·消化内科专题

中药穴位贴敷预防妇科腹腔镜术后患者恶心呕吐及促进胃肠功能恢复的效果评价

任 杰，马玉华，陈雪媛
（兴安盟人民医院麻醉科，内蒙古 兴安 137400）

【摘要】**目的** 探讨中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中对其术后恶心呕吐的疗效及胃肠功能的影响。**方法** 回顾性分析 2022 年 6 月至 2023 年 6 月兴安盟人民医院收治的 80 例择期行妇科腹腔镜手术治疗的患者的临床资料，根据术中治疗方法的不同分为对照组（40 例）和观察组（40 例）。对照组患者进行常规腹腔镜手术，观察组患者在对照组基础上术中接受中药穴位贴敷治疗。两组患者术后均观察 48 h，比较两组患者胃肠道功能恢复情况，不同时间恶心呕吐发生情况，胃泌素（GAS）、胃动素（MTL）水平，不同时间的疼痛程度评分以及患者的满意度和不良反应发生情况。**结果** 观察组患者肠鸣音恢复、首次肛门排气、流质饮食恢复时间均短于对照组；与术后 6 h（T_1）相比，术后 12 h（T_2）、24 h（T_3）、48 h（T_4）两组患者恶心呕吐评分逐渐降低，且观察组患者 T_1~T_4 时恶心呕吐评分均低于对照组；与 T_0 时比，T_3、T_4 时两组患者血浆 GAS、MTL 水平逐渐降低，观察组均低于对照组；观察组患者总满意度高于对照组；与 T_1 时比，两组患者 T_2~T_4 时疼痛评分逐渐降低，且 T_2~T_4 时观察组患者疼痛程度均低于对照组（均 $P<0.05$）；两组患者 T_1 时疼痛评分、不良反应总发生率经比较，差异均无统计学意义（均 $P>0.05$）。**结论** 中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中不仅能够有效降低其术后恶心呕吐发生情况、促进胃肠功能恢复及调节胃肠激素分泌，还可以缓解术后疼痛，具有较高的安全性及患者满意度。

【关键词】妇科腹腔镜手术；中药穴位贴敷；恶心呕吐；胃肠功能
【中图分类号】R259 【文献标识码】A 【文章编号】2096-3718.2024.03.0016.03
DOI：10.3969/j.issn.2096-3718.2024.03.006

腹腔镜手术对患者机体的损伤较小，术后恢复较快，当前在妇科临床治疗中应用十分广泛。但侵入性治疗方式对患者胃肠功能造成的影响无法避免，患者术后容易出现恶心呕吐等并发症，影响其术后创口愈合及病情恢复。西医多对术后发生恶心呕吐常采取对症处理，无法实现对术后恶心呕吐的有效预防，可能引发切口疼痛加剧，影响术后恢复，导致其他术后并发症的发生[1]。中医认为手术治疗方式会克伐机体正气，患者脾胃失和导致腑气不通，进而诱发恶心、呕吐等症状，应归属于“痞满”范畴。中药穴位贴敷属于中医外治法，穴位贴敷操作较为简单，较为安全可靠，患者接受度较高，在药物与经络传感的双重作用下，可促进胃肠蠕动，预防胃肠功能紊乱[2]。本研究旨在探讨中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中对其术后恶心呕吐、胃肠功能、疼痛程度等指标的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2022 年 6 月至 2023 年 6 月兴安盟人民医院收治的 80 例择期行妇科腹腔镜手术治疗的患者的临床资料，根据术中治疗方法不同分为对照组（40 例）与观察组（40 例）。对照组患者年龄 21~48 岁，平均（38.19±3.43）岁；BMI 20~26 kg/m^2，平均（22.84±0.26）kg/m^2；疾病类型：卵巢囊肿、子宫肌瘤、子宫内膜息肉分别为 14、13、13 例。观察组患者年龄 22~47 岁，平均（37.53±3.72）岁；BMI 19~25 kg/m^2，平均（23.18±0.35）kg/m^2；疾病类型：卵巢囊肿、子宫肌瘤、子宫内膜息肉分别为 14、14、12 例。两组患者一般资料经比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），组间具有可比性。纳入标准：①与《妇科腹腔镜诊治规范》[3] 中的相关标准相符；②经《术后胃肠功能障碍防治专家共识》[4] 诊断，术前未出现胃肠功能障碍；③术前评估无麻醉或手术禁忌；④择期进行腹腔镜手术。排除标准：①术前 24 h 使用过止吐药物；②既往存在运动性呕吐、手术呕吐病史；③贴敷穴位处皮肤存在血肿、破损、感染；④预计手术时长超过 3 h。本研究经兴安盟人民医院医学伦理委员会批准。

1.2 麻醉与干预方法 两组患者均接受腹腔镜手术，麻醉方式均采用静脉复合全麻，麻醉诱导采用咪达唑仑注射

作者简介：任杰，大学本科，副主任医师，研究方向：临床麻醉。

液（宜昌人福药业有限责任公司，国药准字 H20067041，规格：2 mL∶10 mg）0.05 mg/kg 体质量、丙泊酚乳状注射液（广东嘉博制药有限公司，国药准字 H20051842，规格：20 mL∶200 mg）1.5~2.0 mg/kg 体质量、枸橼酸舒芬太尼注射液（宜昌人福药业有限责任公司，国药准字 H20054172，规格：2 mL∶100 μg）0.3 μg/kg 体质量、苯磺顺阿曲库铵注射液（四川百利药业有限责任公司，国药准字 H20223008，规格：2.5 mL∶5 mg）0.18 mg/kg 体质量、地塞米松磷酸钠注射液（云南省陇川县章凤制药厂，国药准字 H53021084，规格：1 mL∶5 mg）5 mg；经静脉注射快速完成麻醉诱导后置入喉罩。手术期间使用丙泊酚 4~5 mg/（kg·h）、注射用盐酸瑞芬太尼（宜昌人福药业有限责任公司，国药准字 H20030197，规格：1 mg）0.1~0.15 μg/（kg·min）维持麻醉效果，间断追加苯磺顺阿曲库铵注射液维持肌松状态。术中密切监测麻醉深度，术毕即刻停止麻醉药物输注，送入麻醉恢复室观察 30 min。观察组患者手术开始后进行中药穴位贴敷，将伤湿止痛膏（河南羚锐制药股份有限公司，国药准字 Z20023035，规格：7 cm×10 cm）剪成 1 cm^2 大小，贴敷于患者双侧内关穴，手术结束前去除。对照组患者术中不做特殊处理。术毕两组患者均通过静脉注射盐酸托烷司琼注射液（西南药业股份有限公司，国药准字 H20041374，规格：2 mL∶2 mg）0.1 mg/kg 体质量防治恶心呕吐，并指导患者更换体位，进行腹部按摩改善恶心呕吐症状。

1.3 观察指标 ①胃肠道功能恢复情况。记录并比较患者术后流质饮食恢复、肠鸣音恢复、首次肛门排气时间。②不同时间恶心呕吐发生情况。记录术后 6 h（T_1）、12 h（T_2）、24 h（T_3）、48 h（T_4）患者恶心呕吐的次数和程度。无恶心、干呕等症状为 1 分；轻微恶心、腹部不适，但能够忍受，能够较快缓解为 2 分；恶心症状严重，难以忍受，但无呕吐症状为 3 分；严重呕吐，有内容物呕出为 4 分 [5]。③胃泌素（GAS）、胃动素（MTL）水平。分别于术前（T_0）、T_3、T_4 时分别抽取患者空腹静脉血 5 mL，抗凝处理后于 4 ℃ 环境中进行离心（3 000 r/min, 10 min）处理，取血浆，使用酶联免疫吸附法检测患者 GAS、MLT 水平。④疼痛评分。根据视觉模拟量表（VAS）疼痛评分 [6]，于 T_1、T_2、T_3、T_4 时采用 VAS 疼痛评分评估患者疼痛情况。评分范围为 0~10 分，得分越高表示患者疼痛程度越严重。⑤不良反应及满意度。统计患者术后 48 h 内皮肤瘙痒、皮疹等不良反应发生情况。于术后 48 h 采用李克特量表 [7] 评估两组患者满意度，评分范围为 1~4，其中 1 为非常满意, 2 为较为满意, 3 为一般, 4 为不满意, 1 和 2 视为总体满意。总满意度 =（总体满意例数 / 总例数）× 100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 检验符合正态分布，以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验，不同时间点的比较采用重复测量的方差分析。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠道功能恢复情况比较 术后观察组患者肠鸣音恢复、首次肛门排气、流质饮食恢复时间均短于对照组，差异均有统计学意义（均 P<0.05），见表 1。

表 1 两组患者胃肠道功能恢复情况比较 (h，$\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间	首次肛门排气时间	流质饮食恢复时间
对照组	40	16.73±2.61	23.19±0.52	15.68±1.35
观察组	40	12.17±2.54	18.37±3.18	11.26±1.14
t 值		7.919	9.461	15.821
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者恶心呕吐评分比较 与 T_1 时比, T_2~T_4 时两组患者恶心呕吐评分逐渐降低，且观察组更低，差异均有统计学意义（均 P<0.05），见表 2。

表 2 两组患者恶心呕吐评分比较 (分，$\bar{x} \pm s$)

组别	例数	T_1	T_2	T_3	T_4
对照组	40	3.14±0.11	2.67±0.24*	2.18±0.26*#	1.55±0.16*#△
观察组	40	2.75±0.08	2.26±0.13*	1.63±0.14*#	1.21±0.15*#△
t 值		18.135	9.500	11.780	9.805
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：与 T_1 时比，*P<0.05；与 T_2 时比，#P<0.05；与 T_3 时比，△P<0.05。

2.3 两组患者 GAS、MTL 水平比较 与 T_0 时比, T_3、T_4 时两组患者血浆 GAS、MTL 水平逐渐降低；且观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 P<0.05），见表 3。

2.4 两组患者 VAS 疼痛评分比较 对照组患者 T_1、T_2、T_3、T_4 时 VAS 疼痛评分分别为（7.52±1.35）、（7.13±1.26）、（5.28±0.64）、（3.62±0.58）分；观察组患者 T_1、T_2、T_3、T_4 时 VAS 疼痛评分分别为（6.97±1.02）、（6.37±0.72）、（4.21±0.51）、（2.57±0.55）分；经分析计算，与 T_1 时比，两组患者 T_2~T_4 时 VAS 疼痛评分逐渐降低，且观察组更低，差异均有统计学意义（t=2.056、3.312、8.269、8.308，均 P<0.05）。

2.5 两组患者不良反应及满意度比较 两组患者不良反应经比较，差异无统计学意义（P>0.05）；观察组患者总满意度高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表 4。

表 3　两组患者 GAS、MTL 水平比较 (pg/mL，$\bar{x}\pm s$)

组别	例数	GAS			MTL		
		T_0	T_3	T_4	T_0	T_3	T_4
对照组	40	70.61±10.35	115.64±15.67▲	85.64±11.69▲□	242.18±64.37	410.38±70.68▲	309.17±60.64▲□
观察组	40	71.15±10.56	92.34±13.72▲	71.39±10.61▲□	244.39±65.16	372.16±65.39▲	246.08±64.28▲□
t 值		0.231	7.075	5.709	0.153	2.510	4.515
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注：与 T_0 时比，▲P<0.05；与 T_3 时比，□P<0.05。GAS：胃泌素；MTL：胃动素。

表 4　两组患者不良反应及满意度比较 [例 (%)]

组别	例数	不良反应			满意度				
		皮肤瘙痒	皮疹	总发生	非常满意	较为满意	一般	不满意	总满意
对照组	40	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	14(35.00)	17(42.50)	5(12.50)	4(10.00)	31(77.50)
观察组	40	2(5.00)	0(0.00)	2(5.00)	20(50.00)	18(45.00)	1(2.50)	1(2.50)	38(95.00)
χ^2 值				0.513					5.165
P 值				>0.05					<0.05

3　讨论

研究显示，行腹腔镜治疗，患者术后易发生恶心呕吐、胃肠功能紊乱症状等不良反应，而麻醉药物、手术时长在 3 h 以上、肥胖等均为术后恶心呕吐发生的主要危险因素 [8]。常规腹腔镜手术术前，缺少对于术后恶心呕吐的有效预防手段，患者胃肠功能恢复较慢。

穴位贴敷方式通过穴位刺激与药物的双重作用，可进一步提高预防效果。内关穴是人体八脉交会穴，与三焦经相通，刺激该穴位能够有效缓急止痛、降逆止呕，在胃部疾病治疗中具有显著作用。本研究使用伤湿止痛膏进行穴位贴敷，其含有的生草乌、生川乌、乳香具备温经止痛之效；丁香具备和中降逆、散寒止痛之效；积雪草具备清热利湿、活血止痛之效；诸药合用能够有效消肿止痛，贴敷于内关穴上，能够有效达成止呕、镇痛的双重治疗效果 [9]。本研究中，与对照组比，观察组患者症状恢复时间短，术后恶心呕吐、疼痛程度低，提示中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中能够有效降低术后恶心呕吐发生率，促进胃肠功能恢复。

GAS 与 MTL 均为胃肠激素指标，腹腔镜术后患者机体产生应激反应，因建立气腹腹部存在大量二氧化碳，通过腹膜进入血液循环后容易发生高碳酸血症，刺激 GAS 与 MTL 大量生成，激活中枢极后区神经元，提高神经敏感度，进而引发术后恶心呕吐。穴位贴敷能够抑制机体应激反应，避免胃肠激素高水平释放，穴位贴敷内关穴能够有效调节血液循环系统，调节胃肠功能 [10]。穴位贴敷疗法无创伤，不易发生感染，安全性较高，且操作简便易行，患者接受度较高。本研究中，观察组患者 GAS、MTL 水平低于对照组，满意度高于对照组，但不良反应比较，差异无统计学意义，提示中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中能够有效调节胃肠激素分泌水平，提高满意度，且安全性良好。

综上，中药穴位贴敷应用于妇科腹腔镜手术患者中不仅能够有效降低其术后恶心呕吐发生率、促进胃肠功能恢复及调节胃肠激素分泌，还可以缓解术后疼痛，满意度较高，安全性良好，值得临床应用推广。

参 考 文 献

[1] 鲁淑梅 , 章国芬 . 脾胃经穴位贴敷联合耳穴压豆对妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复的影响 [J]. 中国中医药科技 , 2021, 28(5): 855-856.

[2] 查白薇 . 不同时点应用经皮穴位电刺激防治妇科腹腔镜术后恶心呕吐的疗效研究 [D]. 济南 : 山东大学 , 2021.

[3] 中华医学会妇产科学分会妇科内镜学组 . 妇科腹腔镜诊治规范 [J]. 中华妇产科杂志 , 2012, 47(9): 716-718.

[4] 李偲 , 刘克玄 , 邓小明 , 等 . 术后胃肠功能障碍防治专家共识 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志 , 2021, 42(11): 1133-1142.

[5] 屈文慧 , 陈立阳 , 罗成江 . 腹腔镜胆囊切除手术后恶心呕吐的分级防治 [J]. 宁夏医学杂志 , 2016, 38(1): 69-71.

[6] 涂丽芳 , 陈畅乾 . 针音法和单独针刺法对于妇科腹腔镜术后患者疼痛视觉模拟评分量表评分及白细胞介素 -10、前列腺素 E_2、内啡肽水平的影响 [J]. 辽宁中医杂志 , 2020, 47(6): 167-169.

[7] 王淑艳 , 连世东 , 栾丹丹 . 李克特量表计分法在儿童锥形束 CT 检查前心理评估中的应用价值 [J]. 中国实用护理杂志 , 2020, 36(9): 678-682.

[8] 吕丹 , 钱苗红 , 黄月颖 , 等 . 揿针联合中药热奄包治疗妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍的疗效观察 [J]. 中国中医药科技 , 2022, 29(6): 1030-1032.

[9] 陈艳芬 , 吕瑞芳 , 黄一平 . 穴位贴敷法防治妇科腹腔镜全麻术后恶心呕吐的护理观察 [J]. 中国当代医药 , 2018, 25(6): 188-190.

[10] 陶玉艳 , 田继香 . 橘皮竹茹散穴位贴敷对妇科腹腔镜术后患者恶心呕吐及胃肠动力的影响 [J]. 西部中医药 , 2023, 36(1): 109-112.