

• 中医中药 •

香敷联合穴位按压在麻醉术后患者出现恶心呕吐的应用

颜惠玉 蔡丽月

福建中医药大学附属泉州市正骨医院下肢二科 福建泉州 362000

【摘要】目的 观察自制中药香包(香包为我科自制:陈皮 15g,藿香 20g,肉豆蔻 15g)联合穴位按压对骨科麻醉术后患者出现恶心呕吐的临床疗效。**方法** 回顾性分析我科自 2018 年 7 月至 2018 年 8 月收治的骨折病人麻醉术后出现恶心呕吐的患者,随机分为两组,各组各 50 名。恶心呕吐发生后对照组采用常规护理,关闭镇痛泵或者肌注止吐药物等方法干预,治疗组采用我科自制香包联合穴位按压,至病人恶心呕吐缓解。**结果** 治疗组 n 达到的有效率 100%,对照组 n 达到的有效率为 84%,治疗组总的有效率优于对照组($P < 0.05$)。本次研究有统计学意义。**结论** 采用自制中药香包(香包为我科自制:陈皮 15g,藿香 20g,肉豆蔻 15g)联合穴位按压对骨科麻醉术后患者出现恶心呕吐有明显疗效。

【关键词】 香包; 穴位按压; 恶心呕吐**【中图分类号】** R614**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711(2020)03-092-02

术后恶心呕吐(postoperative nausea and vomiting, PONV)是麻醉及手术后最常见的不良反应。有资料显示 PONV 发生率达 30%。而某些高风险患者发病率达 70% 左右。估计有 0.2% 的患者可能遭遇棘手的恶心呕吐导致术后恢复延迟^[1]。PONV 会给病人带来不安、痛苦、窘迫、疲劳、对再次外科手术恐惧等精神方面的影响,同时可发生伤口裂开、电解质紊乱和脱水、活动延迟、吸入性肺炎等并发症而导致一定的死亡率^[2]。如何处理术后恶心呕吐已成为迫在眉睫的问题。我科对骨科全身麻醉手术后出现恶心的患者采用香敷联合穴位治疗,并以常规护理相比较,取得较明显疗效,现介绍如下:

1 临床资料

1.1 资料与方法

随机抽取我科自 2018 年 7 月到 2016 年 8 月收治的骨科麻醉手术后病人 100 名,按照手术顺序,根据随机、自愿的分组原则,分为治疗组,对照组,每组 50 例。治疗组中男性病例 38 人,女性病例 12 人,年龄分布在 16-72 岁。对照组中男性病例 24 人,女性病例 26 人,年龄分布在 16-70 岁。

1.2 纳入标准

麻醉后出现恶心呕吐病人。

1.3 排除标准

过敏体质、局部周围湿疹,水泡等,不宜用香敷疗法者及不同意参加观察治疗的病人。

2 治疗方法

2.1 对照组

观察组采用常规护理,关闭镇痛泵或者肌注止吐药物等方法干预。

2.2 治疗组

2.2.1 取穴:向患者解释香包联合穴位按压的目的,取得患者主动配合。指导患者取舒适平卧位,暴露腕关节,用纱布清洁局部皮肤,根据《中华人民共和国国家标准·经穴部位》^[4]:取内关位于前臂正中,腕横纹上 2 寸。若患者是过敏体质、局部周围湿疹,水泡等,禁止敷药。

2.2.2 将香包为我科自制:(陈皮 15g、藿香 20g、肉豆蔻 15g 均抹成粉末)装入香敷袋内,然后把香袋固定在病人的内关。药物气味芳香,举手可闻。

3 治疗效果

3.1 疗效标准^[4]

疗效判断标准:治疗开始后每 30min 观察评估 1 次。直到恶

心、呕吐症状完全停止。显效:时间 ≤ 30 min 恶心、呕吐缓解;有效:时间 30~60min 恶心、呕吐缓解;无效:未达到以上标准者^[4]。

3.2 统计学方法

所得数据采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理,对治疗组和对照组两组的患者疗效比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3.3 治疗结果

由下列表格 1 可见:治疗组的有效率:100%,对照组的有效率:84%,两组患者临床疗效比较,差异具有统计学意义,治疗组有效率优于对照组($P < 0.05$)。本次研究结果提示自制香包联合穴位按压可以明显改善骨科全身麻醉术后出现恶心呕吐病人。

表 1: 两组患者临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效
治疗组	50	50	15	35	0
对照组	50	42	0	42	8

注:与对照组比较 $P < 0.05$

4 讨论

4.1 国外有研究表明,刺激内关穴可促使脑脊液 β -内啡肽释放,并增加内源性抗呕吐的 μ 受体的活性,从而起到抗恶心呕吐的作用。有研究显示用内关穴位点刺激治疗 PONV,穴位刺激可减少术后恶心、呕吐。此外,有报道,有创性针灸和无创性穴位刺激技术穴位按压或 TAES 在预防术后呕吐症状方面的有效性并无差异^[5]。有穴位刺激研究已经显示这些技术在减少恶心方面比减少呕吐更为有效^[6-8]。穴位刺激在预防 PONV 方面的效果与常用的 5-HT3 拮抗剂昂丹司琼相当^[6]。

4.2 香包组成成份:陈皮:气香性温,能行能降,具有理气健脾、调中之功效。藿香:清芬微温,善理中州湿浊痰涎,为醒脾外胃,振动清阳妙品……霍乱心腹痛者,湿浊阻滞,伤及脾土清阳之气则猝然撩乱,而吐泻绞痛,芳香能助中州清气,胜湿辟秽,故为暑湿时令要药。具有:辛、微温,化湿,解暑,止呕。肉豆蔻:辛、温,化湿,行气,温中,止呕。三药配伍有理气化湿,温中止呕之效。

4.3 腧穴定位关于内关穴的定位,《针灸大成》中有多处论述且基本一致,例如《针灸大成·手厥阴心包经考正穴法》曰:“内关掌后去腕二寸两筋间,与外关相抵。手心主之络,别走少阴。”《针灸大成·穴法图》云:“内关在掌后横纹上二寸,两筋间。”其腧穴定位基本与《经络腧穴学》^[9]所述相同,即在前臂掌侧,当曲池与大陵的连线上,腕横纹上 2 寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间”。内关穴按压功用:疏导水湿,宁心安神,理气镇痛。

4.4 将芳香药物(陈皮 15g、藿香 20g、肉豆蔻 15g)装入香包(下转第 95 页)

作者简介:颜惠玉(1983 年-),性别:女,学历:护理本科,职称:主管护师,研究方面:专科中医护理。

的生活质量和膝关节功能,较常规治疗改善更明显^[7]。我院研究结果与此相似。

从机制上看,西医治疗以手术模式清除患者积液,再以药物进行辅助,能够实现病情改善和镇痛,但并未触及患者病理变化,强调以病情缓解的方式进行治疗,效果难以完全保证。补阳泻阴汤联合中药外敷治疗,符合中医对症治疗的基本思路,在应对病情的同时,可实现机体和病患区域的调理,从而实现疾病的根本治疗,改善治疗效果、膝关节功能以及生活质量。

中医学认为膝关节滑膜炎与外感六淫相关,且受到机体正气不足影响,外邪、外寒、外风入侵,阻断经络,导致机体行气、行血不畅,诱发“不通则痛”等一系列症状。治疗上强调镇痛、祛风、补气^[8]。补阳泻阴汤中,泽泻利水渗湿、泄热,可治疗热淋涩痛、水肿胀满症状。防己祛风止痛,利水消肿,可治疗风湿痹痛、湿疹疮毒。泽兰驱风镇、痛祛风湿,具有温中祛寒、止痛功能,可治疗风湿麻木、关节痛,上述药物为君药,党参、薏苡仁等为臣药,诸药相生,实现了镇痛、祛风、补气功效。外敷药物中,红花、冰片、骨碎补等也可通过皮肤表面起效,使药物深入关节病患区域,发挥镇痛、补血等功效。补阳泻阴汤联合中药外敷治疗,与西医治疗的机理存在差异,不会相互影响,能够通过不同渠道起效,实现膝关节滑膜炎的综合治疗,具有积极推广价值。

综上所述,补阳泻阴汤联合中药外敷治疗膝关节滑膜炎的临

床效果理想,患者病情、生活质量均得到改善。后续工作中,可结合患者病情特点,在常规治疗的基础上,提供中医治疗服务,以求更有效的改善患者预后。

参考文献:

- [1] 左瑞庭,孟庆良,马俊福,等.加味散膝汤联合塞来昔布治疗膝关节滑膜炎寒湿痹阻证的疗效观察[J/OL].中国实验方剂学杂志:1-6.
- [2] 宋德为.补阳泻阴汤联合中药外敷治疗膝关节滑膜炎临床观察[J].河南中医,2019,39(11):1722-1725.
- [3] 姜艳军,张浩.苓桂二术汤加减联合臭氧治疗膝关节滑膜炎22例的临床观察[J].智慧健康,2019,5(29):152-153.
- [4] 郭永忠.二消膏配合沙苑子汤治疗膝关节单纯型滑膜炎临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(74):166+168.
- [5] 刘晗,赵鹏飞.四妙散加味联合针灸对膝关节滑膜炎患者炎症因子、疼痛介质及关节功能的影响[J].中医学报,2019,34(09):1968-1972.
- [6] 李俊毅,陈利国.中医药内服外用治疗膝关节滑膜炎的研究进展[J].风湿病与关节炎,2019,8(08):76-80.
- [7] 赵全阳,时宝振.舒筋活血汤加减联合玻璃酸钠治疗慢性膝关节滑膜炎的临床观察[J].医药论坛杂志,2019,40(08):165-167.
- [8] 王海丽,李宝莲,郎毅,等.辨证护理对膝关节急性创伤性滑膜炎临床疗效的影响[J].西部中医药,2019,32(08):122-125.

(上接第 92 页)

敷袋内,然后把香袋插入腕带,气味芳香,患者举手可闻。在操作过程中要求严格遵守技术操作规程;操作护士必须经过中医护理选穴技能操作培训合格才能有资格进行此项操作,在进行选穴时操作时,做好敷药部位皮肤的检查,观察皮肤完整性、颜色等。操作前询问患者有无药物或皮肤过敏史。在操作过程中,加强沟通,询问患者感受,观察局部皮肤反应。禁忌症:①有过敏体质、局部周围湿疹,水泡等,不宜用香敷疗法者;②不愿接受本治疗方案者。

麻醉术后病人恶心、呕吐时有发生,给患者增加了不必要的痛苦,采用香包联合穴位按压内关解除全麻术后出现的恶心、呕吐,与传统关闭静脉镇痛泵、使用胃复安,昂丹司琼等药物相比较,疗效好,操作简便,安全可靠,其穴位按压主要是透过经络穴位刺激达到止吐、止恶心的效果。适应证广泛,疗效明显,而且简便易行,人人可学,利于普及,提高工作效率,减轻病人的痛苦,而且使用香敷联合穴位按压方法成本低,能让病人易于接受,值得推广。

参考文献:

- [1] TOLBOOM R C,D R AAISMA W A,B R OEDE R S I A.Evaluation of conventional laparoscopic versus robot-assisted laparoscopic redo hiatal hernia and antireflux surgery: a cohort study[J].J R obot Surg,2016,10(1):33-39.

(上接第 93 页)

尿消肿、排脓的功效,诸药联合使用可起到疏通经络,养精补气的功效。

综上所述,在冠心病不稳定型心绞痛血瘀证病人治疗中,养心汤可作为首选的治疗方案,治疗效果理想,值得临床应用与普及。

参考文献:

- [1] 王进,杨晓艳,王晓东.炙甘草汤治疗冠心病不稳定型心绞痛临床疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2017,19(6):67-69.DOI:10.3969/j.issn.1008-987x.2017.06.17.
- [2] 张继琛,姜凯,杨泽山,等.自拟丹芪通冠汤联合常规西药治疗冠心病不稳定型心绞痛49例[J].中国中医药科技,2017,24(6):777-778.

- [2] KELLE R D S,JUAN R E,SE R GIO I,et al. R review of 500 single incision laparoscopic colorectal surgery cases-Lessons learned[J].World J Gastroenterol,2016,22(2):659-667.

- [3] 程爵棠,程功文.穴位贴敷治百病[M].第2版,北京:人民军医出版,2005:9.
- [4] Leakso M. Hyperglycaemia and cardiovascular disease in type 2 diabetes[J].Diabetes,1999,48(4):937-942.
- [5] DUNDEE J W,GHALY R G,BILL K M,et al. Effect of stimulation of the P6 antiemetic point on postoperative nausea and vomiting[J].Br J Anaesth,1989,63(5):612-618.
- [6] GAN T J,JIAO K R,ZENN M,et al. A randomized controlled comparison of electro- acupoint stimulation or ondansetron versus placebo for the prevention of postoperative nausea and vomiting[J].Anesth Analg,2004,99(4):1070-1075.
- [7] SHOA R S,ESMAEILI S,KHO R GAMI Z,et al. Efficacy of acupuncture in prevention of postoperative anaesthesia-related shivering[J].Acupunct Med,2013,31(1):120-121.
- [8] KOLODZIE K,APFEL C C. Nausea and vomiting after office- based anesthesia[J].Curr Opin Anaesthesiol,2009,22(4):532-538.
- [9] 沈雪勇.经络腧穴学[M].北京:中国中医药出版社,2008:162-163.

- [3] 李国诗.血府逐瘀汤对冠心病不稳定型心绞痛黏附分子的影响[J].内蒙古中医药,2017,36(19):4-5.DOI:10.3969/j.issn.1006-0979.2017.19.004.

- [4] 王奎.血府逐瘀汤加减联合曲美他嗪治疗冠心病不稳定型心绞痛[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(22):26-27.DOI:10.16458/j.cnki.1007-0893.2017.22.013.

- [5] 刘辉.瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病不稳定型心绞痛102例[J].大家健康(中旬版),2017,11(11):107.DOI:10.3969/j.issn.1009-6019.2017.11.146.

- [6] 谢晚亭,程晓昱.自拟胸痹汤治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察[J].中医药临床杂志,2017,29(5):696-698.DOI:10.16448/j.cjctm.2017.0233.