

- [2] 毛会娟,王卫芳,姚佳,等. 肝纤维化指标在乙型肝炎肝硬化及进展程度中的意义[J]. 中华医院感染学杂志,2021,31(17):2561-2565.
- [3] 时克,张群,黄云义,等. 抗肝纤维化治疗对乙型肝炎肝硬化患者发生肝癌的影响[J]. 中华肝脏病杂志,2021,29(7):685-689.
- [4] Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary epidemiology of chronic liver disease and cirrhosis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2020,18(12):2650-2666.
- [5] Lin CL, Tseng KC, Chen KY, et al. Factors predicting outcomes of hepatitis B-related cirrhosis patients with long-term antiviral therapy[J]. J Formos Med Assoc,2020,119(10):1483-1489.
- [6] 中华医学会感染病学分会,中华医学会肝病学分会,北京大学第一医院感染疾病科肝病中心,等. 慢性乙型肝炎防治指南(2019年版)[J]. 中国病毒病杂志,2020,10(1):1-25.
- [7] 北京大学第一医院感染疾病科. 肝硬化诊治指南[J]. 中华肝脏病杂志,2019(11):846-865.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合消化杂志,2011,19(4):277-279.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:143-150.
- [10] 刘芷希,汪业胜,王伟炳. 中国1990-2017年乙型肝炎疫情的变化趋势研究[J]. 中华流行病学杂志,2021,42(4):613-619.
- [11] 安宏亮,江海燕,伍华林. HBsAg水平对慢性乙型病毒性肝炎肝纤维化病变的诊断价值[J]. 广东医学,2014,35(13):2090-2092.
- [12] 王宁,冷丽,吕金娥. 乙型肝炎病毒感染医院流行病学调查[J]. 实验与检验医学,2017,35(5):797-799.
- [13] 靳祥堂. 无症状乙肝表面抗原携带者血清流行病学调查报告[J]. 中国冶金工业医学杂志,2001,18(1):23-24.
- [14] 鞠连合,王秀华,付景洲,等. 400例肝炎后肝硬化患者的流行病学和临床特点分析[J]. 中国继续医学教育,2015,7(31):36-37.

(修回日期:2022-07-17)

揞针联合中药热奄包治疗妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍的疗效观察

吕丹,钱苗红,黄月颖,黄群

(宁波市妇女儿童医院·浙江宁波315010)

腹腔镜手术因具有创伤小、对腹腔内脏器影响小、术后恢复快等特点,逐渐成为临床上子宫肌瘤、卵巢囊肿等妇科疾病手术的首选方法^[1]。然而,尽管腹腔镜在操作技术、术后康复等方面具有明显的优势,但由于术前肠道准备、术中

气腹形成、麻醉药物的使用、患者的紧张焦虑等心理、术后腹腔引流管留置等原因可引起患者胃肠功能障碍,常见症状如术后腹痛、腹胀、恶心呕吐、排气排便异常、术后食欲减退等^[2],严重影响患者术后康复^[3]。因此,采取有效措施防治妇科腹腔镜手术引起的胃肠功能障碍十分必要。目前,临床上西医药对于该病的治疗主要采取促进胃肠动力、调节肠道菌群、灌肠等对症治疗^[4],取得了一定的疗效。近年来中医药防治术后胃肠功能障碍的研究受到原来越多的关注,尤其是中医外治法包括中药贴敷、灌肠、耳压、针刺、足浴等因具有简、便、验、廉的特点受到患者及家属的青睐,具有良好的应用前景^[5]。本文观察了揞针联合中药热奄包热敷治疗妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍的临床疗效,以期为促进术后胃肠功能恢复提供更为有效的治疗手段。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选取2019年7月—2020年6月本院妇科行腹腔镜手术的患者160例,按照随机数字表法将患者随机分为对照组(西医常规+揞针)和观察组(西医常规+揞针+中药热奄包热敷),每组80例。对照组患者年龄25~57岁,平均年龄(46.3±3.7)岁;体质指数(BMI):17.8~27.3 kg/m²,平均(22.7±2.8) kg/m²;手术时间53~193 min,平均(98.3±8.1) min;术中出血量57~286 mL,平均(112.8±12.7) mL;子宫肌瘤23例、卵巢囊肿21例、宫外孕24例、其他12例。观察组年龄26~58岁,平均年龄(45.7±4.1)岁, BMI:17.4~26.8 kg/m²,平均(21.9±2.6) kg/m²;手术时间64~208 min,平均(94.7±7.5) min;术中出血量53~259 mL,平均(118.4±11.6) mL;子宫肌瘤者22例、卵巢囊肿者20例、宫外孕者21例、其他17例。两组患者上述一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 1)参考《妇科腹腔镜诊治规范》^[6]和《术后胃肠功能障碍防治专家共识》^[7]诊断为子宫肌瘤、卵巢囊肿、宫外孕等妇科疾病并行腹腔镜手术治疗、术后出现胃肠功能障碍者;2)20岁≤年龄≤60岁;3)临床资料完整者;4)患者及家属对本治疗方案知情并签署同意书。

1.3 排除标准 1)不符合上述纳入标准者;2)合并有腹腔、盆腔脏器恶性肿瘤者;3)既往有溃疡性结肠炎、克罗恩病、肠结核等消化系统疾病者;4)揞针、中药热奄包治疗部位皮肤有溃疡、感染、严重瘢痕者;5)术后手术伤口感染、病情不平稳,需要进一步支持治疗者;6)既往有生殖系统、消化系统等手术史者;7)合并有严重原发基础病患者。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者术后均给予生命体征检测、防治水电解质平衡紊乱、预防感染、保护胃黏膜、伤口清洁换药、根据麻醉情况禁食水并待患者通气后逐步由半流质饮食过渡到普食、评估出入量等对症治疗,嘱患者放松心情,注意健康饮食,指导患者早期下地活动。两组患者根据术后具体情况给予镇痛、促进胃肠动力、调节肠道菌群、灌肠等西医对症治疗。对照组给予揞针治疗;取穴天枢(双侧)、大横(双侧)、大肠俞(双侧)、足三里(双侧),75%酒精进行穴位皮肤常规消毒;取揞针(清铃牌,四川源泉医疗器械有限公司,

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2019ZB115)

通讯作者:黄群,E-mail:2622061765@qq.com

规格:0.2 mm × 1.2 mm) 将其直接刺入患者穴位, 按压粘附固定, 埋针 2~3 d, 每日嘱患者按揉各穴位揞针 3~5 次, 每次约 10 min, 以出现轻度胀痛为度。观察组行揞针治疗, 并于术后第 1 天给予中药热奄包治疗; 取生大黄 15 g, 炒莱菔子 10 g, 厚朴 10 g, 炒枳壳 10 g, 赤芍 10 g, 桃仁 10 g, 乌药 10 g, 甘草 9 g, 白芥子 9 g, 大青盐 50 g, 研磨成粉混合后装入 15 cm × 20 cm 的棉麻布袋, 制成中药热奄包; 患者取仰卧位, 微波炉加热热奄包至 60~70 °C, 使用前温度降至患者可耐受温度后置于患者中脘穴处, 2 次/天, 每次 20 min, 连续治疗 5 d 后评估治疗效果。

2.2 疗效标准 治疗 5 d 后腹痛腹胀、恶心呕吐等症状完全消失为痊愈; 治疗 5 d 后腹痛腹胀、恶心呕吐等症状明显减轻为显效; 治疗 5 d 后腹痛腹胀、恶心呕吐等症状有所减轻为有效; 治疗 5 d 后腹痛腹胀、恶心呕吐等症状未减轻或加重为无效。

2.3 观察指标

2.3.1 术后肠功能障碍恢复时间 两组患者于术后观察并记录肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间。

2.3.2 术后胃肠功能障碍评分(POGD) 两组患者于治疗前后参考《术后胃肠功能障碍防治专家共识》^[7] 评价 POGD, 根据患者的情况将症状从无到重评为 I 级、II 级、III 级、IV 级, 分别对应记为 0、1、2、3 分。

2.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内和组间比较采用 *t* 检验; 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗 5 d 后 2 组患者疗效比较 见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	80	12(15.0)	19(23.8)	31(38.6)	18(22.5)	62(77.5)
观察组	80	17(21.3)	21(26.3)	35(43.8)	7(8.8)	73(91.3) [#]

注:与对照组比较, # $P < 0.05$

3.2 2 组患者胃肠功能恢复时间比较 见表 2。

表 2 2 组患者胃肠功能恢复时间比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间	首次排气时间	首次排便时间
对照组	80	23.37 ± 2.46	26.74 ± 2.75	32.63 ± 3.18
观察组	80	15.84 ± 1.92 [#]	18.28 ± 2.14 [#]	22.26 ± 2.52 [#]

注:与对照组比较, # $P < 0.05$

3.3 治疗前和治疗 5 d 后 2 组患者 POGD 评分比较 结果见表 3。

表 3 治疗前和治疗 5 d 后 2 组患者 POGD 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗 5 d
对照组	80	2.49 ± 0.61	1.27 ± 0.54 [*]
观察组	80	2.45 ± 0.57	0.64 ± 0.26 ^{#*}

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$

4 讨论

随着社会的进步和生活水平的提高, 女性对自身健康认识程度不断提升, 影像学技术的发展使各种妇科疾病的诊断

率进一步提高, 需要行手术治疗的妇科疾病患者越来越多^[8]。由于腹腔镜具有明显的优势目前普遍用于妇科相关疾病的治疗, 但是因腹腔镜器械本身、手术技术、患者自身因素等在术后常伴有不同程度的胃肠道功能障碍^[9]。流行病学调查显示, 妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍发生率为 9.2%^[10], 其中术后腹痛的发生率为 28%~39%、恶心呕吐发生率为 20%~37%^[11]、腹胀的发生率为 81.7%^[12]。腹腔镜术后胃肠功能障碍严重影响了患者的术后康复及患者对手术的满意度, 积极有效地进行早期干预防治, 对患者术后的康复具有重要的意义。

妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍中医学属于“肠结”“腹痛”“肠痹”等范畴, 由于腹腔镜术中麻醉药物的应用、手术器械操作过程中对腹腔脏器尤其是胃肠道的牵拉触碰等刺激、手术切口及手术切除病灶造成的创伤、围手术期禁食水、患者对手术的恐惧心理等诸多原因损耗气血, 影响气机升降, 引起脾胃运化失常、肠腑传导功能失职, 气机不畅、瘀血阻滞, 影响水谷传化, 气机阻滞则腹胀, 气滞不通, 不通则腹痛, 胃失和降, 胃气上逆则恶心呕吐。本病病位在胃肠, 与脾、肝功能密切相关, 治宜理气通腑^[13]。揞针属于皮内针, 是由中医毛刺和留针发展而来, 通过长时间刺激, 达到调和气血、平衡阴阳的效果。选穴天枢穴, 属足阳明胃经穴, 大肠之募穴, 可理气止痛、活血散瘀, 治疗腹痛、腹胀、便秘、腹泻等症; 大横穴属足太阴脾经穴, 为足太阴、阴维之会, 能够运脾化湿, 调理胃肠, 主治便秘、腹痛等症; 大肠俞可理气降逆、调和肠胃, 主治腹痛、腹胀、泄泻、便秘等症; 足三里调理脾胃、补中益气、通经活络, 主治消化系统诸症; 诸药合用通过揞针对穴位的持续刺激, 将针感传至脏腑, 以理气健脾、通调肠胃。热奄包中大黄泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、逐瘀生新; 炒莱菔子消食除胀、降气化痰; 厚朴燥湿消痰、下气除满; 炒枳壳宽中除胀, 赤芍清热凉血、活血祛瘀; 桃仁活血祛瘀、润肠通便; 乌药行气散滞止痛; 甘草补脾益气、缓急止痛、调和诸药; 白芥子利气散结、通络止痛, 可促进药物透皮吸收; 大青盐可作为媒介将通过温热效应将药效传入病所; 透过中脘穴以除胀止痛、和胃止呕、降逆利气。

本文结果显示, 治疗 5 d 后两组患者 POGD 评分均降低 ($P < 0.05$), 观察组降低更明显 ($P < 0.05$)。治疗后观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间均明显短于对照组 ($P < 0.05$)。可见揞针、中药热奄包热敷中脘穴联合西医药治疗妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍有助于促进胃肠功能尽早恢复。

参考文献

[1] 方庭枫, 胡琦玥, 朱玉叶, 等. 评估妇科良性疾病腹腔镜术前机械性肠道准备的必要性[J]. 中国妇产科临床杂志, 2021, 22(6): 593-596.
 [2] 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.
 [3] 乔秀华, 倪丽. 妇产科手术后胃肠功能紊乱的治疗方法探究[J]. 中国保健营养, 2021, 31(20): 87.
 [4] Chen JW, Tian L, Zhang L, et al. Nalbuphine on postoperative gas-

trointestinal tract dysfunction after laparoscopic surgery for gynaecological malignancies: A randomized controlled trial[J]. Clin Exp Pharmacol Physiol, 2021, 48(2): 170-176.

[5] 罗云, 郭铁, 朱长康, 等. 中医外治法对腹部手术患者术后胃肠功能加速康复的研究进展[J]. 河北中医, 2021, 43(5): 871-875.

[6] 中华医学会妇产科学分会妇科内镜学组. 妇科腹腔镜诊治规范[J]. 中华妇产科杂志, 2012, 47(9): 716-718.

[7] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组, 首都医科大学附属北京友谊医院普外科. 术后胃肠功能障碍防治专家共识[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2021, 42(11): 1133-1142.

[8] Turkyay U, Yavuz A, Hortu I, et al. The impact of chewing gum on postoperative bowel activity and postoperative pain after total laparoscopic hysterectomy[J]. J Obstet Gynaecol, 2020, 40(5): 705-709.

[9] Grady P, Clark N, Lenahan J, et al. Effect of intraoperative intravenous lidocaine on postoperative pain and return of bowel function after laparoscopic abdominal gynecologic procedures[J]. AANA J, 2012, 80(4): 282-288.

[10] 李振略, 赵秉诚, 刘卫锋, 等. 子宫切除术后肠麻痹的发生率及危险因素[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2018, 39(12): 1128-1133.

[11] 冯秀丽, 王志启, 张春芳, 等. 妇科手术后肠梗阻的危险因素分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2015, 16(1): 33-36.

[12] Cruthirds D, Sims PJ, Louis PJ. Review and recommendations for the prevention, management, and treatment of postoperative and postdischarge nausea and vomiting[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2013, 115(5): 601-611.

[13] 王群慧. 中药穴位贴在促进妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复及提高护理满意度中的作用[J]. 中国当代医药, 2019, 26(16): 244-246.

(修回日期: 2022-08-06)

针刺联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合症的疗效观察

旷咏梅, 王娟娟, 曹云刚, 黄建梅

(温州医科大学附属第二医院, 温州医科大学
育英儿童医院神经内科·浙江 温州 325000)

肩手综合征(SHS)是脑卒中患者的常见并发症,好发于发病后1~3个月^[1],早期主要表现为肩、手、腕部关节肿胀、疼痛,关节活动受限,晚期则出现皮肤和肌肉萎缩^[2]。近年来随着脑卒中患者发病率的逐年上升,肩手综合征的发病率亦呈现逐年上升趋势,严重影响患者的生活质量^[3]。目前临床治疗包括康复、药物以及手术等,虽有一定临床疗效,但总体疗效欠理想。研究显示针刺治疗中风后肩手综合征疗效显著,能够缓解患者肌肉痉挛,降低末梢神经的兴奋性,加强血液循环,缓解疼痛,提高生活质量^[4]。笔者运用针刺联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征患者,现将观察结果报

道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2018年7月—2020年9月接收治疗的94例脑卒中后肩手综合征患者,采用随机数表法分为对照组(康复训练)与观察组(针刺+康复训练);对照组47例,男29例,女18例;平均年龄(61.53±7.64)岁;平均病程(28.63±5.43)d;病变性质:脑梗死40例,脑出血7例;病变部位:左侧27例,右侧20例。观察组47例,男28例,女19例;平均年龄(60.64±7.28)岁;平均病程(28.33±5.73)d;病变性质:脑梗死38例,脑出血9例;病变部位:左侧25例,右侧22例。2组患者一般资料具有均衡性($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 1)符合中风后肩手综合征中西医诊断标准^[5-6],分期为I期^[7];2)首次中风,病程≤半年;3)年龄20~75岁,性别不限;4)生命体征平稳、能配合完成动作;5)家属知情同意并签署相关文件。

1.3 排除标准 1)合并严重心、肝、肾等基础疾病;2)伴有严重认知障碍、言语障碍、患侧忽略、无法配合治疗者;3)有局部溃疡、凝血功能障碍等针刺禁忌症者;4)由其他原因引起的肩部、手部疾病者。

2 方法

2.1 治疗方法 2组患者均给予吸氧、降压、降糖、调脂、扩张血管、营养神经等基础治疗^[5]。对照组患者给予康复训练治疗。①肢体摆放:指导患者进行正确的肢体摆放,使各关节尽量保持伸展状态,避免脱垂、受压;②被动运动:康复医师对患者实施肩关节(旋转及伸展运动)运动,按摩肘关节及肩关节肌肉,肩肘腕关节进行多方向的运动;③主动运动:康复医师指导并协助患者进行患肢外展、上举、旋转、前伸、后伸、双手交叉上举等运动,并叮嘱患者自主练习,1次/天,时间以50 min为宜。观察组进行上述康复训练并给予针刺治疗,具体腧穴定位和针刺操作方法均参照《针灸学》中关于“中风”的针灸治疗^[8]。取穴:患侧合谷、外关穴、手三里、曲池、尺泽、臂臑、肩髃、肩贞、天宗;操作:选择患者舒适体位,常规消毒后选用一次性无菌针灸针(0.30 mm×40 mm),诸穴均常规针刺,针刺得气后行提插捻转平补平泻法,每次30 min,1次/天,5次/周,连续治疗3周。

2.2 疗效标准 参照《偏瘫的现代评价与治疗》^[9]中相关标准,具体分为4级(治愈、显效、有效、无效)。

2.3 观察指标 1)疼痛评分(VAS评分):2组患者分别于治疗前后采用VAS评分量表^[10]评估患者疼痛程度,按疼痛程度计0~10分,评分越高症状越严重。2)肩手综合征评估量表(SHSS)评分:2组患者分别于治疗前后采用SHSS评分量表^[7]评估患者临床症状,具体包括痛觉、自主神经、运动等,总分14分,评分越高表示SHS临床症状越严重。3)Fugl-Meyer 上肢运动功能(FMA-UE)评分:2组患者分别于治疗前后采用FMA-UE评分量表^[11]评估患者上肢运动功能,总分为66分,评分越高表示上肢运动功能越好。4)改良 Barthel 指数(MBI)评分:采用 MBI 评分量表^[12]评估患者的日常生活自理能力,总分100分,评分越高表示患者的日常