

芒硝外敷神阙穴治疗妇科腹腔镜术后患者非切口疼痛 66 例临床观察

江雯波

(南京中医药大学附属昆山市中医医院,江苏昆山 215300)

摘要 目的:探讨芒硝外敷神阙穴治疗妇科腹腔镜术后患者非切口疼痛的临床疗效。方法:随机选取妇科腹腔镜卵巢囊肿剥除术患者 130 例,分为治疗组(66 例)、对照组(64 例)。所有患者行全麻术后常规护理。治疗组以芒硝外敷神阙穴。观察各组患者的疼痛缓解情况。结果:治疗组妇科腹腔镜术后非切口疼痛的缓解效果优于对照组。结论:妇科腹腔镜术后采用芒硝外敷神阙穴对缓解术后非切口疼痛有良好效果。

关键词 腹腔镜术后 疼痛 神阙穴 芒硝 外敷

中图分类号 R713.605 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)11-0054-02

随着外科微创手术和内镜技术的快速发展,腹腔镜已广泛应用于妇科疾病的诊治过程中。但是 CO₂ 气腹造成对腹腔脏器和腹壁的牵拉,往往使患者术后出现肩部疼痛和膈肌、腹部胀痛,这类非切口术后疼痛甚至超过了切口疼痛,有文献称之为“腹腔镜术后疼痛综合征”^[1]。近年来,我院采用芒硝外敷神阙穴治疗妇科腹腔镜术后患者非切口疼痛,取得了满

意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

选择 2010 年 10 月~2012 年 10 月在本院妇科择期腹腔镜手术住院患者 130 例,按美国麻醉医师协会健康分级(ASA)为 I-II 级,术前无心、肺、肝、肾疾患,无颈、肩、上肢疼痛史,无服用麻醉性镇痛药史。按随机数字表法分为治疗组 66 例和对照

由于椎间盘随年龄的增长而脱水,以及椎间盘经常受到来自各方面的挤压、牵拉和扭转使其发生萎缩、弹性减弱等退变,致使纤维环纤维磨损,在受凉或外伤(特别是旋转性外伤)刺激下造成纤维环部分或全部撕裂,髓核脱离正常位置,形成本病。本病类型繁多,其中以后突型多见,而且髓核向后突出可压迫脊神经根或马尾神经和周围组织,引起支配肢体麻木和功能障碍,同时神经和组织受压后可放出含糖蛋白类物质、组织胺等化学物质,引起无菌炎症,导致渗出粘连、组织增生等造成坐骨神经痛。

手法治疗腰突症,主要适用于后突型腰突症。推拿手法中对抗牵引,可通过拉力作用使脊柱椎间盘增宽、扩大椎间孔和神经根管,减轻椎间盘的受压,产生椎间隙内负压,使后纵韧带拉紧,利用纤维环外层及后纵韧带的张力与内负压而产生的吸力,创造突出物回纳或移位的有利条件,同时为下一步手法作准备。压痛点常常是椎间盘突出部位所在,按压压痛点可直接刺激突出物使其移位或回纳。腰髋引伸的同时用拇指按压椎旁压痛点,可以使椎间隙前宽后窄,下肢后抬并作椭圆形摆动,能增宽椎间隙,再加上后面的按压力量,使粘连的突出物与其周围组织分离,有松解粘连之效。屈膝屈髋按压法和直腿抬高法可以松解神经的粘连,因直腿抬高可牵拉神经使之在椎管内移动。据研究证明,当直腿抬高 30° 时可使神经根在椎管之中稍有移动,而抬高到 90° 时神经根在椎管内可移动 3~5mm。膝髋屈曲按压法也是同样的道理。而直腿抬高后垂足跟,则是通过下肢将力传递到腰痛部位,当疼痛处受到力

的刺激后,可收活血止痛之功,同时也有利于小关节错缝或半脱位的复位。腰部扳法能使上下椎体互相旋转扭错,在扭错时,可借用突出椎间盘本身的弹性带回原位或变小,并能扩大神经根管,从而改变突出的髓核压迫神经根的位置和粘连关系,也可达到分离粘连作用。同时使因发病后腰部生理曲度改变,如小关节紊乱得以纠正。牵引抖腰法牵拉可拉开椎间隙,抖腰时力通过下肢传递至腰部,可松解粘连,解除肌肉痉挛和滑膜嵌顿,加速血液循环,促进炎症和水肿的吸收。

电针是治疗腰椎间盘突出症重要方法之一,不但可疏通经络,活血止痛,促使受压神经根周围炎症水肿的消退,还可提高中枢性 5-羟色胺、乙酰胆碱等神经递质及血中啡类物质的含量,而直接镇痛。电针连续波可使肌肉松弛,调节血管的舒缩功能,促进血液循环,改善神经肌肉的营养状态,促使炎症消散,渗出吸收,粘连松解,恢复神经肌肉功能,加强了中枢对痛刺激传入兴奋的抑制,提高痛阈,起到镇静止痛的效果。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994
- [2] 夏治平,吉传旺.实用临床针灸治疗学.上海:复旦大学出版社,2003:583

第一作者:金鑫(1962-),男,本科学历,主治医师,针灸推拿学专业。ym2008jessie@163.com

收稿日期:2014-04-25

编辑:华由王沁凯

组 64 例,全部病例均签署知情同意书。手术均为卵巢囊肿剔除术。2 组患者平均年龄、体重、术中 CO₂ 气腹压力、术中出血、手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 治疗组、对照组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	术中 CO ₂ 压力(cmH ₂ O)	体重(kg)	手术时间(min)	出血(mL)
治疗组	66	31.9±5.0	12.4±3.5	54.4±5.7	113.4±10.2	46.9±9.6
对照组	64	32.7±5.9	12.4±3.1	53.5±6.0	129.3±10.4	47.7±8.9

2 治疗方法

2 组患者手术切口均采用脐部、左下腹和右下腹 3 切口,手术均在全身麻醉下进行,患者取 30°头低臀高仰卧位,常规以气腹针刺刺后向腹腔内充入 CO₂ 气体形成气腹,使腹压达到 12~14cmH₂O。手术结束后,尽可能排出腹腔 CO₂,吸出腹腔中积血,手术结束即停用麻醉药,所有患者术后均不使用任何镇痛药物,患者手术完毕返回病房后,按全麻术后常规护理。

治疗组采用术后芒硝外敷神阙穴:取 10cm×10cm 棉布袋,将芒硝 150g 均匀放于袋中,厚约 2cm,外敷于神阙穴(脐窝部),用 3M 胶布固定,防止滑脱。术后 1h 开始使用,1d 更换 1~2 次,不慎滑脱及时更换,连用 3d。

3 疗效观察

3.1 疼痛评价方法 对术后 72h 内患者非切口疼痛症状(主要表现为肩背痛、胸肋胀痛)发生率及严重程度采用视觉模拟评分(VAS),以患者静卧时的疼痛程度为准,如果同时出现多处疼痛则按最剧烈处计算,分别记录术后疼痛的情况。1~3 分为轻度,4~6 分为中度,7~10 分为重度。

3.2 统计学方法 使用 SPSS13.0 软件进行处理,计量资料使用 t 检验,计数资料使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果 全部患者术后均对手术开始和气腹过程无记忆,术中 VAS 评分为 0 分。经统计学处理,治疗组术后非切口疼痛程度和发生率均低于对照组($P<0.05$,见表 2),疼痛持续时间亦较对照组短($P<0.05$,见表 3)。

表 2 治疗组、对照组术后患者非切口疼痛程度和发生率比较 例(%)

组别	例数	轻度	中度	重度	发生率(%)
治疗组	66	2(3.03)	6(9.09)	0(0.00)	12.12
对照组	64	5(7.81)	10(15.63)	5(7.81)	31.25

表 3 治疗组、对照组术后患者非切口疼痛持续时间比较 例(%)

组别	例数	<12h	12~24h	24~48h	48~72h
治疗组	66	1(1.52)	5(7.58)	2(3.03)	0(0.00)
对照组	64	3(4.69)	9(14.06)	6(9.38)	2(3.13)

4 讨论

腹腔镜是在 CO₂ 人工气腹的条件下进行操作的手术,腹腔内残余的 CO₂ 是导致术后肩痛的最主要原因^[2]。术后残留在腹腔中的 CO₂ 聚积在膈下,CO₂ 气体在水分作用下转变为碳酸,对膈神经产生刺激^[3]。也有研究认为,术中高压气腹使膈肌上抬,膈下穹窿扩张,致使膈肌纤维受到牵拉,分布于膈肌中央部腹膜上的膈神经因而受到刺激,产生反射性肩部疼痛^[4]。腹腔镜手术体位也是引起术后肩痛的重要因素之一^[5-6],

可能的机制是,腹腔镜手术中采取头低臀高位导致腹腔内液体(血性液体、腹腔渗液、漏出液、冲洗液等)聚积于腹部刺激膈肌及膈神经,引起肩部反射痛。

中医学理论认为,人工气腹的形成是因腹腔短时间内注入大量气体,人为导致脏腑及中下焦气机阻滞。在不能自动加温的情况下,CO₂ 为冷气,寒主收引,凝滞经脉,血行不畅,不通则痛。术中人为导致气机阻滞中焦,气滞湿阻,脏腑升降失常,脾胃失和,胃气不降,因而出现术后肩背及中上腹部胀痛、恶心、呕吐等诸多并发症。

芒硝又名朴硝,主要成分为结晶硫酸钠,性味辛、咸、苦、寒,无毒,归胃、大肠、三焦经,内服有润燥软坚、泻热通便之功,外用具有散结消肿、通降腑气之效^[7-8]。中医学认为,神阙穴是气机升降出入的总枢^[9],通过任、督、冲、带四脉经气相通,阴阳相济,调节各脏腑、经络的正常生理活动。若各部气血阴阳发生病理改变,则通过刺激神阙穴调整任、督、冲、带四脉的功能,可达到“阴平阳秘”的治疗目的。脐窝在胚胎发育过程中为腹壁的最后闭合处,表皮层最薄,且脐下无脂肪组织,皮肤筋膜直接相连,故敏感度高,渗透性强,通过速度快^[10]。利用脐部的特殊生理结构,芒硝敷脐能达到透理之中,融于津液之中,刺激使血管扩张,血液循环加快,活化细胞,活跃神经,改善微循环,改善胃肠功能,促进胃肠蠕动,从而大大降低了妇科腹腔镜术后患者非切口疼痛的发生率及疼痛持续时间,使患者更早更快地恢复健康。

5 参考文献

- [1] Pier A, Benedic M, Mann B, et al. Postlaparoscopic pain syndrome of a prospective randomized study. *Chirurg*, 1994, 65(3): 200
- [2] Catheline JM, Capelluto E, Gaillard JL, et al. Thromboembolism prophylaxis and incidence of thromboembolic complications after laparoscopic surgery. *Int J Surg Invest*, 2000, 2(1): 41
- [3] 裘法祖, 邹声泉, 主编. 实用腹腔镜外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 166
- [4] Nandate K, Ogata M, Nishimura M, et al. The difference between intramural and arterial partial pressure of carbon dioxide increases significantly during laparoscopic cholecystectomy: the effect of thoracic epidural anesthesia. *Anesth Analg*, 2003, 97: 1818
- [5] 王涛, 赵晶, 董薪. 体位和气腹压力对腹腔镜术后肩痛的影响. *中华现代护理杂志*, 2008, 14(8): 961
- [6] 李全福, 马会敏. 腹腔镜手术体位与术后肩痛的相关性研究. *腹腔镜外科杂志*, 2003, 8(4): 227
- [7] 周永学, 王倩, 张薇军. 芒硝的临床运用与药理研究. *陕西中医学院学报*, 2007, 30(1): 54
- [8] 江苏新医学院. 中药大辞典. 上海: 上海人民出版社, 1975: 836
- [9] 何巍, 李凤玲, 李茜. 神阙灸治法临床研究进展. *中国中医药信息杂志*, 2008, 15(1): 103
- [10] 戴美友, 孔令多. 神阙穴针刺的研究与治疗进展. *针灸研究*, 2000, 25(4): 305

第一作者: 江雯波(1974-), 女, 本科学历, 副主任医师, 妇产科学专业。jwbbwj_cn1@163.com

收稿日期: 2014-05-09

编辑: 华由 王沁凯