

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.22.031

辨体施护联合揞针对剖宫产术后产妇肠功能恢复的影响*

王玲, 黄小春, 杨火秀[△]

江西省妇幼保健院产科, 江西南昌 330006

摘要:目的 观察辨体施护联合揞针对剖宫产术后产妇肠功能恢复的影响。方法 选取该院 2022 年 1—9 月进行剖宫产术的 120 例产妇作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组、试验 1 组、试验 2 组, 每组 40 例; 对照组采用常规护理, 试验 1 组采用揞针治疗, 试验 2 组采用辨体施护联合揞针治疗; 比较 3 组首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间, 以及腹痛及腹胀程度。结果 试验 2 组首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间均短于试验 1 组、对照组, 且试验 1 组各项时间短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 试验 2 组腹痛、腹胀程度均轻于试验 1 组、对照组, 且试验 1 组腹痛、腹胀程度轻于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揞针治疗有利于肠功能恢复, 减轻腹痛程度, 缓解腹胀。

关键词:剖宫产; 肠功能; 辨体施护; 揞针; 腹胀; 肠鸣音

中图分类号: R271

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)22-3393-03

剖宫产作为常用分娩方式, 其安全性虽较好, 但手术牵拉、组织损伤等会影响肠功能, 严重者会引发肠胀气、肠梗阻等并发症, 增加产妇身心负担, 影响其早期康复^[1]。据报道, 剖宫产术后肠功能紊乱发生率高达 77%, 而促使肠功能恢复对缩短产妇康复进程尤为重要^[2]。中医将剖宫产后肠功能减弱归为“腹痛”“腹胀”等范畴, 认为手术损伤会导致气血亏虚、血行不畅, 从而导致脏腑功能减退, 造成排泄障碍, 干预以调节脏腑功能、行气活血等为原则^[3]。中医认为体质是人先天禀赋、后天获得形成的固有特质, 不同体质患者脏腑功能存在明显差异, 而根据患者不同体质施护, 有利于更好地刺激脏腑功能^[4]。揞针为中医常用外治法, 其将揞钉型皮内针埋于特定穴位, 并施以按压刺激, 可起到通经络、行气血等作用^[5]。鉴于此, 本研究旨在观察辨体施护联合揞针对剖宫产产妇产后肠功能恢复的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2022 年 1—9 月进行剖宫产术的 120 例产妇作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组、试验 1 组、试验 2 组, 每组 40 例。纳入标准: 首次剖宫产; 年龄 20~35 岁; 足月分娩; 单胎活妊娠; 产时出血量 $\leq 1\ 000$ mL; 精神、智力正常。排除标准: 瘢痕子宫; 既往有腹部手术史; 高危妊娠; 合并严重器质性疾病; 合并肠道疾病; 合并精神疾病; 存在认知障碍。对照组年龄 21~35 岁, 平均(27.48 ± 1.24)岁; 分娩孕周 37~41 周, 平均(39.10 ± 0.23)周; 初产妇 29 例, 经产妇 11 例。试验 1 组年龄 22~35 岁, 平均(38.01 ± 1.20)岁; 分娩孕周 37~41 周, 平均(39.05 ± 0.21)周; 初产妇 27 例, 经产妇 13 例。试

验 2 组年龄 21~35 岁, 平均(39.44 ± 1.22)岁; 分娩孕周 37~41 周, 平均(39.01 ± 0.25)周; 初产妇 28 例, 经产妇 12 例。3 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规护理措施, 如体位护理、用药指导等, 并嘱患者术后 6 h 内肠道未通气时可食用无糖、半流质食物, 待肠道通气后方可正常饮食, 术后 12~24 h 需下床活动。试验 1 组在常规护理基础上, 采用揞针治疗, 取天枢穴、足三里穴; 以穴位为中心常规消毒, 选用图钉型皮内针, 用镊子将揞针胶皮夹住, 针尖对准俞穴, 垂直缓慢按下, 揞针需完整没入皮肉, 且圆环贴合皮肤; 确诊揞针完整刺入, 贴好透气边缘胶布, 固定揞针, 刺入位置以指腹按压无痛为宜; 揞针留置 3 d 后取出, 留置期间, 指导产妇及家属点压刺激穴位, 每次 1 min, 每天 4~5 次, 注意需垂直按压, 避免揉搓, 揞针刺入位置避免沾水、大力摩擦等。试验 2 组在常规护理基础上, 采用辨体施护联合揞针治疗, 揞针治疗方法同试验 1 组; 参照《中医体质分类与判定》^[6]辨识产妇体质, 主要分为阳虚质、阴虚质、痰湿质、气郁质, 其中阳虚质取关元穴、气海穴, 阴虚质取太溪穴、三阴交穴, 痰湿质取丰隆穴、列缺穴、三阴交穴, 气郁质取太冲穴、合谷穴、三阴交穴; 产妇术后回病房, 采用指按法、指点法进行穴位按摩, 各穴位每次 1~2 min, 两次之间间隔 4~8 h, 直至肛门通气。(1)指按法: 将拇指螺纹面对准穴位, 其余 4 指为支撑, 以腕关节为支点, 掌指施力, 垂直接压穴位, 按压力缓慢增加, 以产妇耐受为宜, 最后缓慢松劲撤力, 注意按压节奏需平稳。(2)指点法: 将手指面与穴位垂直进行点压, 拇指点压时, 手握拳状, 拇指紧贴食指关

* 基金项目: 江西省中医药管理局科技计划项目(2021A211)。

[△] 通信作者, E-mail: 614836673@qq.com。

节,以前臂、拇指发力点压;中指点压时,将食指末节指腹紧靠中指助力,中指指端点压穴位,注意点压时用力要稳,点压力缓慢增加,以产妇耐受为宜,点压结束后缓慢减力。关元穴、气海穴以中指点压法,其余穴位均以拇指点压法。

1.3 观察指标 (1)首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间:记录 3 组术后首次通气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间,其中脐周、左侧或右侧下腹部任意两个听诊区每分钟有 4~5 次肠鸣音即为恢复。(2)腹痛程度:术后 1、3 d 采用视觉模拟评分法(VAS)^[7]评估 3 组腹痛情况,拿一把长 10 cm 游动标尺,一面刻有 10 个刻度,起始端分别为“0”“10”,1 cm 为 1 分,让产妇自主标记,最高分 10 分,其中 0~3 分、4~6 分、7~10 分分别对应轻度、中度、重度疼痛。(3)腹胀程度:根据产妇自主感受、腹围等评估,无腹胀,腹围增加范围≤2 cm 为 0 级;轻度腹胀,对睡眠无影响,腹壁张力较高,腹围增加范围≤2 cm 为 1 级;中度腹胀,对睡眠影响轻微,腹壁张力较高,腹围增加范围>2 cm 为 2 级;重度腹胀,对睡眠影响严重,腹壁张力较高,腹围增加范围>2 cm 为 3 级。

1.4 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据处理及统计分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析,组间两两比较采用 SNK-*q* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组首次通气、首次排便及肠鸣音恢复时间比较 试验 2 组首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间均短于试验 1 组、对照组,且试验 1 组首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组首次通气、首次排便及肠鸣音恢复时间比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	<i>n</i>	首次通气时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间
对照组	40	31.22±6.46	74.24±11.24	23.65±4.25
试验 1 组	40	24.62±5.32*	62.35±10.24*	18.52±3.24*
试验 2 组	40	19.28±4.22*#	53.24±7.28*#	15.22±2.74*#
<i>F</i>		48.869	46.825	60.038
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与试验 1 组比较,# $P < 0.05$ 。

2.2 3 组腹痛程度比较 试验 2 组腹痛程度轻于试验 1 组、对照组,且试验 1 组腹痛轻于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 3 组腹胀程度比较 试验 2 组腹胀程度轻于试验 1 组、对照组,且试验 1 组腹胀程度轻于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 3 组腹痛程度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	轻度	中度	重度
对照组	40	8(20.00)	26(65.00)	6(15.00)
试验 1 组*	40	18(45.00)	19(47.50)	3(7.50)
试验 2 组*#	40	27(67.50)	12(30.00)	1(2.50)
<i>Z</i>			2.366	
<i>P</i>			0.018	

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与试验 1 组比较,# $P < 0.05$ 。

表 3 3 组腹胀程度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	0 级	1 级	2 级	3 级
对照组	40	6(15.00)	10(25.00)	19(47.50)	5(12.50)
试验 1 组*	40	11(27.50)	16(40.00)	11(27.50)	2(5.00)
试验 2 组*#	40	20(50.00)	13(32.50)	6(15.00)	1(2.50)
<i>Z</i>				2.385	
<i>P</i>				0.017	

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与试验 1 组比较,# $P < 0.05$ 。

3 讨 论

肠功能紊乱作为剖宫产术后常见并发症之一,其多因手术损伤、用药等因素导致,具有较高发生率,若不及时干预,会引发肠梗阻、肠粘连等并发症,不利于子宫与腹壁切口愈合,且可能会影响乳汁生成,降低母乳喂养率^[8]。目前,剖宫产术后西医多给予胃肠减压、药物等干预,并指导产妇早期下床活动,以促使肠功能恢复,但部分产妇疼痛敏感性强,加之担心药物不良反应,因而会排斥用药,导致整体干预效果不佳^[9]。

中医认为剖宫产术后会导致脉络受损,淤血留滞,脏腑功能减弱,加之产妇情志不畅,肝郁结,从而影响肠功能,而早期采取通脉络、调节脏腑等干预措施,有利于肠功能早期恢复^[10-11]。辨体施护为中医常用特色护理方案,其基于体质理论辨识患者体质,并选取相应穴位干预,以更好地调节脏腑功能^[12]。揞针作为中医常用辅助疗法,其在相应穴位上埋针,可起到穴位按摩作用,且可减轻疼痛,促使气血运行、疏通脉络^[13]。本研究结果显示,试验 2 组首次通气、首次排便与肠鸣音恢复时间均短于试验 1 组、对照组,且试验 1 组各项时间短于对照组,说明剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揞针治疗有利于肠功能恢复。分析原因在于辨体施护通过辨识产妇阳虚质、阴虚质、痰湿质、气郁质等体质,选关元穴、气海穴、三阴交穴等穴位进行按、点刺激,可促使脉络畅通,推动气血运行,且可调理脾胃,调节气机,增强脏腑功能^[14]。同时,联合揞针治疗,可增强穴位刺激效果,疏通脉络,且长时间微弱刺激穴位,有利于提高肠功能,从而可促使肠功能恢复,缩短通气、排便、肠鸣音等恢复时间^[15]。本研究还发现,试验 2 组腹痛、腹胀程度均轻

于试验 1 组、对照组,且试验 1 组腹痛、腹胀程度轻于对照组,说明剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揸针治疗更加有利于减轻腹痛及腹胀。分析原因在于辨体施护根据产妇体质循经取穴,可促使机体气血运行,濡养肠道,且可调理脾胃,从而加速肠道气体排出,同时联合揸针治疗,可进一步增强肠功能,促使肠道蠕动,从而缓解腹痛、腹胀。

综上所述,剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揸针治疗有利于肠功能恢复,减轻腹痛程度,缓解腹胀。

参考文献

- [1] 景晨萌,李小葵,席晶晶,等.择期剖宫产术后模拟进食对胃肠功能的影响[J].北京医学,2021,43(7):616-618.
- [2] 穆丽,高辉,赵麦良,等.经皮穴位电刺激对剖宫产术后胃肠道功能恢复的影响[J].中国针灸,2019,39(3):259-262.
- [3] 缪长风,李伟莉.电针促进剖宫产术后胃肠功能恢复临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(3):44-46.
- [4] 朱华英,王轶.中医辨证施护联合中药敷贴干预对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者生活质量的影响分析[J].贵州医药,2022,46(3):502-503.
- [5] 刘宁宁,王连主,蒋强,等.揸针刺刺激双侧足三里穴,内关穴对腹腔镜下胆囊切除术后胃肠功能的影响[J].临床麻醉学杂志,2021,37(5):494-497.
- [6] 中华中医药学会.中医体质分类与判定[M].北京:中国

中医药出版社,2009:7.

- [7] 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
- [8] 王雅娟,张晋,李辉,等.低频电刺激对剖宫产术后泌乳及胃肠功能恢复的影响[J].中国临床医生杂志,2022,50(1):98-101.
- [9] 邓小花.中医综合护理模式在剖宫产术后的应用及对产妇胃肠功能的影响[J].中国医学创新,2021,18(36):116-119.
- [10] 陆丽娟,唐悦.中药穴位贴敷对剖宫产术后胃肠功能恢复的影响[J].结直肠肛门外科,2021,27(S2):28-29.
- [11] 程艳,余幼芬,蒋红娜,等.厚朴穴位敷贴对剖宫产后胃肠功能恢复的效果评价[J].中国性科学,2020,29(2):117-120.
- [12] 许冬霞.辨证施护在肺癌化疗患者中的应用[J].黑龙江中医药,2021,50(1):398-399.
- [13] 柴建芳,齐鹏,孟令浩,等.揸针埋于不同穴位对腰硬联合麻醉下行剖宫产产妇不良反应的改善效果对比分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(6):670-673.
- [14] 庞永涛.中药汤剂配合穴位按摩对剖宫产术后胃肠功能的影响[J].中医临床研究,2019,11(2):97-99.
- [15] 费宗奇,陈德轩,姚天琦,等.揸针刺刺激胃,大肠,小肠下合穴对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的影响[J].北京中医药,2022,41(3):326-328.

(收稿日期:2023-05-10 修回日期:2023-10-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.22.032

针灸联合穴位按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能的影响*

邓小渝,徐冬梅,刘 华,袁 建,刘海梅,邓茹月,樊 琼
江西省新余市人民医院疼痛康复科,江西新余 338000

摘要:目的 探讨针灸联合穴位按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能的影响。方法 将 2020 年 2 月至 2022 年 2 月该院收治的 108 例高血压脑出血患者采用随机区组法分为观察组和对照组,每组 54 例;对照组接受常规护理,观察组于对照组基础上加用针灸联合穴位按摩。两组患者均持续干预 2 个月,比较两组干预前、干预 2 个月后的神经功能指标[神经元特异性烯醇化酶(NSE)、髓鞘碱性蛋白(MBP)及神经胶质纤维酸性蛋白(GFAP)]、认知功能评分[简易精神状态量表(MMSE)]。结果 干预前,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平、MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 2 个月后,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平明显低于干预前,MMSE 评分明显高于干预前,且观察组以上各项指标变化更明显,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 针灸联合穴位按摩在高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能恢复方面发挥重要作用。

关键词:针灸; 穴位按摩; 高血压脑出血; 认知功能; 神经元特异性烯醇化酶; 髓鞘碱性蛋白
中图分类号:R493 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2023)22-3395-04

高血压脑出血是临床常见病,微创手术是治疗高血压脑出血的常用方式,可有效改善患者病情,协助患者安全度过急性期,拯救患者生命,但手术仅为补救性措施,患者术后仍会伴发神经功能和认知功能障碍,

术后生活质量普遍较差^[1]。穴位按摩是临床常用中医外治方式,通过按压患者指定穴位能够起到促进患处血液循环和神经细胞再生的作用^[2]。针灸也是中医传统外治方法,通过针灸刺激机体,可起到疏经

* 基金项目:江西省卫生健康委员会科技计划项目(202212234)。