

- [J]. 中医药研究, 2000(4):54-55.
- [25] 赵冬梅,程华丽. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 Hp 阳性胃溃疡 38 例[J]. 河南中医, 2017, 37(4):646-648.
- [26] 武晓磊,郝文杰,郭军. 四逆泻心汤治疗慢性胃炎的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(4):974-977, 981.
- [27] 廖宝斌. 中药汤剂治疗幽门螺杆菌感染性胃病临床效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2017, 46(3):10-11.
- [28] 张训景,张颖颖. 自拟安胃促愈汤联合西医四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡疗效观察[J]. 中国中医急症, 2018, 27(6):1066-1068.
- [29] 陆贤燕,陈小芳,徐惠明,等. 灭菌运脾汤加减治疗幽门螺旋杆菌临床研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(76):31-32.
- [30] 翟建宁,金小品. 益气化湿方联合西药治疗幽门螺杆菌感染性胃炎患者对胃黏膜的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(8):1895-1898.
- [31] 张清,杨永和,蔡敏,等. 三黄清胃丸治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的安全性和有效性系统评价[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(5):1165-1166.
- [32] 陶海燕,陆燕,黄晓宇. 荆花胃康胶丸治疗 HP 阳性慢性胃炎临床观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(2):159-160.
- [33] 徐岩,郑丽丽,崔柳,等. 蒲地蓝消炎口服液联合三联药物根除幽门螺杆菌的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2017, 12(26):130-132.
- [34] 卫团利. 半夏泻心汤佐治 Hp 感染十二指肠溃疡 46 例临床观察[J]. 国医论坛, 2019, 34(1):11-12.
- [35] 谢昭敏,陈楚华,吴志雄. 黄芪建中汤辅助治疗对脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的影响[J]. 赣南医学院学报, 2018, 38(6):545-548.
- [36] 王保健,梁华,顾文芬,等. 清中汤加味配合西药治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效评价[J]. 四川中医, 2018, 36(8):80-83.
- [37] 赵昕,周鸿飞. 针灸治疗小儿幽门螺杆菌相关性胃炎疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015, 7(1):37-39.
- [38] 孙丽香,李荣清,赵海军,等. 中医穴位埋线配合 PPI 方案治疗幽门螺杆菌感染疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(31):3499-3500, 3503.
- [39] 马锋. 抑制口腔幽门螺杆菌的中药组方的研制[D]. 广州:南方医科大学, 2011.

收稿日期:2019-06-20 编辑:王国品

· 护 理 ·

热敏灸干预痔病鞍麻术后恶心呕吐的临床效果

洪艳燕, 郭秀君, 吴琼, 朱晓月, 徐晶晶, 刘翠, 李健

南京中医药大学附属南京中医院, 江苏 南京 210000

摘要: **目的** 探讨热敏灸干预鞍麻术后引起恶心呕吐的临床疗效。**方法** 将 2017 年 5 月至 2018 年 8 月住院的 83 例痔病鞍麻术后出现恶心呕吐的患者随机分为观察组(43 例)和对照组(40 例),观察组与对照组分别采用热敏灸及传统艾灸治疗,穴位均选取内关、中脘、足三里穴,灸后 6、12、24、48 h 进行观察、记录,均每日 1 次,连续 3 d。根据 WHO 的麻醉后恶心呕吐(PONV)评定标准,观察两组 PONV 症状的缓解情况。**结果** 两组患者在干预 6 h 后 PONV 评分差异明显,有统计学意义($P < 0.05$),但其余时间无统计学差异($P > 0.05$)。临床疗效:观察组与对照组的总有效率分别为 74.41%、45.00%,两组临床疗效差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 热敏灸可以更好地改善痔病鞍麻术后患者早期的 PONV 症状,提高治疗效果。

关键词: 热敏灸; 痔病; 鞍麻术后; 麻醉; 麻醉后恶心呕吐

中图分类号: R 714.25 R 445.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)12-1734-03

麻醉后恶心呕吐(PONV)发生率约为 20%~30%^[1],研究发现术后患者难以忍受的 10 个副作用中,恶心排第四位,而呕吐位居首位^[2]。临床针对 PONV 大多选择药物治疗,但副作用多、费用贵,且单一使用某一种药物通常效果不佳,近十年内 PONV 发生率没有显著降低^[3]。中医护理技术如穴位贴敷、

艾灸等干预 PONV 不仅疗效明显,且无创价廉,易行安全。热敏灸是以“辨敏施灸”为核心的热敏化腧穴悬灸新疗法^[4-10],目前其已在许多疾病及症状治疗和缓解上开展了临床研究,但在防治麻醉术后恶心、呕吐的研究较少。本院肛肠中心运用热敏灸干预痔病鞍麻术后恶心、呕吐,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 5 月至 2018 年 8 月本院肛肠中心住院的 83 例行鞍麻手术的痔病患者,采用随机数字表法将患者分为对照组(传统艾灸)和观察组(热敏灸),对照组 40 例,其中女 27 例,男 13 例;平均年龄 47.05 岁。观察组 43 例,女 35 例,男 8 例;平均年龄 48.16 岁。两组性别、年龄比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:痔病鞍麻术后发生恶心、呕吐的患者,年龄为 18~65 岁,无艾灸禁忌症,签署知情同意书,自愿接受热敏灸治疗。排除标准:艾灸部位皮肤有炎症、损伤、溃烂以及全身重度浮肿者;妊娠或哺乳期妇女;有糖尿病、精神病,或合并肝、肾、造血、心脑血管系统等疾病;严重感染患者及术后第一天出现严重并发症。脱落标准:出现病情变化,经医生判断无法继续配合研究者;患者不遵守或擅自更改研究者;主动提出退出本研究者。

1.2 干预方法 两组患者均在本院痔病及麻醉护理常规基础上予以灸法。观察组:(1)循经选穴:手厥阴心包经的内关穴、中脘穴、足三里穴 3 个具有健脾和胃、止呕功效的穴位;(2)干预时间:PONV 发生 1 h 内,灸后 6、12、24、48 h 进行观察、记录。每日 1 次,3 d 为 1 疗程。(3)艾条:采用江苏康美制药生产的圆柱状清艾条,国药准字 Z32020253。(4)操作:热敏灸组用点燃的艾条分别在內关、中脘、足三里区域距离皮肤 3 cm 左右循经往返探查直至找到热敏点;行回旋灸 1~3 min 以达到温通局部气血的目的;其次行雀啄灸施灸 1~2 min,为激发经气、疏通经络再循着经络走向往返灸 2~3 min;最后依次在內关、中脘、足三里温和灸来开通经络,发动炎性感传。腧穴热敏化患者会在施灸部位甚至是远端产生酸、痛、麻、胀、冷、压、重等非热感觉,或在施灸过程中出现施灸部位微热而远部热,或表面微热而深部热的热感反应,上述感觉只要出现 1 种及以上则表明该腧穴已发生热敏化。施灸剂量:每个穴位施以灸感四相的灸饱和量,直至灸至感传完全消失即可停止治疗。对照组:按传统艾灸在上述穴位做温和灸,每个穴位施灸 5~10 min。

1.3 观察指标与方法

1.3.1 患者干预前后 PONV 积分及改善效果 根据 WHO 的 PONV 评定标准^[11]对患者实施艾灸干预前后的 PONV 积分及改善效果分析:0 级(0 分):无恶心,无呕吐;I 级(2 分):轻微恶心,无呕吐;II 级(4 分):出现呕吐,但未吐出胃内容物;III 级(6 分):呕

吐严重,会吐出胃液等胃内容物。

1.3.2 效果观察 两组患者均在手术结束后发生 PONV 时、施灸后 6、12 h 及第二日早餐后 1 h 至 PONV 消失日,进行相关指标的观察、记录。比较两组干预后 6 h 的临床疗效。疗效判断标准:治愈:干预后症状完全消失;显效:干预后症状积分 ≤ 2 分;好转:干预后症状下降 1 级以上;无效:干预后症状无改善。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。PONV 评分结果为计数资料,采用频数、百分比等表示,采用 χ^2 检验或确切概率 Fisher 法。重复测量的评分结果使用 SPSS 软件中广义线性模型(GEE)为统计分析方法,合并多次测量结果,其结局变量选择有序变量,纳入目标变量后进行统计分析。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 PONV 症状的不同时间段评分改变 治疗前,观察组和对照组的 PONV 评分等级无明显差异($\chi^2 = 3.489, P = 0.322$)。在治疗后 6 h,观察组评分等级显著低于对照组($\chi^2 = 14.47, P = 0.001$),其他时间点,两组无明显差异($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组 PONV 重复测量评分的广义估计模型比较 以 PONV 评分等级的有序变量作为因变量,并以年龄为权重变量;主体内变量选择评分测量时间(多次时间点);主体内变量选择为:自相关^[AR(1)];模型选择为有序 Logistic 回归模型;自变量选择实验组别;其他 SPSS GEE 模型参数为默认值。GEE 结果如表 2,发现观察组 vs 对照组的回归系数 B 为 -0.571,OR 值 0.565,95% CI(0.340,0.940), $P = 0.028$ 。

表 1 两组患者 PONV 症状的治疗前后改变 例(%)

PONV 评分	例数	0 级 (0 分)	I 级 (2 分)	II 级 (4 分)	III 级 (6 分)	χ^2 值	P 值
艾灸前							
观察组	43	2(4.7)	21(48.8)	13(30.2)	7(16.3)	3.489	0.322
对照组	40	0	26(65.0)	9(22.5)	5(12.5)		
艾灸后 6 h							
观察组	43	26(60.5)	13(30.2)	4(9.3)	0	13.691	0.003
对照组	40	11(27.5)	27(67.5)	1(2.5)	1(2.5)		
艾灸后 12 h							
观察组	43	35(81.4)	8(18.6)	0	0	0.585	0.551
对照组	40	35(87.5)	5(12.5)	0	0		
艾灸后 24 h							
观察组	43	42(97.7)	1(2.3)	0	0	0.003	1.000
对照组	40	39(97.5)	1(2.5)	0	0		
艾灸后 48 h							
观察组	43	43(100.0)	0	0	0	-	-
对照组	40	40(100.0)	0	0	0	-	-

表 2 广义估计方程(GEE)模型估计结果

参数	回归系数 B	标准误	回归系数 95% CI		假设检验		OR 值	95% CI		
			下限	上限	Wald χ^2 值	P 值		下限	上限	
恶心评分	Ⅲ级	-4.782	0.682	-6.120	-3.445	49.114	<0.001	0.008	0.002	0.032
	Ⅱ级	-3.282	0.510	-4.282	-2.282	41.389	<0.001	0.038	0.014	0.102
	Ⅰ级	-1.857	0.432	-2.705	-1.010	18.465	<0.001	0.156	0.067	0.364
观察 vs 对照	-0.571	0.259	-1.080	-0.062	4.841	0.028	0.565	0.340	0.940	

2.3 两组 PONV 症状干预前后疗效比较 干预后 6 h, 观察组治愈 25 例、显效 0 例、有效 7 例、无效 11 例, 有效率 74.41%; 对照组治愈 11 例、显效 0 例、有效 7 例、无效 22 例, 有效率 45.00%。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 9.014, P < 0.05$)。

3 讨论

恶心呕吐在中医学属于“呕吐”范畴, 最早见于《内经》。恶心呕吐的中医病机主要为胃气上逆, 隋·巢元方《诸病源候论·呕吐候》有云:“呕吐之病, 由脾胃有邪, 谷气不治所为也, 胃受邪, 气逆则呕”^[12]。鞍麻术后淤血残留以及麻醉药物主要是刺激了位于内脏和中枢的化学感受器催吐区^[13], 兴奋了呕吐中枢, 从中医学角度看则导致了气血经络紊乱、脏腑失和、胃失和降, 进而产生恶心呕吐。

艾灸疗法是借外来之火资助内生之火——阳气, 以达到温经通络、祛风解表、活血通阳的作用。研究中结合恶心呕吐的发生机制循经选穴, 选取了手厥阴心包经的内关穴, 在中医藏象学说称:“胃与心包经相通”, 可治疗胃痛、呕吐; 属奇经八脉之任脉的中脘穴, 可健胃化湿, 和胃降逆; 足阳明胃经上的足三里穴, 为缓解腹部疾病症状的要穴, 主治胃痛、呕吐等。而本研究中热敏灸组选用艾灸体表“热敏化穴”的热敏灸法, 是以穴位明华理论为指导, 激发经络感传热敏化的现象和经气运行, 使气至病所, 从而更好的达到调理脏腑经络气血以进一步提高艾灸干预痔病鞍麻术后 PONV 的临床疗效。腧穴热敏化现象主要包括: 透热、扩热、传热、局部不热远部热或产生其他非热的感觉等, “小刺激大反应”的现象发挥治疗疾病的作用。本研究则是通过艾条燃烧所产生的热力来刺激敏化腧穴, 通过激发经络感传, 促进经气运行, 起到高效疏通经络、调节阴阳、调理脏腑的作用^[14], 从而有效缓解 PONV 的症状。热敏灸还可以因人体的自主神经系统-肠神经系统可以直接控制消化腺的分泌功能以及消化系统的运动, 使得个人情感成为影响消化系统正常运转重要因素, 热敏灸可以给患者带来舒适的情感体验, 通过调节人的七情六欲来达到治疗疾病的目的^[15]。

本研究中通过 GEE 模型分析看出热敏灸干预痔病鞍麻术后 PONV 的效果显著好于对照组, 且其治疗后 6 h 效果最明显, 说明其短期效应显著, 早期干预可快速改善痔病鞍麻术后患者的恶心不适症状。在本次研究中发现热敏灸不仅操作简便, 不良反应少, 其在 PONV 早期干预效果明显优于传统艾灸法, 可显著提升患者全身舒适感, 是一项针对鞍麻术后 PONV 值得推广的治疗技术。

参考文献

- [1] Pierre S, Benais H, Pouymayou J. Apfel's simplified score May favourably predict the risk of postoperative nausea and vomiting[J]. J Can D'anesthesie, 2002, 49(3): 237-242.
- [2] Macario A, Weinger M, Carney S, et al. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients[J]. Anesth Analg, 1999, 89(3): 652-658.
- [3] Grabowska-Gawel A, Porzych K, Piskunowicz G. Risk factors and frequency of postoperative nausea and vomiting in patients operated under general anesthesia[J]. Prz Lek, 2006, 63(2): 72-76.
- [4] 周梅, 黄仙保, 陈日新. 基于现代文献的热敏灸病症谱研究[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(1): 10-13.
- [5] 焦琳, 迟振海, 陈日新. 浅谈热敏灸技术对针灸临床的启示——动态把握腧穴状态、按需施治是针灸临床起效的关键[J]. 中国针灸, 2019, 39(1): 59-63.
- [6] 陈日新, 吕志迈, 谢丁一, 等. 热敏灸感条目德尔菲法调查分析[J]. 中医杂志, 2018, 59(22): 1915-1919.
- [7] 陈日新. 热敏灸——灸疗学的传承与创新[J]. 中国针灸, 2018, 38(8): 890.
- [8] 黄仙保, 熊俊, 张波, 等. 基于文献计量学的热敏灸研究现状与评价[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(2): 225-229.
- [9] 陈日新, 谢丁一. 再论“腧穴敏化状态说”[J]. 安徽中医药大学学报, 2016, 35(3): 50-53.
- [10] 谢丁一, 陈日新. 《内经》穴法的传承与创新——腧穴敏化论的诞生[J]. 江西中医药, 2016, 47(3): 13-16.
- [11] 韩孟艳. 两种不同体位对甲状腺切除术后恶心呕吐影响的临床观察[D]. 长春: 吉林大学, 2014.
- [12] 徐朝辉. 中医药防治术后恶心呕吐新进展[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(9): 113-115.
- [13] Encarnacion HJ, Parra J, Mears E, et al. Vomiting[J]. Compend Contin Educ Vet, 2009, 31(3): E8.
- [14] 刘福水, 方婷, 刘乃刚, 等. 热敏灸疗法的临床优势病种和适应证分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 5107-5110.
- [15] 董小玉, 陈日新, 张波, 等. 艾灸热敏腧穴产生舒适情感体验的临床观察[J]. 江西中医药, 2011, 42(1): 33-35.