

同时中医对机体恢复还注重情志、饮食、导引(功能锻炼)等综合方法。中医学素有药食同源之说,合理的饮食调护是加速骨折愈合的重要措施之一,根据骨折的不愈合期,注重饮食调护,避免饮食禁忌,对骨折患者加快骨痂愈合,促进早康复起了较好的作用<sup>[6]</sup>。不良情绪会加重患者疼痛等病情,因此,护理人员要掌握中医情志中的七情病因学说,通过细致的观察力,灵活的应变能力以及较强的思维能力和语言能力,通过沟通调解患者的不良情绪,从而有利于促进患者的康复<sup>[6]</sup>。功能锻炼是恢复肢体功能活动的必然措施之一,早期的练功活动能改善血液与淋巴液循环,促进血肿、水肿的吸收和消散,加速骨折愈合,防止肌肉萎缩,关节僵硬,骨质疏松,有利于功能恢复<sup>[6]</sup>。

本研究显示,中药熏洗、饮食情志指导和功能锻炼相结合的综合中医调护对老年四肢长骨折患者康复起到了促进作用,并能减少并发症的发生,促进了患肢功能的恢复,值得临床试用。

#### [参考文献]

[1] 陈萍,后璇,王永辉,等.中医药综合干预在四肢骨折并发症治疗中的应用研究[J].中国初级卫生保健,2014,28(1):103-104.

- [2] 王洪流,姜岳武.四肢骨折术后并发症的中药防治体会[J].中国中医急症,2011,20(5):836-837.
- [3] 吴飞跃,刘迪波.益气活血、渗湿利水方药治疗四肢闭合骨折后肿胀40例[J].中国中医药科技,2014,21(1):100-101.
- [4] 李世念,邱继明.中药熏洗配合功能锻炼治疗四肢骨折后期功能障碍50例[J].中国民族民间医药,2011,20(15):92.
- [5] 刘国祥.活血止痛熏洗剂治疗四肢骨折后肢体肿胀、疼痛98例[J].中医正骨,2014,26(7):62-64.
- [6] 刘武,米琨,王斌,俸志斌,等.活血利水汤治疗四肢骨折术后肿胀疗效观察[J].新中医,2011,43(9):59-60.
- [7] 张鹏.消肿止痛散治疗急性四肢骨折肿胀疼痛患者41例临床观察[J].中国民族民间医药,2014,23(1):65-65.
- [8] 魏淑兰.骨折患者的中医饮食调护[J].甘肃中医,2010,23(3):62-63.
- [9] 陈志.中医情志护理在骨科患者心理护理中的运用[J].白求恩医学院学报,2008,6(1):57-58.

(责任编辑:刘淑婷)

## 中药足浴配合穴位按摩护理糖尿病足临床体会

周根娟

杭州市中医院老年病科,浙江 杭州 310007

[摘要] 目的:观察中药足浴配合穴位按摩护理糖尿病足的临床疗效并总结护理体会。方法:将110例糖尿病足患者随机分为治疗组和对照组各55例,2组均给予糖尿病规范治疗及常规糖尿病护理。对照组给予温水足浴及足浴后足部揉搓;治疗组予自拟活血定痛汤进行足浴,并配合穴位按摩,疗程均为4周。疗程结束后观察患者症状、体征改善情况以评价临床疗效;治疗前后采用多普勒超声测定足背动脉血管内径及血流速度,测踝部动脉与双侧肱动脉收缩压以计算踝肱指数(ABI),并使用肌电诱发电位仪检测患肢运动神经传导速度,在疗效基础上总结护理经验。结果:治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ );治疗后2组患者足背动脉血管内径、血流速度及ABI较治疗前有所改善,治疗组更明显,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ );经治疗护理,2组腓总神经和腓肠神经的MNCV和SNCV均较治疗前增快,治疗组增快更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:中药足浴配合穴位按摩护理糖尿病足,能有效改善患者疼痛、麻木、溃疡的症状体征,改善足部血流通透性;刺激神经功能恢复。

[关键词] 糖尿病足;中药足浴;穴位按摩;护理

[中图分类号] R587.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)09-0237-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.109

[收稿日期] 2015-05-20

[作者简介] 周根娟(1982-),女,护师,主要从事临床护理工作。

糖尿病足(diabetic foot, DF)是糖尿病患者常见的并发症之一,主要临床表现为足部疼痛、麻木、肿胀、发凉,常伴不同程度溃疡和感染,是导致糖尿病患者截肢、甚至死亡的主要原因,严重影响患者生活质量,而有效护理和治疗能阻止糖尿病足进一步发展。就中医学而言,本病属“消渴”“脱疽”范畴,病机以阴虚为本,热毒、血瘀等为标,本科室采用中药足浴配合穴位按摩护理糖尿病足,取得满意的临床疗效,现将结果及护理体会报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 糖尿病及糖尿病足诊断标准参照中华中医药学会《糖尿病国际指南》<sup>[1]</sup>及《实用内科学》<sup>[2]</sup>相关诊断标准。糖尿病足分级标准参照 Wagner 分级标准<sup>[3]</sup>: 0 级: 无开放性溃疡; ~ 级: 伴不同程度的开放性溃疡。

1.2 纳入标准 符合以上糖尿病及糖尿病足诊断标准; 糖尿病足分级属于 0 级或 ~ 级; 患者知情并签署知情同意书,进行规律治疗; 年龄 18~80 岁,临床资料完整。

1.3 排除标准 糖尿病足分级属于 ~ 级,足部明显开放性溃疡; 因妊娠、应激反应等引起的血糖增高; 合并酮症酸中毒,心血管、消化、造血等系统严重疾病的患者; 药物过敏。

1.4 一般资料 所有 110 例病例资料均来自于杭州市中医院老年病科 2014 年 3 月—2015 年 3 月收治的糖尿病足患者,以随机数字表法分为治疗组和对照组各 55 例。对照组男 29 例,女 26 例;年龄 43~75 岁,平均(56.5±11.2)岁;糖尿病病程 2~18 年,平均(10.7±4.1)年;糖尿病足 0 级 35 例,~ 级 20 例。治疗组男 30 例,女 25 例;年龄 40~77 岁,平均(57.8±10.1)岁;糖尿病病程 1~21 年,平均(11.5±3.7)年;糖尿病足 0 级 37 例,~ 级 18 例。2 组患者性别、年龄、病程、病情等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗与护理方法

2 组患者均予积极治疗原发病,包括使用口服降糖药及注射胰岛素,根据药敏结果选用敏感抗生素抗感染治疗,视情况使用止痛、降脂、减压药物;并予常规护理:卧床休息,戒烟戒酒,及时修剪趾甲,避免外伤,避免长时间站立,避免受凉,进行必要的健康宣教、饮食指导和运动指导,同时进行心理疏导。

2.1 对照组 予温水 2500 mL 进行足浴,每天 1 次,疗程为 4 周; 足浴后适当进行足部揉搓以改善局部循环。

2.2 治疗组 采用自拟活血定痛汤进行足浴,处方:黄芪 60 g,鸡血藤、透骨草、桂枝、蒲公英各 30 g,赤芍、红花、桃仁各 15 g,乳香、没药各 10 g。水煎 30 min 后取药汁约 2500 mL 倒入盆中,浸泡双足,使药液没于脚踝以上,水温控制在 45℃左右,足浴过程中不断添加热水以保持水温,每次浸泡 30 min,每天 1 次,足浴结束用干净柔软的毛巾擦干,

防止损伤皮肤,疗程为 4 周; 穴位按摩:选择足三里、丰隆、血海、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、昆仑、太溪、公孙、及涌泉穴,进行穴位按摩,手法以点按及揉按为主,每天 2 次,每次 15~20 min,治疗 4 周为 1 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者足部疼痛、肿胀、麻木等临床症状改善情况及足部皮肤颜色、足部溃疡好转情况,以评价临床疗效; 治疗前后均采用多普勒超声测定足背动脉血管内径及血流速度; 治疗前后均予患者测踝部动脉与双侧肱动脉收缩压,计算踝肱指数(ABI),ABI 为踝部动脉与双侧肱动脉收缩压最高值之比; 治疗前后使用肌电诱发电位仪检测患肢腓总神经和腓肠神经的运动神经传导速度(MNCV)和感觉传导速度(SNCV)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计分析软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>: 临床治愈:疼痛、肿胀、发凉、麻木等临床症状消失,皮肤颜色恢复正常,溃疡面完全愈合。显效:临床症状及皮肤颜色明显改善,溃疡面缩小 70% 以上。有效:临床症状好转,皮肤颜色改善,溃疡面缩小 30% 以上。无效:疼痛、麻木、发凉等症状无明显变化或加重,皮肤颜色未改变,溃疡面无变化或溃疡加深。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 85.45%,高于对照组 49.09%,2 组比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	55	11	23	13	8	85.45
对照组	55	5	12	10	28	49.09

与对照组比较,① $P<0.01$

4.3 2 组患者足背动脉血管内径、血流速度及 ABI 比较 见表 2。治疗前 2 组患者足背动脉血管内径、血流速度及 ABI 比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后,2 组患者相应指标均较治疗前有所改善,除对照组足背动脉血管内径与治疗前比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),其余指标与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。与对照组比较,治疗组血管内径、血流速度、ABI 改善更加明显,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。

4.4 2 组治疗前后腓总神经和腓肠神经传导速度比较 见表 3。治疗前 2 组患者腓总神经和腓肠神经的 MNCV 和 SNCV 情况比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。经过治疗护理,2 组腓总神经和腓肠神经的 MNCV 和 SNCV 均较治疗前增快,与对照组比较,治疗组 MNCV 和 SNCV 增快更明显,差异均

有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组足背动脉血管内径及血流速度比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	血管内径(cm)	血流速度(cm/s)	ABI
治疗组	55	治疗前	0.21±0.07	21.77±6.31	0.80±0.09
		治疗后	0.28±0.06	29.14±6.28	1.23±0.20
对照组	55	治疗前	0.23±0.05	22.08±5.85	0.81±0.11
		治疗后	0.24±0.09	24.95±5.12	0.92±0.18

与治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.01$

表3 2组治疗前后腓总神经和腓肠神经传导速度比较( $\bar{x} \pm s$ ) m/s

组别	n	时间	腓总神经		腓肠神经	
			MNCV	SNCV	MNCV	SNCV
对照组	55	治疗前	32.94±6.21	31.63±5.29	33.68±7.15	31.86±4.72
		治疗后	38.02±7.44	36.01±6.13	38.83±6.07	37.96±6.23
治疗组	55	治疗前	33.15±5.97	32.02±5.71	34.02±7.62	32.02±5.05
		治疗后	41.14±6.14	39.22±6.47	42.16±5.91	41.88±6.18

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

## 5 讨论

糖尿病足是指糖尿病病人由于高血糖造成不同程度周围血管病变、神经损伤及微循环障碍从而导致足部组织破坏<sup>[6]</sup>, 是糖尿病的严重并发症之一, 轻微外伤就能使溃疡、感染和坏疽迅速发生发展, 极易导致患者残疾, 或者因感染而死亡。根据 Wagner 分级糖尿病分为 5 级, 0 级糖尿病足未出现开放性损伤, 1 级糖尿病足开放性溃疡存在但不严重, 均尚可逆转, 进行及时有效的治疗护理能有效降低截肢率, 是治疗的关键时期。

本病属中医学“消渴”“脱疽”范畴, 属本虚标实之证。消渴病以“阴虚”为本, 瘀血、热毒为标, 消渴日久导致气阴两虚, 气虚则无力推动血行, 脉络闭阻不通, 不通则痛, 脉络不畅则阳气不能四布, 肢端失养而出现足部不温、麻木, 瘀滞日久, 郁而化热, 热壅肉腐而成脱疽, 故糖尿病足的产生应责之于“气虚血瘀”的病理变化。且中医学认为气虚、血瘀、热毒等与现代医学的阐述并无冲突, 现代医学所说的神经病变、相当于“气虚”, 血管硬化、管腔变窄相当于“血瘀”, 感染则为“热毒”, 故治疗应以益气养阴、活血止痛为主。

中药足浴护理融合水的温度和中药药性, 刺激足部皮肤、

血管及神经, 扩张毛细血管, 加速循环, 缓解血管痉挛, 起到“通则不痛”的作用, 药物透过皮表营养神经, 减轻病区周围神经损伤, 起到疏通经脉、透达腠理、调和气血、温经散寒、通络止痛的作用, 促进糖尿病足的恢复。方中重用黄芪益气, 气旺则运血有力, 血脉畅通则瘀滞自去, 且益气固表可托毒外出; 赤芍、桃仁、红花均入血分, 增强活血祛瘀之效; 疮家本多火, 蒲公英清热解毒、消肿止痛, 为疗疮之圣药; 乳香、没药性温热, 功用活血消肿、散寒通经、托毒排脓; 鸡血藤、透骨草舒筋活血通络; 桂枝以枝治肢, 温经通脉, 且现代药理研究证实, 桂枝具有扩张血管、促进发汗、镇痛抗菌的功用<sup>[6]</sup>。全方共奏益气活血、散瘀止痛之效。穴位按摩护理则通过刺激相应穴位, 从而疏通所述经络, 起到调畅气血、疏通经脉的作用, 使“气血冲和, 百病不生”<sup>[7]</sup>。选穴多为脾胃经穴及局部穴位, 旨在养血活血、益气健脾, 并改善局部血液循环, 刺激调整相应脏腑功能。

综上所述, 中药足浴配合穴位按摩护理糖尿病足, 能有效改善患者疼痛、麻木、溃疡的症状体征, 改善足部血流通透性, 刺激神经功能恢复, 值得临床推广应用。

## [参考文献]

- [1] 国际糖尿病足工作组. 糖尿病足国际指南[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 5.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 14 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2013: 103.
- [3] 中国糖尿病防治指南编写组. 中国糖尿病防治指南[S]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 148-149.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 254.
- [5] Apelqvist TJ, Bakker K, vanHoutum WH, et al. International consensus and practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2000, 16(Suppl): 842-892.
- [6] 刘晓静. 中医特殊护理糖尿病足 36 例[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2508-2509.
- [7] 石学敏. 实用针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 206.

(责任编辑: 刘淑婷)