

中药足浴联合穴位贴敷对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的影响

戴黎璐

摘要 **目的:**探究中药足浴联合穴位贴敷对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的影响。**方法:**按随机数字表法将 120 例妇科腹腔镜术后患者分为试验组和对照组各 60 例。对照组予术后常规护理干预,试验组在对照组基础上加用中药足浴联合穴位贴敷,两组均干预 5 d。比较两组患者疼痛程度、术后首次肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次肛门排便时间、术后并发症发生率及护理满意度。**结果:**干预后,试验组 VAS 评分低于对照组($P<0.05$),首次肠鸣音恢复时间及首次肛门排气、排便时间均短于对照组($P<0.05$),护理满意度高于对照组($P<0.05$)。两组术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论:**中药足浴联合穴位贴敷可有效促进妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的恢复,缓解术后疼痛,提高护理满意度,干预过程安全,值得推广。

关键词 腹腔镜;中药足浴;穴位贴敷;胃肠道功能

腹腔镜手术是一种微创手术方式,借助腹腔镜的微型摄像头进行腹腔探查和操作,与传统开腹手术相比,不需要大切口,可以减少对机体的创伤,具有减少术后疼痛、缩短住院时间、术后恢复快等多重优势,广泛用于妇科、胃肠外科、肝胆外科、泌尿外科等。随着该项技术的不断发展,腹腔镜手术在妇科多种疾病的治疗中取得了一定进展,尤其是子宫内膜异位症、急腹症、肿瘤、附件性疾病、子宫性疾病、卵巢疾病等的应用,其治疗效果和预后逐渐受到患者认可^[1]。妇科腹腔镜手术虽然具有应激反应低、术后恢复快等优势,但在手术操作过程中仍需建立气腹,受益腔操作及手术体位等多种因素影响,患者仍可能出现术后腹胀、胃肠功能紊乱、恶心呕吐等并发症,特别是胃肠功能紊乱,发生率较高,影响患者术后康复和生活质量,因此,术后护理对保证手术质量至关重要^[2-4]。

目前,腹腔镜术后的护理尚未形成统一标准,临床以术后常规护理、对症护理为主,缺乏针对性。中医护理在妇科腹腔镜术后的应用取得了一定进展,特别是中药足浴、穴位贴敷等特色护理方式,在恢复胃肠功能紊乱、促进术后康复等方面具有独特的优势^[5]。本文探究中药足浴联合穴位贴敷对妇科腹腔镜术后

患者胃肠功能的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将复旦大学附属妇产科医院 2021 年 12 月—2022 年 12 月收治的腹腔镜术后患者 120 例采用随机数字表法分为试验组和对照组各 60 例。对照组年龄 20~45 岁,平均年龄(32.69 ± 7.89)岁;手术时间 79~113 min,平均手术时间(96.35 ± 10.36)min;麻醉时间 100~139 min,平均麻醉时间(109.63 ± 13.16)min;子宫肌瘤 19 例,卵巢囊肿 9 例,异位妊娠 32 例。试验组年龄 18~45 岁,平均年龄(31.73 ± 8.04)岁;手术时间 82~110 min,平均手术时间(95.04 ± 9.98)min;麻醉时间 98~140 min,平均麻醉时间(110.50 ± 14.46)min;子宫肌瘤 21 例,卵巢囊肿 12 例,异位妊娠 27 例。两组一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①年龄 18~45 岁;②均在复旦大学附属妇产科医院行腹腔镜手术;③术前未使用糖皮质激素;④手术时间 ≤ 120 min;⑤麻醉时间 ≤ 150 min。

1.3 排除标准 ①合并恶性肿瘤者;②合并精神类疾病,难以配合治疗者;③合并严重心脑血管疾病者;④妊娠及哺乳期女性;⑤合并传染性疾病者;⑥合并胃肠道手术史者;⑦穴位贴敷处皮肤破溃、感染者;⑧合并凝血功能障碍者;⑨术后出现严重并发症或危及

重症,如下肢深静脉血栓形成等。

1.4 干预方法 两组均干预5 d。

1.4.1 对照组 予常规护理。向患者家属讲解护理注意事项,告知肛门排气前禁食;术后24 h内严密监测生命体征,持续给氧,切口浸润罗哌卡因以止痛;按医嘱予以抗生素,根据患者体力辅助进行早期适量的床上活动,每2 h翻身1次,根据体力恢复情况尽早下床活动,促进胃肠蠕动,促宫缩,维持水电解质及酸碱平衡,保持手术切口的清洁,常规消毒、换药。

1.4.2 试验组 在对照组的基础上予中药足浴、穴位贴敷。药用:生大黄400 g,厚朴300 g,枳实300 g,丹参40 g,红藤50 g,丁香100 g,木香100 g。上述药物均分成两份,其中一份用水煎煮4000 mL,倒入覆盖塑料袋的足浴盆中,防止交叉感染,每晚睡前足浴20 min;另一份打成碎末,用蜂蜜调成稠糊状,制成直径约3 cm,厚度约0.5 cm的药饼,于足浴结束后贴敷足三里、中脘、神阙、天枢穴,第二日清晨取下。术后第1 d开始干预。

1.5 观察指标

1.5.1 视觉模拟评分(Visual Analogue Score, VAS) 比较两组护理前后腹痛评分。分别于护理前后采用VAS评分,满分10分,分值越高表示疼痛越严重。

1.5.2 首次肠鸣音恢复时间及肛门排气、排便时间 比较两组术后首次肠鸣音恢复时间及首次肛门排气、排便时间,叮嘱患者本人及家属如实记录上述时间,并第一时间通知护理人员。

1.5.3 并发症 比较两组术后并发症发生情况。包括切口感染、肠粘连、腹腔出血等。

1.5.4 护理满意度 采用复旦大学附属妇产科医院自制的护理满意度调查表,该调查表包括住院环境、护理态度、护理技能、护理反馈时效、情感体验5项,每项分为不满意、一般、满意、非常满意4个选项,分别对应评分为5、10、15、20分,量表满分100分。非常满意:100分;满意:90~99分;一般:80~89分;不满意:<80分。满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100.00%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件,计量资料以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者护理前后疼痛程度比较 护理后,两

组患者VAS评分均降低($P<0.05$),且试验组低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者护理前后疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	护理前	护理后
试验组	60	5.57±1.16	2.09±0.89 ^{ab}
对照组	60	5.62±1.08	3.40±0.95 ^a

注:与护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

2.2 两组患者首次肠鸣音恢复时间及肛门排气、排便时间比较 试验组术后首次肠鸣音恢复时间、肛门排气、排便时间均短于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者首次肠鸣音恢复时间、肛门排气、排便时间比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	首次肠鸣音恢复时间	首次肛门排气时间	首次肛门排便时间
试验组	60	13.25±3.37 ^a	14.31±3.24 ^a	30.90±4.38 ^a
对照组	60	18.18±4.21	19.06±5.53	41.05±5.04

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 护理后,两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 两组患者术后并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	切口感染	肠粘连	腹腔出血	总并发症
试验组	60	0	1(1.67)	0	1(1.67)
对照组	60	1(1.67)	2(3.34)	0	3(5.01)

2.4 两组患者护理满意度比较 护理后,试验组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 两组患者护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	不满意	一般	满意	非常满意	总满意
试验组	60	0	2(3.33)	6(10.00)	52(86.67)	58(96.67) ^a
对照组	60	2(3.33)	6(10.00)	8(13.33)	44(73.33)	52(86.67)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

腹腔镜手术在妇科多种疾病的治疗中已经较为成熟,应用频率高,是当前多数患者首选。随着临床应用的开展,尽管腹腔镜手术相比传统手术具有较大优势,但仍存在一些无法规避的风险,如术后胃肠功能紊乱等。西医认为,术后胃肠道功能恢复延迟与术前肠道准备、术中气道建立、手术器械刺激、术后卧床

少动、个体体质等多种因素有关。相关研究显示,腹腔镜手术中二氧化碳气道的建立可诱发高碳酸血症,抑制胃肠功能,造成水和电解质紊乱,增加腹腔压力,导致肠蠕动减弱,且手术牵拉和创伤等可导致局部水肿,支配肠壁的植物神经过度兴奋,肠壁运动表现出暂时性抑制状态,导致胃肠道功能障碍^[6]。由此可见,妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍的发病机制较为复杂,若未能及时有效干预,可能导致肠粘连、肠梗阻及肠源性感染等并发症的发生,影响患者术后康复,这给临床护理工作带来了一定压力。

目前关于妇科腹腔镜术后的护理工作仍在不断探索,西医护理通常采用术前健康宣教、营养支持,术中液体管理、体温管理及术后饮食管理、运动管理等综合措施,通过综合干预,可有效促进胃肠道功能恢复^[7]。西医护理虽然能在一定程度上缓解胃肠道功能障碍,但受术后疼痛、患者惧动等多种因素影响,整体护理效果仍有提高空间。

中医护理是临床护理工作的重要组成部分,其以中医学“整体观念”“治未病”等思维为指导思想,通过使用中医特色护理手段,可进一步提高临床护理工作的效果^[8]。腹腔镜术后胃肠功能障碍归属于中医学“腹胀”“肠痹”等范畴。胃肠属“腑”,六腑以通为用,以降为顺。中医学认为,腹腔镜术后胃肠功能障碍主要病机为气机逆乱、脾胃功能失调^[9]。思则气结,患者紧张、忧思等不良情绪易导致脾胃气机失调。患者在手术操作刺激下,即中医所谓金刃之伤,经络血脉造成损伤,导致局部瘀血阻滞,影响气血运行,故出现腹痛;麻醉过程中,胃肠道功能受到抑制,导致胃肠通降障碍,加之术后卧床,使气机运行不畅进一步加重,最终导致糟粕内停,大便不通,不通则痛,故而术后出现腹胀、腹痛及排气、排便时间延长等症状,治疗当以理气通腑为基本原则^[10]。

小承气汤出自《伤寒论》,具有泄热通便,除满消痞的功效,主治伤寒阳明腑实证或痢疾初起,腹中胀痛,里急后重。近年来,随着临床研究的深入,小承气汤在改善术后腹胀的中医证候积分,促进胃肠功能恢复等方面具有显著效果^[11-12]。本试验采用小承气汤加味,方中大黄可通便除积滞,荡涤肠胃;厚朴可燥湿、除满、消胀;枳实可理气、导滞、散痞;丹参、红藤可活血化瘀;丁香、木香可降逆止呕。全方合用,共奏行气导滞、活血化瘀、通里攻下、消除积滞之效,则诸症可消。由于腹腔镜术后患者胃肠功能障碍,故将口服给

药方式改为中药足浴和穴位贴敷。根据生物全息学说,足部是人体的一个缩影,人体有6条经络始于足部,中药足浴通过温热效应,可以使局部血管扩张,末梢神经兴奋,并能加快局部血液循环,促进新陈代谢,加快药物吸收^[13]。穴位贴敷属于中医特色外治法之一,可以发挥药物与穴位的双重作用。足三里属足阳明胃经,能够生化气血,调理脾胃,宣畅气机。研究^[14]显示,刺激足三里可提高术后患者胃肠平滑肌的收缩力,促进胃肠功能恢复。中脘为胃之募穴,具有调理脾胃、化滞和中之效,又能安神定志、畅达气机。神阙属任脉,有培元固本、和胃理肠的功效,进行药物贴敷可将药物有效渗至胃肠道,促进胃肠蠕动的恢复。天枢穴为大肠之募穴,具有理气行滞、疏通大肠腑气的功效。研究^[15]发现,刺激天枢穴具有调整肠道功能的作用,可治疗多种消化系统疾病。上述穴位合用,加之药物的双重刺激,可调理脏腑,疏通经络,调节气机,行气活血,宣通腑气,促进肠蠕动排气和胃肠功能恢复。研究^[16-17]表明,腹腔镜术后患者加用穴位贴敷,在首次排气、排便时间等方面明显获益,可缩短进食时间,减少腹胀的发生率,提高术后24 h胃泌素分泌水平。

本研究结果显示,试验组在常规护理的基础上采用中药足浴联合穴位贴敷干预后,可有效缓解术后疼痛程度,缩短首次肠鸣音恢复时间及肛门排气、排便时间,有助于胃肠道功能尽早恢复,这与陈从从^[18]的研究结果基本一致。护理过程中,两组患者并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明联合中医护理干预方式并不会增加护理风险。护理满意度试验组高于对照组,说明患者对中医护理方式认可度更高。综上,中药足浴联合穴位贴敷可有效促进妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的恢复,缓解术后疼痛,提高护理满意度,干预过程安全,值得推广。

参考文献

- [1]何丽.腹腔镜手术在妇科领域中的应用进展[J].微创医学,2022,17(3):354-358.
- [2]傅艳琴.腹腔镜在妇科疾病临床治疗中的应用进展[J].医疗装备,2021,34(24):195-196.
- [3]陈琳,曹莉莉,陈素华.基于Logistic回归模型风险预测的护理模式对妇科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复及生活质量的影响[J].世界华人消化杂志,2022,30(7):895-890.
- [4]郭忠娟,刘颖,刘妍.妇科腹腔镜手术患者术后胃肠功能紊乱的影响因素分析[J].中国妇幼保健,2021,36(10):2346-2349.

(下转第66页)