

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0158-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.077

多模式联合镇痛在人工关节置换中的疗效观察

郑礼淦 张宏宇

(汕尾市人民医院, 广东 汕尾 516600)

〔摘要〕 **目的:** 分析多模式联合镇痛在人工关节置换中的疗效。**方法:** 纳入 2018 年 10 月至 2019 年 12 月期间, 于汕尾市人民医院接受人工关节置换的患者共 70 例, 利用病历号尾数奇偶的方法将其划分为观察组以及对照组, 每组 35 例。对照组实行常规镇痛模式, 观察组实行多模式联合镇痛方法。比较两组患者髌关节功能 Harris 评分、视觉模拟评分法 (VAS) 评分、不良反应发生率以及患者镇痛模式满意度。**结果:** 观察组术后髌关节功能 Harris 评分、VAS 评分、不良反应发生率以及患者镇痛模式满意度相较于对照组而言, 均获得了显著的优化效果, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 针对接受人工关节置换的患者, 实行优质的多模式联合镇痛方法, 可将患者术后镇痛满意评价、产生的疼痛反应、髌关节功能、镇痛效果以及不良反应发生率均优化至最佳状态。

〔关键词〕 人工关节置换; 多模式联合镇痛; 髌关节功能

〔中图分类号〕 R 687.4 〔文献标识码〕 B

不同患者的疼痛耐受度均有不同, 由于人工关节置换术会产生剧烈的疼痛反应, 所以给疼痛耐受度较低的患者带来了巨大的痛苦。虽然当前临床中所应用的镇痛方法多种多样, 但大多数都偏向于单一镇痛手段或者使用单纯的镇痛药物予以控制疼痛, 还有部分医护人员只着重于患者术后的疼痛反应而忽略了术前镇痛工作^[1]。即便如今的镇痛手段有所优化, 但仍旧有很多接受关节置换术的患者需要承受极大的疼痛负担。剧烈的疼痛不但对患者关节功能的恢复程度产生着较大的影响, 还会使患者遭受肉体和精神上的双重折磨从而影响其身心健康发展^[2]。为此, 笔者以本院接受人工关节置换的 70 例患者开展针对性研究, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2018 年 10 月至 2019 年 12 月期间, 于本院接受人工关节置换的患者共 70 例, 利用病历号尾数奇偶的方法将其划分为观察组以及对照组, 每组 35 例。对照组男性 21 例, 女性 14 例; 年龄为 62~79 岁, 平均年龄为 (70.54±0.87) 岁。观察组男性 19 例, 女性 16 例; 年龄为 61~77 岁, 平均年龄为 (69.13±0.62) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 所有病历资料无缺失; (2) 术前 7 d 以内患者未接受镇痛药物治疗; (3) 首次接受全膝人工置换术或者是单侧全髌术。

1.1.2 排除标准 (1) 翻修手术; (2) 病历资料缺失; (3) 长时间使用止痛药或者对本研究药物存在过敏史;

(4) 患者存在严重精神功能异常或者是精神疾病。

1.2 方法

在两组患者入院之后, 均提供适合的镇痛类药物从而减轻疼痛感。

1.2.1 对照组 实行常规镇痛模式: 患者在手术结束后, 为其提供自控式的静脉镇痛泵 (镇江高冠医疗器械有限公司, 型号: 持续型+自控型), 由给药量由患者自主进行控制和调节, 患者每按压 1 次, 提供 1 mg 的吗啡注射液 (东北制药集团沈阳第一制药有限公司, 国药准字 H21022436), 在对患者给药之后的 6 min 之内, 不可再次进行给药, 给药剂量最大为 1 h 内 10 mg^[1-2]。

1.2.2 观察组 实行多模式联合镇痛方法: 患者在手术结束后, 需要对其提供一次性的持续性镇痛泵, 其中的药物配方主要是 20 mL 的 1% 罗哌卡因 (河北一品制药股份有限公司, 国药准字 H20113463) 内添加 0.9% 氯化钠注射液并将其稀释为 100 mL, 浓度需调至为 0.2%, 给药的速度为 2 mL·h⁻¹, 然后再根据患者实际的疼痛反应以及镇痛效果, 对其提供一种或者多种的镇痛药物进行口服。此外, 为能加强镇痛效果, 还应该根据不同患者予以相对应的心理疏导工作, 可以利用转移患者注意力等方式从而降低其疼痛反应^[3-4]。

两组患者在手术结束之后, 应该按照髌关节置换或者膝关节置换分别提供针对性的治疗手段, 并对其提供相应的指导和锻炼。

1.3 观察指标

(1) 比较两组髌关节功能 Harris 评分^[5]、视觉模拟评

〔收稿日期〕 2020-12-30

〔作者简介〕 郑礼淦, 男, 主治医师, 主要研究方向是关节外科。

分法 (visual analogue scales, VAS) 评分^[6]、不良反应发生率以及患者镇痛模式满意度。(2) 患者镇痛模式满意度: 分为完全满意、比较满意、一般满意以及不满意四项判定标准, 根据自拟评分量表进行评估, 总分为 10 分, 其中 0~4 分为不满意, 5~6 分为一般满意, 7~8 分为比较满意, 9~10 分为完全满意, 满意度 = (完全满意 + 比较满意 + 一般满意) / 总例数 × 100 %。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者髋关节功能 Harris 评分比较

术前两组患者 Harris 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后观察组 Harris 评分各个时间段均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者髋关节功能 Harris 评分比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前	术后 48 h	术后 1 周	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	23.81±6.89	35.28±7.02	47.55±7.76	50.22±7.93	57.34±8.48
观察组	23.79±6.92	77.49±7.73 ^a	89.14±8.82 ^a	92.67±8.51 ^a	95.46±8.79 ^a

与对照组同时段比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者 VAS 评分比较

术前两组患者 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后观察组 VAS 评分各个时间段均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者 VAS 评分比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
对照组	7.89±0.91	7.84±0.95	7.40±0.82	7.12±0.76	6.11±0.53
观察组	7.92±0.93	5.08±0.61 ^b	4.23±0.47 ^b	3.37±0.35 ^b	2.45±0.29 ^b

与对照组同时段比较, ^b $P < 0.05$

注: VAS 一视觉模拟评分法

2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 ($n = 35, n(\%)$)

组别	恶心呕吐	嗜睡	头晕	皮肤瘙痒	总发生
对照组	3(8.57)	4(11.43)	2(5.71)	1(2.86)	10(28.57)
观察组	1(2.86)	1(2.86)	0(0.00)	0(0.00)	2(5.71) ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

2.4 两组患者镇痛模式满意度比较

观察组患者镇痛模式满意度明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者镇痛模式满意度比较 ($n = 35, n(\%)$)

组别	完全满意	比较满意	一般满意	不满意	总满意
对照组	4(11.43)	9(25.71)	14(40.00)	8(22.86)	27(77.14)
观察组	18(51.43)	10(28.57)	6(17.14)	1(2.86)	34(97.14) ^d

与对照组比较, ^d $P < 0.05$

3 讨论

对于接受人工关节置换术的患者, 其不但会在手术结束后感受到强烈的疼痛, 在手术之前也会存在不同程度的疼痛感, 而由疼痛所引发的各类反应中, 对其生理功能所造成的恶劣影响最大。如果患者术后疼痛反应依然得不到良好的控制, 还会严重影响其身心健康。所以, 医护人员对于接受人工关节置换术患者所承受的疼痛, 应给予高度的重视和良好的镇痛措施^[7]。

本研究表明: 观察组术后髋关节功能 Harris 评分、VAS 评分、不良反应发生率以及患者镇痛模式满意度相较于对照组而言, 均获得了显著的优化效果, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。多模式联合镇痛方法凭借自身全面化、个性化、优质化以及多样化等优势, 可以有效降低疼痛感对于患者神经功能、免疫力功能以及内分泌功能等方面影响的同时, 还可以最大程度降低患者的疼痛反应, 并且对于术后不良反应的出现情况以及康复速度等方面均存在较多积极正面影响^[8]。

综上所述, 针对接受人工关节置换术的患者, 实行优质的多模式联合镇痛方法, 可将患者术后镇痛满意评价、产生的疼痛反应、髋关节功能、镇痛效果以及不良反应发生率, 均优化至最佳状态。

〔参考文献〕

- (1) 吴利红. 多模式镇痛方法对人工膝关节置换术后疼痛的影响 (J). 现代医药卫生, 2017, 33(14): 2181-2182.
- (2) 陈冯琳, 郇灵丹. 多模式镇痛对老年全膝关节置换镇痛效果及应激反应的影响 (J). 中国老年学杂志, 2017, 37(11): 2736-2738.
- (3) 杨竹青, 张睿, 卓长淑, 等. 三种不同镇痛技术用于全膝关节置换术术后的镇痛效果比较 (J). 中国医药导报, 2017, 14(13): 69-72.
- (4) 文涛, 郑诗豪, 董纪元. 单膝人工关节置换术后多模式镇痛疗效评价 (J). 解放军医学院学报, 2017, 38(7): 602-605.
- (5) 林福庆, 郭玉祥, 蔡小林, 等. 全髋关节置换术前心理压力与术后早期髋关节功能的相关性研究 (J). 中国骨与关节损伤杂志, 2013, 28(8): 701-703.
- (6) 孙兵, 车晓明 (整理). 视觉模拟评分法 (VAS) (J). 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 645.
- (7) 杨泳. 自控式镇痛在全膝关节置换术后的应用 (J). 中国医药指南, 2015, 13(10): 117-118.
- (8) 王国强, 陈军, 杨美英, 等. 多模式联合镇痛在人工关节置换围手术期的疗效观察 (J). 生物骨科材料与临床研究, 2015, 12(1): 47-50.