

不同时间术前电针对妇科开腹手术患者术后早期恢复质量的影响

——附 30 例临床资料

李 莎 杨 光 王晓秋 郑 曼 季淑娟

(南京中医药大学附属医院麻醉科, 江苏南京 210029)

摘 要 目的:观察不同时间术前电针对妇科开腹手术患者术后早期恢复质量的影响。方法:选择择期行妇科开腹手术的患者 90 例,随机分为术前 1d 电针组(治疗组)、术前 0.5h 电针组(对照 1 组)和空白对照 2 组,每组 30 例。治疗组术前 1d 予穴位电针治疗,对照 1 组术前 0.5h 予穴位电针治疗,对照 2 组不予干预。分别于术前 1d、术后 24h 和术后 48h 时采用 15 项术后恢复质量问卷调查表(QoR-15)综合评价 3 组患者术后恢复质量情况,并比较 3 组患者术后首次通气时间、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分及恶心呕吐的发生情况。结果:治疗组术后 24h、48h QoR-15 量表总评分均明显高于对照 1 组和对照 2 组($P<0.05$);对照 1 组术后 24h QoR-15 量表总评分明显高于对照 2 组($P<0.05$)。治疗组术后首次通气时间及恶心呕吐发生率均明显优于对照 1 组及对照 2 组($P<0.05$)。治疗组术后 24h VAS 评分明显低于对照 1 组和对照 2 组($P<0.05$),且对照 1 组评分明显低于对照 2 组($P<0.05$)。结论:术前 1 天应用穴位电针治疗可提高妇科开腹手术患者术后早期恢复质量,缩短术后首次通气时间,减轻术后早期疼痛程度,减少术后恶心呕吐的发生,值得临床推广。

关键词 术前电针;妇科开腹手术;术后并发症

中图分类号 R713.105 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 12-0065-03

目前腹腔镜技术应用于妇科手术已广泛普及,但对于巨大卵巢囊肿或巨大子宫肌瘤、疑有盆腔粘连及手术难度大等患者,开腹手术常为首选手术方式。开腹手术带来的应激反应、术后的切口疼痛及术后恶心呕吐(PONV)等的发生,常影响患者的术后早期恢复。一项系统性回顾研究显示,术后患者疼痛发生率为 42%^[1]。PONV 是全麻术后最常见的并发症之一,在特殊部位外科手术且存在 PONV 高危因素患者中的发生率更是高达 70%~80%^[2]。研究发现针刺可有效改善妇科腹腔镜手术患者的术后早期恢复质量^[3],但关于术前 1d 电针对妇科开腹手术患者术后早期恢复质量的影响目前相关报道鲜少。本研究观察了术前 1d 电针治疗对妇科开腹手术患者术后早期恢复质量的影响,并与术前 0.5h 电针治疗及无相关治疗做对照,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 11 月至 2018 年 6 月在我院择期行经腹子宫肌瘤剔除术、卵巢囊肿剥离成形术、全子宫切除术的患者 90 例,采用随机数字

表法分为术前 1d 电针组(治疗组)、术前 0.5h 电针组(对照 1 组)及空白对照 2 组,每组 30 例。此研究方案已获本院伦理委员会批准(2016NL-019-02)。治疗组平均年龄(36.75 ± 9.18)岁;平均体重指数(BMI)(24.78 ± 2.65) kg/m²;其中美国麻醉医师协会(ASA)分级 I 级 14 例,II 级 16 例。对照 1 组平均年龄(37.26 ± 8.83)岁;平均 BMI (24.71 ± 2.98) kg/m²;其中 ASA I 级 15 例,II 级 15 例。对照 2 组平均年龄(36.96 ± 9.05)岁;平均 BMI (24.80 ± 2.60) kg/m²;其中 ASA I 级 16 例,II 级 14 例。3 组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 子宫肌瘤、卵巢囊肿的诊断标准参考《妇产科学》^[4]中相关标准拟定。分级标准参考《临床麻醉学》^[5]中 ASA 的分级标准。

1.3 纳入标准 年龄 18~50 岁;ASA I~III 级;签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并精神障碍者;对针灸治疗反感,依从性差者;失语、视听障碍者;体内置入起搏器等电子设备者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 术前1d(术前24h内)在病房对患者进行电针治疗。穴位选择:内关、足三里、合谷、血海。具体操作:内关、合谷直刺进针20~25mm,足三里、血海直刺进针30~35mm,行捻转平补平泻手法,得气后,不再行手法刺激,予电针刺激。电针选用XS-998B型低频脉冲电针治疗仪(南京小松医疗仪器研究所),疏密波型,电流脉冲频率2Hz、10Hz、50Hz、100Hz周期性自动变化,持续30min。

2.2 对照1组 术前0.5h在麻醉准备间对患者进行电针治疗。具体取穴及电针刺激方法同治疗组。

2.3 对照2组 无相关干预。

3组患者均采用静吸复合全身麻醉完成开腹手术,并进行统一的预防PONV方案及术后统一镇痛方案。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 术后早期恢复质量 采用15项术后恢复质量问卷调查表(QoR-15)记录3组患者术前1d、术后24h和术后48h 3个时间点的质量评分。QoR-15量表包括身体舒适度、情绪、生理独立性、心理支持、疼痛和术后恶心呕吐等方面,共包含15个项目,每项以0~10分进行评分,取分数总和为最终评估标准^[6]。总分越高,表明术后恢复质量越高。

3.1.2 术后疼痛评分 术后24h采用视觉模拟评分法(VAS)对3组患者疼痛程度进行评分,0分表示无痛,10分表示剧痛。

3.1.3 术后首次通气时间 记录3组患者术后首次通气时间。

3.1.4 PONV发生率 记录3组患者术后24h内发生恶心呕吐的人数,计算PONV发生率。

3.2 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行数据处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析,组内比较采用重复测量设计的方差分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 3组患者各时间点QoR-15量表总评分比较 见表1。

组别	例数	术前1d	术后24h	术后48h
治疗组	30	145.53±2.52	113.65±6.78 [#]	124.80±8.71 [#]
对照1组	30	145.31±2.58	99.73±6.52 [*]	103.19±7.06
对照2组	30	144.96±2.09	90.80±6.64	98.64±6.23

注: *与对照2组比较, $P < 0.05$; #与对照1组比较, $P < 0.05$ 。

3.3.2 3组患者术后首次通气时间、VAS评分及PONV发生率比较 见表2。

组别	例数	术后首次通气时间(h)	VAS评分(分)	PONV发生率(%)
治疗组	30	20.58±5.38 [#]	1.62±0.73 [#]	33.3 [#]
对照1组	30	28.98±6.34	2.32±0.49 [*]	50.0
对照2组	30	30.72±6.18	2.80±0.67	70.0

注: *与对照2组比较, $P < 0.05$; #与对照1组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

在妇科手术中,子宫肌瘤、盆腔包块、卵巢囊肿等是主要的手术适应症,属中医学“癥瘕”范畴。患者由于手术后脏腑、经络受损,气机逆乱,加之脾胃虚弱,运化乏力致肝胃失和,升降失司,出现疼痛、呕吐、腹胀等症状,治宜疏肝理气,和胃降逆,佐以健脾化痰,活血祛瘀。针刺可通过一个复杂的生理性调整过程对机体产生影响。根据“经络所过,主治所及”的理论,本研究电针所选穴位中,内关是手厥阴心包经之络穴,八脉交会之一,通于阴维,历来作为止呕要穴;足三里是足阳明胃经穴,胃的下合穴,具有调理胃气之效;内关、足三里宣通上下、理气和胃降逆,对治疗呃逆、呕吐,加快术后通气等都有较好疗效;合谷属手阳明大肠经之原穴,手阳明经络肺,下膈,属大肠,贯通胸腹,故合谷穴能通达阳明原气,针刺合谷穴镇痛作用佳;血海为足太阴脾经要穴,因善治血证而得此名,既可益气养血、理血调经,又可行活血化瘀、清热凉血、化瘀湿浊。

本研究选择了QoR-15量表作为主要观察指标,用来评估患者全麻术后早期恢复质量,较QoR-40减少了术后并发症发生率较低及内容近似的项目,保留了其可靠性、有效性和反应性,提高了评估效率,具有更强的可行性和临床接受度,特别适合于以患者为中心的临床实践进行主客观评估^[7]。

本研究结果显示术前电针治疗可促进妇科开腹手术患者术后早期快速恢复,缩短术后首次通气时间,减轻术后早期切口疼痛,降低术后恶心呕吐的发生,疗效显著,且术前1d电针治疗患者的改善情况明显优于术前0.5h电针组和对照2组。分析其原因可能与术前1天电针时,患者位于病房,有家属陪同在侧,因而心情放松等因素有关。下一步拟开展多中心、大样本的随机对照临床研究进一步证实。

参考文献

- [1] WU C L, BERENHOLTZ S M, PRONOVOST P J, et al. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery[J]. Anesthesiology, 2002, 96 (4): 994.

艾灸联合当归补血汤预防肿瘤化疗后骨髓抑制 31 例临床研究

张兰会¹ 黄汝芹¹ 张 辉¹ 吴 昊¹ 党媛媛¹ 耿碧竹² 李志成² 郑 瑾¹

(1. 空军军医大学第二附属医院唐都医院, 陕西西安 710038; 2. 陕西中医药大学, 陕西咸阳 712046)

摘 要 目的:探讨艾灸联合当归补血汤预防肿瘤DP方案化疗后骨髓抑制的临床疗效。方法:将62例采用DP方案化疗的肿瘤患者随机分为治疗组和对照组,每组31例。对照组予皮下注射重组人粒细胞集落刺激因子治疗,治疗组予艾灸联合当归补血汤治疗。比较2组患者化疗前及化疗结束后1周、2周、3周外周血白细胞计数(WBC)、中性粒细胞绝对数(ANC)、血红蛋白(Hb)、血小板(PLT)水平及骨髓抑制发生情况,并采用卡氏(KPS)评分表评估2组患者对化疗的耐受性。结果:2组患者化疗结束后1周、2周、3周 WBC、ANC、PLT均呈现先降低后逐渐回升的趋势,治疗组这种变化趋势明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组骨髓抑制发生率高于对照组,但组间比较无统计学差异($P>0.05$)。2组患者治疗后KPS评分均较化疗前明显降低($P<0.05$),但治疗组治疗后KPS评分明显高于对照组($P<0.05$)。治疗组不良反应发生情况明显低于对照组($P<0.05$)。结论:艾灸联合当归补血汤预防肿瘤DP方案化疗后骨髓抑制的效果与重组人粒细胞集落刺激因子相似,且能提高患者化疗耐受性,改善生活质量,安全性较高。

关键词 艾灸;当归补血汤;骨髓抑制;抗肿瘤联合化疗方案;化疗毒副反应

中图分类号 R730.53 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 12-0067-03

我国是肿瘤高发国家,每年新增220万例肿瘤患者,约占全球肿瘤患者总数的20%^[1]。DP方案是头颈部鳞癌、宫颈癌、肺鳞癌、食管癌等多种恶性肿瘤的常用化疗方案。据统计,80%患者在肿瘤放化疗过程中会出现骨髓抑制,表现为骨髓中血细胞前体活性减低,出现以外周血白细胞为主的全血细胞减少,容易增加患者机会性感染、发热性中性粒细胞减少症、出血等事件的风险^[2]。目前西医主要采用造血刺激因子或输血等手段对化疗患者进行干预,虽然疗效较好,但维持时间不长,需反复用药,且价格较

贵、副反应较大。近年来我们临床采用艾灸联合当归补血汤治疗肿瘤化疗患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年12月我院病房收治的肿瘤患者62例,采用随机信封法分为治疗组和对照组,每组31例。治疗组男18例,女13例;年龄48~75岁,平均年龄(55.37 ± 5.37)岁;病程1~5年,平均病程(2.34 ± 0.23)年;其中肺鳞癌15例,头颈部鳞癌9例,宫颈癌6例,食管

- [2] MA T T, WU X, LIANG F R. Current overseas researches on prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting with acupuncture[J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2010, 30 (5): 407.
- [3] 陈冰凝, 章放香, 张竞超, 方华, 赵倩. 针刺对妇科腹腔镜术后患者早期恢复质量的影响: QoR-40量表. 中华麻醉学杂志, 2015 (12): 1428.
- [4] 乐杰. 妇产科学(第六版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 295, 305.
- [5] 徐启明. 临床麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 11.
- [6] STARK P A, MYLES P S, BURKE J A. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery

score: the QoR-15[J]. Anesthesiology, 2013, 118 (6): 1332.

- [7] MYLES P S, MYLES D B, GALAGHER W, et al. Minimal clinically important difference for three quality of recovery scales[J]. Anesthesiology, 2016, 125 (1): 39.

第一作者: 李莎(1986—), 医学硕士, 主治医师, 主要从事电针在围术期的应用方面的临床研究。

通讯作者: 季淑娟, 医学学士, 主任医师。
jsg0515@126.com

收稿日期: 2019-07-02

编辑: 强雨叶