

妇科腹腔镜术后患者生物刺激结合穴位贴敷对腹胀的影响

吴 瑶

建德市第一人民医院 浙江建德 311600

〔摘要〕目的 讨论生物刺激结合穴位贴敷疗法对妇科腹腔镜术后患者缓解腹胀、缩短肛门排气时间、促进早期康复的影响和临床意义。方法 抽选 2022 年 1 月-2022 年 7 月我院妇科收治的 100 例妇科腹腔镜术后患者,按照随机分配原则均分为两组。对照组(n=50)应用院内妇科基础护理干预,研究组(n=50)应用生物刺激及穴位贴敷疗法早期干预。评价及对比两组的术后临床指标、腹胀发生情况、患者满意度。结果 研究组的肠蠕动恢复时间、首次肛门排气时间、腹胀主观感受持续时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组比较,研究组的腹胀发生率明显下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组的患者满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用生物刺激结合穴位贴敷疗法早期干预,可有效降低腹腔镜术后腹胀风险,促进胃肠功能恢复,进一步促进早期康复,提升患者的满意度和医院的社会效益。

〔关键词〕生物刺激;穴位贴敷;腹胀;早期康复

〔中图分类号〕R248.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2023)03-052-02

腹腔镜手术创伤小、恢复快、住院时间短,已成为妇科疾病诊治的常用手段^[1]。我院妇科主要收治病种包括且不限于异位妊娠、子宫肌瘤、卵巢囊肿、盆腔包块等,均主要使用腹腔镜技术诊治。腹腔镜技术的常规应用优点显著,但由于人工气腹、麻醉药物等原因,患者术后易出现腹胀,影响正常进食的恢复,导致患者营养支持欠佳,手术切口愈合滞后,还可能出现肠梗阻、肠粘连等严重的术后并发症,进一步延长住院周期和医疗费用,甚至影响日常生活质量^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽选 2022 年 1 月-2022 年 7 月我院妇科收治的 100 例妇科腹腔镜术后患者,按照随机分配原则均分为两组。对照组(n=50)中,年龄 22~60 岁,平均(41.76±1.41)岁;疾病类型:21 例异位妊娠、13 例子官肌瘤、16 例卵巢囊肿;研究组(n=50)例中,年龄 22~60 岁,平均(41.76±2.11)岁;疾病类型:22 例异位妊娠、12 例子官肌瘤、16 例卵巢囊肿;应用生物刺激及穴位贴敷疗法早期干预。两组的基线资料通过统计学计算结果,差异无统计学意义($P > 0.05$),可作对比研究与分析。

1.2 护理方法

两组均在术前常规禁食禁水,完成肠道准备。对照组(n=50)应用院内妇科基础护理干预,研究组(n=50)应用生物刺激及穴位贴敷疗法早期干预,具体护理方法如下:(1)饮食护理。术前 1 天禁食产气类食物,指导患者进食清淡易消化食物。术前 8 小时禁食,4 小时禁饮。术后 6 小时指导患者进食米汤、蔬菜汤等,提供机体需要的能量,同时促进胃肠蠕动,减轻腹胀不适。(2)给氧及体位护理。患者术后转入病房立即给予低流量吸氧 12 小时以上,强调经鼻呼吸,避免经口呼吸,减少吞入过多空气加重腹胀。指导患者深呼吸及有效咳嗽,促进体内二氧化碳排出。护理人员指导并协助患者术后首日每隔 2~4 小时翻身;半卧位休息的同时抬高下肢 20°,每日上午下午各半个小时,利于腹部残留的二氧化碳下移。避开伤口进行腹部按摩,顺时针逆时针两个方向交互,每天上午下午各 20 分钟。以上措施均为降低腹胀发生率。(3)穴位贴敷及生物刺激护理。患者术后转入病房立即在足三里、

支沟、大横、天枢等穴位贴敷中药贴,中药贴主要成分为大黄,用于清热泻火、实热便秘、逐瘀散结等。注意避开手术切口,贴敷 6 小时后移除,注意观察局部皮肤,避免过敏。术后 6 小时采用生物刺激仪器进行腹部电疗刺激,每次 20 分钟,每日两次。以此促进患者恢复肛门排气。

1.3 观察指标

评价及对比两组的①术后指标,包括肠蠕动恢复时间、首次肛门排气时间;②腹胀发生情况,无腹胀、轻度腹胀、中度腹胀伴 1-3 分腹痛、重度腹胀伴 4 分以上腹痛。③患者满意度,采用我院自制的住院患者满意度调查表,90 分以上为非常满意,60~89 分为比较满意,小于 60 为不满意。

1.4 统计学方法

将本次研究所得所有项目的数据资料均纳入 SPSS21.0 软件分析, ($\bar{x} \pm s$) 记录计量资料, t 检验, (%) 记录数据率, χ^2 检验, $P < 0.05$ 可认为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的术后指标情况

研究组的首次肛门排气时间、肠鸣音恢复时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),检验结果对比具有统计学意义。详见表 1。

表 1 两组的术后指标情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	首次肛门排气时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)
研究组	50	11.16±2.24	13.28±1.41
对照组	50	25.12±1.25	27.28±2.22
t	-	12.371	13.315
P	-	0.000	0.000

2.2 两组的患者满意度

表 2 两组的患者满意度对比 [n(%)]

组别	n	非常满意	比较满意	不满意	满意率
研究组	50	58 (96.67)	2 (3.33)	0 (3.33)	60 (100.00)
对照组	50	51 (85.00)	5 (8.33)	4 (6.67)	60 (93.33)
χ^2	-	10.010	2.756	8.333	8.333
P	-	0.002	0.096	0.004	0.004

研究组的患者满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。
(下转第 55 页)

过不同的干预手段,结果显示身体功能等差异明显($P<0.05$)。

综上所述,通过给予跟骨关节内骨折患者切开复位内固定术+术后损伤早期止痛汤,值得临床治疗中广泛推广。

[参考文献]

[1] 李传玲,吕辉照,刘海波,刘华,艾建国.经改良跗骨窦切口 Inion-? 可吸收钢板固定治疗跟骨关节内骨折的临床研究[J].中国骨与关节杂志,2022,11(12):939-945.

[2] 黄西鹏,白佩刚,刘琛,张鹏.小切口复位经皮克氏针固定与经皮微创接骨板内固定治疗跟骨关节内骨折的临床效果比较[J].临床医学研究与实践,2022,7(35):90-93.

[3] 肖松,王凤雄,叶琦,陈高峰,邹文选.经皮撑开复位联合跗骨窦入路空心钉与经皮撬拨复位空心钉治疗跟骨关节内骨折疗效比较[J].中国医药指南,2022,20(28):76-78+82.

表 1 骨代谢指标比较 ($n=36$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	OC (ug/L)		BALP (ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	4.63±1.26	6.96±1.57	60.72±3.65	70.13±5.03
参照组	36	4.52±1.58	5.58±1.18	60.64±2.52	65.41±4.53
t		0.3266	4.2159	0.1082	4.1837
P		0.7450	0.0001	0.9141	0.0001
组别	例数	PYD (ug/L)		PINP (ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	20.52±3.26	28.12±2.57	75.53±2.65	91.97±2.03
参照组	36	20.63±2.58	24.15±2.18	75.14±3.52	84.52±2.53
t		0.1588	7.0681	0.5311	13.7804
P		0.8743	0.0000	0.5970	0.0000

(上接第 52 页)

<0.05), 检验结果对比具有统计学意义。详见表 2。

3 讨论

妇科腹腔镜术后患者几乎有不同程度的腹胀,与术中建立人工气腹^[3],使用麻醉药品导致胃肠功能麻痹等相关^[4]。因此,术后减轻腹胀,需要促进肛门排气,恢复胃肠蠕动。术前完善的胃肠道准备,术后早期进食有利于胃肠道功能恢复^[5],规范给予吸氧护理,采取生物电刺激、穴位贴敷疗法^{[6][7]}等相结合的护理途径,以患者为中心给予整体护理,可以提升治疗和护理的效果,缩短患者首次肛门排气时间,尽早恢复胃肠功能,避免患者出现腹胀,利于患者营养支持,从而促进早期康复。

综上所述,临床采用生物刺激结合穴位贴敷疗法早期干预,可有效降低腹腔镜术后腹胀风险,促进胃肠功能恢复,进一步促进早期康复,提升患者的满意度和医院的社会效益。

[参考文献]

[1] 《妇产科学》人卫第 9 版教材:445-447.

[2] 王主.护理干预对促进妇科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复的效果分析[J].医学信息(上旬刊),2018,31(8):178-179.

[3] 钟海玉,赵琼,叶雪丽.妇科腹腔镜术后患者早期护理干预对腹胀的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(8):167-168.

[4] 靳秀菊.综合护理干预在预防妇科腹腔镜手术患者术后腹胀中的应用意义研究[J].实用临床护理学电子杂志,2018,v.3(6):90-101.

[5] 吴永秀,王卉,荣欣等.早进食促进妇科腹腔镜手术患者术后胃肠功能恢复的应用研究[J].陆军军医大学学报.2022,44(02):94-98.

[6] 万文晋.穴位贴敷联合穴位按压在妇科腹腔镜全麻术后缓解腹胀的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(36):84-86.

[7] 黄阳雪,武曼丽等.穴位贴敷促进妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复的 Meta 分析[J].世界中医药,2021,16(23):121-129.

(上接第 53 页)

降低水中及炎性渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问題。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为主治方向,标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。本文研究结果显示,观察组采取药物联合针灸进行治疗,治疗后总有效率为 93.33%,对照组采取药物治疗,

治疗总有效率为 73.33%,两组数据对比差异具有统计学意义($P<0.05$),经过 30 天随访,观察组患者复发率为 20.00%,对照组复发率为 46.67%,组间对比差异存在显著性($P<0.05$),充分表明,针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果,提高治疗有效率,降低复发率,值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 吕延蓉,应掌红.依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价[J].临床合理用药杂志,2020,13(11):100-102.

[2] 胡瑾瑾.中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2022,40(06):848-850.

[3] 王玖玲,闵玮,钱齐宏,杨子良,宋琳毅,周乃慧,王森森.不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察[J].中国社区医师,2021,34(33):85-86.

[4] 张锐.中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹 86 例[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,2(11):164.