

穴位贴敷对腹腔镜胃肠手术患者腹胀、腹痛程度的影响

殷 姣

天津市滨海新区中医医院 天津 300451

摘要：目的：分析穴位贴敷对腹腔镜胃肠手术患者的应用效果。方法：选取2023年6月-2024年6月本院86例行腹腔镜胃肠手术患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组43例，行常规干预，观察组43例，联合穴位贴敷，比较两组干预效果。结果：观察组无腹胀占比明显高于对照组，干预24、48h的腹围、VAS评分、轻中度腹胀、恶心呕吐发生率、肛门排便、肛门排气、肠鸣音恢复、首次进食和腹腔缓解时间均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对于腹腔镜胃肠手术者，行穴位贴敷，能有效减轻腹痛、腹胀，可调节胃肠功能，具有推广价值。

关键词：穴位贴敷；腹腔镜；胃肠手术；腹胀；腹痛

外科微创持续进展，腹腔镜技术越发成熟，能诊治多种疾病。借助胃肠镜，开展胃肠手术，尽管创伤小，可快速完成手术，且后续恢复快，但治疗时，会影响胃肠道，形成刺激，同时受麻醉影响，术后，常见胃肠功能紊乱，引发腹痛腹胀，产生恶心呕吐，导致肠麻痹等，更有甚者，生命受到威胁^[1]。相关研究表明，尽早改善胃肠功能，能推动疾病好转，降低治疗费用。当下，多行常规干预法，例如改善胃肠动力，实施胃肠减压等，但整体作用不理想^[2]。采取中医外治法，能尽快建立胃肠屏障，调节胃肠功能，改善胃肠功能。采取穴位贴敷，能刺激穴位，令药物尽快被皮肤吸收，发挥药效，能减少副作用，经济性高，操作便捷。本研究以行腹腔镜胃肠手术患者为对象，分析穴位贴敷效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年6月-2024年6月本院86例行腹腔镜胃肠手术患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组43例，男23例，女20例，年龄为23-52岁，平均年龄（41.26±4.18）岁；观察组43例，男24例，女19例，年龄为24-53岁，平均年龄（41.32±4.10）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：行腹腔镜胃肠手术；伴有胃肠功能障碍；观察主要表现，有肠鸣音减弱、腹胀腹痛等；知情同意本次研究。

排除标准：有腹部开放手术治疗史；胃肠功能异常；贴敷处破溃、感染等；精神疾病；研究用药过敏。

1.2 方法

两组均行针对性疗法：提供营养支持，采取补液法，进行抗炎处理，纠正酸碱平衡，调节水电解质。

对照组行常规干预：讲解腹腔镜知识，围绕腹胀腹

痛，加强宣教，疏导负面情绪，调节其心理，建立思想准备。适当转移注意力，改善负性心理，教会患者相应技能，包括翻身活动方法、大小便方法和咳嗽方法等。加强饮食干预，开始提供半流食，逐渐转换成普食，术后，不可摄入淀粉，不能饮用牛奶。加强心理指导，有效预防腹胀，加快胃肠道恢复。术后6h，帮助患者翻身，若条件许可，尽早下床活动。共进行14d。

观察组在上述基础上，联合穴位贴敷：选择药物，包括酒大黄10g，陈皮10g，厚朴8g，枳实8g，当归6g，生地黄6g，槟榔6g，青皮6g。研磨诸药物，形成粉末，加入适量姜汁，取得圆柱状药饼，规格为1cm×1cm×0.5cm。选取适宜穴位，贴敷药饼，包括下巨虚、天枢、神阙和上巨虚。每次4-6h，每天1次，共进行14d。

1.3 观察指标

评价腹胀腹痛情况：时间点为干预前、干预24和48h，测量腹围，采取VAS量表，对应疼痛，10分制^[3]。**评价胃肠功能恢复时间：**观察两组的肛门排便、肛门排气、肠鸣音恢复、首次进食和腹腔缓解时间^[4]。**评价腹胀程度：**未出现腹胀感，纳为无腹胀；观察手术切口，未见疼痛，但自觉腹内存在气体，纳为轻度；出现腹部隆起，监测手术切口，出现轻度疼痛，纳为中度；患者腹部隆起，观察手术切口，发现明显胀痛，同时伴有呼吸困难，纳为重度^[5]。评价恶心呕吐发生情况。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腹胀腹痛情况比较

观察组干预24、48h的腹围和VAS评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组腹胀腹痛情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	腹围 (cm)			VAS (分)		
		干预前	干预24h	干预48h	干预前	干预24h	干预48h
观察组	43	74.46±6.62	69.33±4.51 ^a	67.81±4.42 ^{ab}	6.71±1.38	3.40±1.16 ^a	1.64±0.25 ^{ab}
对照组	43	74.51±6.59	72.45±4.17 ^a	70.48±5.47 ^{ab}	6.74±1.32	4.28±1.24 ^a	3.67±0.36 ^{ab}
<i>t</i>	/	0.035	3.331	2.490	0.103	3.398	30.372
<i>P</i>	/	0.972	0.001	0.015	0.918	0.001	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ ；与本组干预24h比较，^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组胃肠功能恢复时间比较

进食和腹胀缓解时间均明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组胃肠功能恢复时间比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	肛门排便时间 (h)	肛门排气时间 (h)	肠鸣音恢复时间 (h)	首次进食时间 (h)	腹胀缓解时间 (h)
观察组	43	27.64±4.06	17.64±2.15	12.76±1.25	26.04±4.49	28.17±4.56
对照组	43	37.18±4.14	24.78±2.64	18.83±1.36	33.34±5.08	39.87±4.68
<i>t</i>	/	10.789	13.752	21.548	7.061	11.742
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组腹胀程度和恶心呕吐比较

恶心呕吐发生率均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组腹胀程度和恶心呕吐比较[n(%)]

组别	例数	腹胀程度				恶心呕吐
		无腹胀	轻度	中度	重度	
观察组	43	40 (93.02)	2 (4.65)	1 (2.33)	0 (0.00)	3 (6.98)
对照组	43	19 (44.19)	10 (23.26)	8 (18.60)	6 (13.95)	12 (27.91)
χ^2	/	23.808	6.757	6.081	6.450	6.541
<i>P</i>	/	0.000	0.009	0.014	0.011	0.011

3 讨论

接受胃肠镜手术者，常伴有胃肠功能紊乱，分析病因主要有麻醉药物影响、腹部残留气体和手术创伤等。就正常胃肠功能而言，其受体液、化学、机械、神经等共同作用，从而发挥功能，一旦受到外界刺激，则会影响胃肠运动。接受外科手术后，会刺激胃肠道，阻碍其运动^[6]。术后早期，即术后4-24h，如MMC受阻，无胃肠运动，则叫做生理性肠麻痹，术后尽管肠蠕动慢慢好转，但节律异常，无法有效传送肠内容物，令其到达远端。接受腹腔镜手术者，探讨胃肠道障碍因素，包括受手术影响，致使肠麻痹增加，形成肠梗阻、肠粘连等，引发急性胃扩张^[7]。

实施胃肠镜手术者，多采取针对性疗法，例如补液、纠正酸碱失衡等，提供常规干预，尽早运动，调节身心健康。由于术后一定时间，不能饮水、进食，不可口服中药汤剂或者药片，故不可采用内治法。选择外治法，其具有独特性，优势显著，便于改善胃肠功能^[8]。

采取穴位贴敷，其属于传统外治法，选取相应穴位，选择适宜中草药，进行贴敷，药物可经由皮肤，渗透体内，产生作用。基于中医层面，将术后胃肠功能障碍纳入“肠痹”“腹胀”等范畴，经由中医实践，提出受麻醉药物、手术创伤等影响，机体正气受损，影响经络血脉，进而导致气血瘀结、脉络瘀阻等，干扰脏腑，导致其运化失司，阻碍肠道传导，导致胃肠功能障碍，进行干预时，要遵循行气通腑、活血化瘀等原则^[9]。进行穴位贴敷时，选择酒大黄，其能逐瘀通经、泄下攻积；采取枳实，具有破气消积作用；应用厚朴，能够温中益气，可以消除胸腹痞满，减轻胀痛；采取当归，可以通脉，具有活血化瘀效果；陈皮具有理气健脾作用，能改善食少吐泻、脘腹胀满等症状；青皮能起到消积化滞、疏肝破气等功效；生地黄可以养阴生津、解热消炎；槟榔能够行气消积^[10]。结合患者病情，选择相应穴位，其中神阙归入任脉，处于腹部正中，在下焦中属于枢纽，其和大小肠、胃部等接近，能和胃理肠、培元固本。无

论是上下巨虚,还是天枢,均纳为足阳明胃经,对于天枢穴,其处在腹部,位于前正中线附近,相距约2寸,可以清利湿热、理气止痛,起到活血散瘀功效,对于上局虚,其对应大肠诸穴,能调肠和胃,可用于胃肠病症,对于下巨虚,其对应小肠诸穴,能改善肠胃功能,起到安神志、通经络等作用。采取常规干预时,联合穴位贴敷,能改善胃肠功能,减轻腹胀,缓解恶心呕吐,能提升手术效果,加强整体疗效。实施中药贴敷,基于辨证论治、整体观念,选方,结合经络学说,选择特定穴位,进行药物贴敷,一方面可发挥药效,起到渗透吸收功效,另一方面可经由经络传导,起到刺激效果,从而产生整体叠加功效,进而改善脏腑作用,有效治病。基于现代医学,实施穴位贴敷,以皮肤为途径,起到药效,不会经由肝脏,产生“首过效应”,不会刺激胃肠道,观察药物浓度,也相对平稳,能防范峰谷现象^[1]。经由穴位贴敷,可加快胃肠功能好转,安全性高,便于操作。联用穴位贴敷,使用安全、便捷,患者依从性高,能改善预后。研究结果显示和对照组比,观察组的干预24、48h的腹围和VAS评分均更低($P < 0.05$),表示应用穴位贴敷,能减轻疼痛,缩小腹围。观察组的肛门排便、肛门排气、肠鸣音恢复、首次进食和腹腔缓解时间均更低($P < 0.05$),表明采取穴位贴敷,能加快康复进程,调节肠胃功能。观察组的无腹胀占比更高,轻中度腹胀和恶心呕吐发生率均更低($P < 0.05$),代表借助穴位贴敷,能减轻腹胀,预防恶心呕吐。说明实施腹腔镜胃肠手术者,采取穴位贴敷,便于改善胃肠表现,尽快恢复功能,保障手术效果。

综上所述,对于腹腔镜胃肠手术者,行穴位贴敷,能有效减轻腹痛、腹胀,可调节胃肠功能,具有推广价值。

参考文献

[1]陈亮亮,丁义侠,李学军,夏建国.参苓白术散联合穴

位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].吉林中医药,2024,44(7):817-822.

[2]刘晓楠,王富春.功能性便秘穴位疗法研究进展[J].国医论坛,2024,39(4):75-78.

[3]张建斌.穴位贴敷对胆囊切除术后胃肠功能恢复和睡眠质量的影响[J].中国中医药科技,2024,31(4):745-747.

[4]饶观萍,王春辉,陈庆斌.运用子午流注理论指导雷火灸及穴位贴敷治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的临床观察[J].医学理论与实践,2024,37(13):2219-2221.

[5]刘华锋,刘广斐.推拿联合穴位贴敷治疗小儿不全性肠梗阻的疗效观察[J].基层医学论坛,2024,28(19):142-144+148.

[6]王兰兰,吴凤菊,潘红威,何达,华锋凯,李雪梅.中药穴位贴敷联合肠道功能训练在老年慢性便秘中的应用[J].河北中医,2024,46(6):1004-1007+1012.

[7]邓晓丽,钱慧兰.穴位贴敷对剖宫产产妇术后排气功能及康复的影响[J].基层医学论坛,2024,28(18):147-149+156.

[8]石瑞梅.胸腰椎骨折内固定术后应用穴位贴敷联合穴位按摩临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(6):1217-1219.

[9]张慧,张娟.针刺联合穴位贴敷治疗中晚期食管癌疗效观察及对楔状组织中TGF- β 1/Smad信号通路的影响[J].新中医,2024,56(12):163-170.

[10]李胜楠,李亚,张茜雯,李丽,申智慧.针联合穴位贴敷治疗对胃肠道肿瘤化疗患者胃肠道反应及睡眠质量的影响[J].山西医药杂志,2024,53(12):899-903.

[11]唐莉,农建政,李鑫,闭尔奇,李振.穴位贴敷联合四磨汤加减在老年功能性便秘患者中的应用[J].中外医学研究,2024,22(18):105-109.