为检验标准，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者术前、术后静态 VAS 评分的比较 对 2 组患者围手术期静止 VAS 值变化情况进行比较分析，结果显示：围手术期实验组 (A 组) 静止 VAS 值情况优于对照组。数据采用配对 t 检验，2 组患者术前 3 d、术后 12 h、1 d、2 d、4 d、7 d、14 d、30 d 静态 VAS 评分结果比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，实验组静态 VAS 评分小于对照组，术后 6 h 静态 VAS 评分结果比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者术前、术后动态 VAS 评分的比较 对 2 组患者围手术期动态 VAS 值变化情况进行比较分析，结果显示：围手术期实验组 (A 组) 动态 VAS 值情况优于对照组。数据采用配对 t 检验，2 组患者术前、术后各时间节点动态 VAS 评分结果比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，实验组动态 VAS 评分小于对照组。见表 2。

表 1 2 组患者围手术期静止 VAS 值变化比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前 3 d	术后 6 h	术后 12 h	术后 1 d	术后 2 d	术后 4 d	术后 7 d	术后 14 d	术后 30 d
对照组	2.27 ± 0.78	2.13 ± 0.73	2.17 ± 0.59	2.13 ± 0.57	2.03 ± 0.49	1.90 ± 0.31	1.40 ± 0.49	1.13 ± 0.73	0.76 ± 0.43
实验组	1.97 ± 0.72	2.00 ± 0.69	1.97 ± 0.41	1.83 ± 0.38	1.70 ± 0.47	1.70 ± 0.47	1.13 ± 0.57	0.83 ± 0.37	0.63 ± 0.49
t	2.19	1.00	2.26	3.07	3.01	2.26	2.50	3.07	2.11
P	0.04	0.33	0.03	0.01	0.01	0.031	0.018	0.005	0.043

表 2 2 组患者围手术期动态 VAS 值变化比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前 3 d	术后 6 h	术后 12 h	术后 1 d	术后 2 d	术后 4 d	术后 7 d	术后 14 d	术后 30 d
对照组	6.17 ± 0.87	5.80 ± 0.81	5.80 ± 0.76	5.87 ± 0.86	5.77 ± 0.77	6.13 ± 1.11	3.83 ± 0.75	1.80 ± 0.66	1.57 ± 0.63
实验组	5.93 ± 0.90	5.67 ± 0.84	5.63 ± 0.80	5.70 ± 0.83	5.57 ± 0.72	5.93 ± 1.01	3.60 ± 0.85	1.60 ± 0.68	1.30 ± 0.54
t	2.249	2.112	2.408	2.408	2.693	2.693	2.249	2.693	2.112
P	0.032	0.043	0.023	0.023	0.012	0.012	0.032	0.012	0.043

表 3 2 组患者围手术期主动屈曲 ROM 值变化比较($\bar{x} \pm s$, 度)

组别	术前 3 d	术后 1 d	术后 7 d	术后 14 d	术后 30 d
对照组	95.33 ± 4.54	78.17 ± 3.59	88.33 ± 6.48	90.50 ± 7.92	96.50 ± 5.75
实验组	99.83 ± 4.04	81.83 ± 6.23	89.67 ± 7.30	94.00 ± 4.23	99.50 ± 4.02
<i>t</i>	-3.885	-2.947	-2.804	-3.252	-2.473
<i>P</i>	0.001	0.006	0.009	0.003	0.019

2.3 2 组患者围手术期主、被动 ROM 值变化情况的比较 对 2 组患者围手术期主、被动 ROM 值变化情况进行比较分析,结果显示围手术期实验组主动屈曲 ROM 值情况优于对照组。数据采用配对 *t* 检验,2 组患者术前、术后各时间节点主动屈曲 ROM 值结果比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),实验组主动屈曲 ROM 值优于对照组。2 组患者术前、术后各时间节点主动伸直、被动屈曲、伸直 ROM 值结果比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组患者围手术期膝关节功能 HSS 评分变化情况的比较 对 2 组患者围手术期膝关节功能 HSS 评分变化情况进行比较分析,结果显示围手术期实验组 HSS 评分情况优于对照组。见表 4。

表 4 2 组患者围手术期膝关节功能 HSS 评分变化比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前 3 d	术后 7 d	术后 14 d	术后 30
对照组	53.87 ± 3.96	65.40 ± 3.02	73.37 ± 2.82	82.13 ± 2.15
实验组	58.53 ± 5.14	68.50 ± 4.92	76.40 ± 5.21	85.47 ± 3.08
<i>t</i>	-4.802	-2.950	-3.001	-4.448
<i>P</i>	0.000	0.006	0.005	0.000

上述数据采用配对 *t* 检验,2 组患者术前、术后各时间节点膝关节功能 HSS 评分结果比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),实验组膝关节功能 HSS 评分均高于对照组。

2.5 2 组患者术后镇痛药物使用量情况比较 对 2 组患者术后镇痛药累计使用次数变化情况进行比较分析,结果显示实验组术后镇痛药累计使用次数低于对照组。见表 5。

表 5 2 组患者术后 14 d 内镇痛药累计使用次数比较($\bar{x} \pm s$, 次)

组别	依托考昔片/次	吗啡针/次
对照组	14.10 ± 1.37	0.47 ± 0.97
实验组	13.00 ± 1.41	0.27 ± 0.58
<i>t</i>	4.309	2.262
<i>P</i>	0.000	0.031

上述数据采用配对 *t* 检验,2 组患者术后 14 d 内镇痛药累计使用次数结果比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),实验组镇痛药累计使用次数低于对

照组。

2.6 2 组患者术后不良反应记录评分情况比较

对 2 组患者不良反应记录评分变化情况进行比较分析,结果显示实验组不良反应记录评分低于对照组。见表 6。

表 6 2 组患者不良反应记录评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

症状	对照组	实验组	<i>t</i>	<i>P</i>
恶心	2.833 ± 0.59	2.00 ± 0.95	5.000	0.000
胃不适	2.50 ± 0.63	1.60 ± 0.62	5.137	0.000
便秘	1.633 ± 0.72	1.40 ± 0.62	2.249	0.032
头晕	2.33 ± 0.55	1.60 ± 0.77	4.626	0.000
嗜睡	2.34 ± 0.55	1.57 ± 0.72	4.853	0.000
食欲不振	2.63 ± 0.61	1.90 ± 0.80	4.097	0.000
精神不振	2.43 ± 0.57	1.73 ± 0.64	4.583	0.000
睡眠不足	2.40 ± 0.49	1.50 ± 0.68	6.139	0.000
疲乏	2.43 ± 0.50	1.77 ± 0.77	3.673	0.000

上述数据采用配对 *t* 检验,2 组患者术后不良反应记录评分结果比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),实验组镇痛药不良反应记录评分低于对照组。2 组患者均无药物过敏不良反应记录,结果比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

持续数天甚至数周的重度疼痛是 TKA 术后常见的并发症,明显阻碍患者早期康复训练,不利于其功能的恢复。尽管如此,术后疼痛是人工膝关节置换术无法逾越的困难,有一项流行病学调查研究显示:约有 60% TKA 术后患者存在重度疼痛,近 30% 患者处于持续性中度疼痛状态^[2]。国外将术后疼痛称作“第五生命体征”,即在传统呼吸、血压、心率、体温等基础上的体征,因此应予足够的重视,以确保早期康复训练的介入,最大限度维持患者关节活动度^[3-4]。据此,有效合理的镇痛方案在 TKA 围手术期有着重要的地位^[5],有数据研究显示合理有效的镇痛方案不但可明显患者疼痛给患者造成的不适感,还可改善其睡眠,提高其机体免疫力,从而提高手术疗效及治疗满意度。

目前西药镇痛广泛运用于临床,但同时也存在较多问题,25% ~ 73% 患者使用镇痛药物后出现诸多不良反应,如阿片类镇痛药可出现如恶心呕吐、皮

肤瘙痒,此外还具有一定的成瘾性;非甾体类抗炎药(NSAIDs)对消化道黏膜有明显的刺激效应,可导致食管、胃、十二指肠等部位黏膜糜烂、溃疡等,甚至可导致患者出现消化道出血及穿孔,更甚者有因此致死的病例报道^[6]。吗啡针肌注镇痛则极易引起恶心呕吐、呼吸抑制、便秘、镇静等不良反应^[7]。理想的镇痛模式是应用于多个阶段包括术前、术中、术后等多个环节在镇痛基础上同时又兼顾患者自身整体的功能,对待于疼痛的处理和认识,不仅仅限于生理、病理的认识,更多的对疼痛代来的兼症、体质、心理上的影响进行全方位的理解和处理,因此我们认为合理的人工膝关节置换术后镇痛方案应从多个作用机制途径进行镇痛的同时还应将不良反应的发生率降到最低^[8]。故多模式镇痛方案孕育而生,且已有多个报道证实其确存在理想疗效^[9]。与此同时超前镇痛理念亦逐渐运用到围手术期镇痛方案中^[10],术前给予患者镇痛药物,以此提高患者的痛阈,使患者在无痛状态下接受手术操作,可避免术后因疼痛导致的镇痛药物剂量增加现象,从而减少相关不良反应。

中医学的“整体论治”“辨证施治”“因人制宜”等经典理论,便与之理想化的镇痛方案不谋而合。本研究正是基于这些理论之上,对中医药综合镇痛方案的效果进行评价。“不通则痛”是中医学对疼痛的传统认识,古代医家认为各类病因导致气血不通,瘀滞血脉,则出现疼痛,因此“通”是治疗疼痛的重要治则。本研究将中药、推拿及外用膏药结合对TKA进行治疗并取得理想疗效。《素问·阴阳应象大论》说:“气伤痛、形伤肿”。这提示当患者受到骨伤、手术等机械性损伤时可导致气血瘀滞,从而引起疼痛,因此注重气血运行是古代医家治疗疼痛的立法。中药运用于疼痛治疗已有数千年历史,相关报道不胜枚举。《伤寒杂病论》一书中近70条条是关于疼痛的描述,张仲景认为对于疼痛应辨证论治,并逐渐形成固有的理法方药体系。研究表明中药的使用,可以减少外周致痛物质及诱导痛敏物质的分泌、增加外周内源镇痛物质的释放、减轻局部致痛物质的堆积、增加中枢镇痛物质的产生,达到明显的镇痛效应^[11]。本次实验的口服中药方是在我院骨伤科各位专家在长期的临床实践基础上经过总结、归纳、优选研制而成自拟方,而方剂并不是拘泥一方,而是在长期临床工作中总结出的有效药对,便于临床医师在实际操作过程中,随证加减。本研究我们还运用了推拿手法,通过推拿的基本手法对相关穴

位进行按、揉、推、拿、点、摩,从而疏通经络,达到通则不痛的目的,从而解除其紧张痉挛以消除疼痛,环节患者因疼痛导致的紧张情绪,增加治疗满意度并提高手术疗效^[12]。我们还增加了膏药的使用,清代吴师机在其专著《理渝骈文》一书中详细描述了膏药的制作过程,并根据不同证型临证加减,在内服的基础上加外用可实现内外兼顾,而这一治疗方法正是微观辨证与宏观辨证结合的最佳临床体现^[13-15]。

中医药综合镇痛方案关于TKA围手术期的镇痛,并不是与现代医学的镇痛方式进行比较,看谁的镇痛疗效更好。而是根据中医“整体论治”“辨证施治”“因人制宜”之大法,从患者自身整体出发,根据TKA患者围手术期疼痛的特点及规律,进行辨证施治,运用中医药综合治疗干预进行因人制宜的镇痛干预。目的是为了减少现代医学镇痛方式中,阿片类及非甾体类等药物的使用,从而减少现代医学镇痛所带来的不良反应;同时在配合现代医学镇痛方案,采用辨证论治的中医药综合治疗干预方法来提高疼痛效果;更重要的是去改善伴随疼痛带来的,关于饮食、睡眠、体质以及心理等方面的影响,起到调节机体功能,提高免疫机制,提高疼痛的耐受和减少疼痛的复发。从而达到对TKA患者围手术期疼痛的全方位处理,促进术后的康复练习和关节功能的恢复,提高患者对手术的满意度的目的。

参考文献

- [1]俞珊,秦志丰,施俊,等. 中药镇痛机制的研究概述[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(5):667-668.
- [2]张晓强,高菲菲,王战朝,等. 膝活活血灵口服配合低分子肝素钙皮下注射对全膝关节置换术后隐性失血的影响[J]. 中医正骨,2014,26(4):23-25.
- [3]苏尚贤,郑少伟,蓝文锐,等. 全膝关节置换术后获得性低位髌骨的系统评价[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):222-227.
- [4]闵令田,翁文杰,邱勇,等. 关节腔内灌注氨甲环酸降低全膝关节置换手术出血的前瞻性随机对照研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2014,8(4):482-486.
- [5]刘桂花. 中药离子导入对全膝关节置换术后疼痛和肿胀的影响[J]. 河北中医,2014,36(4):499-500,501.
- [6]付立新,张书钦,崔彦江,等. 不同干预措施对全膝关节置换术后围手术期出血的影响[J]. 临床骨科杂志,2016,19(6):696-698.
- [7]张小春,刘晋闽. 全膝关节置换术后假体周围骨折的病因及治疗进展[J]. 中国中医急症,2015,24(5):844-846.
- [8]马琳. 祛风通络散外敷配合康复指导对全膝关节置换术后关节功能的影响[J]. 中国中医急症,2016,25(6):1106-1108.
- [9]胡超芬,姜小芬. 冷疗法在人工全膝关节置换术后减少出血和减轻肿胀的观察和护理[J]. 浙江中医药大学学报,2014,38(6):

818-819.

- [10] 丁利刚, 李颖, 马明远, 等. 中西药联合用于老年肥胖全髋关节置换术后的镇痛效果研究[J]. 世界中医药, 2013, 8(10): 1187-1189, 1192.
- [11] 刘飞, 刘刚, 郭浩山, 等. 化瘀渗湿汤对全膝关节置换术后血浆D-二聚体和纤维蛋白原含量的影响[J]. 中医正骨, 2016, 28(3): 30-33.
- [12] 闫智华. 耳穴贴压对全膝关节置换患者术后主观体验的影响[J]. 中医临床研究, 2015, 7(34): 134-136.
- [13] Colak MC, Kavakli A, Kiliç A, et al. Postoperative pain and respiratory function in patients treated with electroacupuncture following coronary surgery[J]. Neurosciences(Riyadh), 2010, 15(1): 7-10.
- [14] 王思群, 夏军, 魏亦兵, 等. 全膝关节置换术围手术期疼痛综合控制的临床研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2008, 2(3): 280-286.
- [15] Sinatra R. Role of COX-2 inhibitors in the evolution of acute pain-

management[J]. J Pain Symptom Man-age, 2002, 24(1): 18-27.

- [16] 龙成, 孙俊英, 刘跃洪, 等. 全膝关节置换术围手术期多模式镇痛的临床研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2009, 3(6): 718-723.
- [17] 宋万军, 翟鑫鼎, 董江龙. 氟比洛芬酯注射液超前镇痛对膝关节表面置换术后镇痛的影响[J]. 河北医药, 2010, 32(20): 2877-2878.
- [18] Kiefer W, Dannhardt G. Novel insights and therapeutical applications in the field of inhibitors of COX-2[J]. Curr Med Chem, 2004, 11(24): 3147-3161.
- [19] Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance [J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2): 109-116.
- [20] 刘忠伦, 刘旭, 王昌刚. 中医综合疗法治疗膝关节骨性关节炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(9): 284-285.

(2016-09-27 收稿 责任编辑: 王明)

“国风养心杯”有奖征文通知

为了更好的交流养心氏片临床使用经验, 为临床医生提供一个交流学术平台, 《世界中医药》编辑委员会与上海医药集团青岛国风药业股份有限公司决定自2016年5月1日起, 共同举办“国风养心杯”有奖征文活动, 征文具体要求如下:

征文内容: 1. 养心氏片临床疗效观察:

例如: 养心氏片在改善稳定性冠心病及PCI术后心功能不全体征及症状, 心律失常、糖尿病等相关并发症, 围绝经期综合征, 躯体症状障碍等临床疗效观察。

2. 同类产品对比应用的研究总结。

征文要求: 1. 论文具有创新性和科学性, 论点鲜明、论证充分、逻辑严谨、结果真实可靠, 5000字以内为宜, 未公开发表及未在全国性会议上交流过。

2. 论文请按“题目、姓名、作者单位、邮编、摘要、关键词(以上中英文)、正文、参考文献”的顺序排列。如多名作者, 请在姓名右上角标明第一作者、第二作者及第三作者的数字序号, 每篇论文作者一般不超过5人。

3. 论文摘要为300~400字, 包括“研究目的、方法、结果、结论”四部分简要内容。

4. 论文后可附参考文献, 书写格式如:

①(书) 作者姓名、书名、出版社名、出版年月、页码;

②(期刊) 作者姓名、文章名、期刊名、年份、卷(期)、页码。

5. 论文标题下请注明作者姓名、职称、工作单位、联系方式、邮箱及邮编。参选者请保留底稿。

稿件评审: 本次活动的所有征文均由《世界中医药》杂志编辑部组织专家进行审阅并评选出优秀论文, 获奖者均可获得一定的奖励。获奖文章将在2016-2017年《世界中医药》杂志正式发表, 刊发前将专函通知获奖论文的第一作者, 如有其他发表需求请电函。上海医药集团青岛国风药业股份有限公司将保留上述活动的解释权利, 并拥有对来稿的处理权和各种媒体的使用权。

投稿方式: 所有论文请以 Microsoft Word 电子文件形式, 发至 growfulmkt@163.com, 并注明“养心氏片有奖征文”字样; 或致电: 0532-86058972

18660222858,

联系人: 刘先生。

截至时间: 2017年12月31日(以电子邮箱收到日期为准); 所有征文恕不退稿, 请自留底稿。

凡参加本项活动的第一作者均可获得上海医药集团青岛国风药业股份有限公司赠送的精美纪念品。

欢迎广大临床医生踊跃参加本项活动!