

针刺对腰麻产妇术后恢复的影响观察

赵芯英[#] 陈巧月

(甘肃省酒泉市第二人民医院麻醉科 酒泉 735000)

摘要:目的:观察针刺对腰麻剖宫产术后产妇恢复的影响。方法:选取 2018 年 3 月~2019 年 8 月腰麻下行子宫下段剖宫产手术产妇 60 例为研究对象,按随机盲选法分成对照组和针刺组,各 30 例。针刺组腰麻剖宫产术后采用针刺治疗,对照组术后采用穴位按压治疗,比较两组术后 12 h、24 h 疼痛评分,双下肢运动功能、感觉功能恢复时间,胃肠功能恢复、尿管拔除、下床活动、进食时间,住院天数及不良反应发生情况。结果:针刺组运动、感觉功能恢复时间,胃肠功能恢复、尿管拔除、下床活动、进食时间均短于对照组($P<0.05$);针刺组术后 12 h、24 h 疼痛评分低于对照组($P<0.05$);针刺组术后不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:腰麻剖宫产术后产妇采用针刺治疗可加快双下肢功能恢复,减轻疼痛程度,促进术后快速康复。

关键词:针刺;腰麻;运动功能;术后康复

Observation on the Effect of Acupuncture on the Postoperative Recovery of Puerpera with Lumbar Anesthesia

ZHAO Xin-ying[#], CHEN Qiao-yue

(The Department of Anesthesiology, the Second People's Hospital of Jiuquan City, Gansu Province, Jiuquan 735000)

Abstract: Objective: Observation on the effect of acupuncture therapy on recovery of puerpera under lumbar anesthesia after cesarean section. Methods: 60 Patients undergoing cesarean section under lumbar anesthesia from March 2018 to August 2019 were selected as the subjects. According to the method of random blind selection, 60 patients were divided into the control group and the acupuncture group, with 30 cases each. Acupuncture was adopted after lumbar anesthesia cesarean section in the acupuncture group. The control group was treated with acupressure after lumbar anesthesia cesarean section. VAS scores 12 h and 24 h after operation, recovery time of motor function and sensory function of lower limbs, recovery time of gastrointestinal function, removal time of urinary catheter, time of getting out of bed, feeding time, length of hospital stay and adverse reactions were compared between the two groups. Results: The recovery time of motor function and sensory function, the recovery time of gastrointestinal function and removal time of urinary catheter of the acupuncture group were better than that of the control group ($P<0.05$). The VAS scores 12 h and 24 h after operation in acupuncture group was lower than that in control group. The incidence of postoperative adverse reactions in acupuncture group was lower than that in control group. Conclusion: The recovery of lower extremity function was accelerated, the pain degree was reduced and postoperative recovery was promoted after lumbar anesthesia cesarean section by acupuncture therapy.

Key words: Acupuncture; Lumbar anesthesia; Motor function; Postoperative recovery

中图分类号: R614.4

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.09.003

蛛网膜下腔麻醉,简称腰麻(SA),是采用局麻药暂时阻断脊神经前后根的传导功能,使受神经支配的相应区域产生麻醉作用的方法。麻醉作用持续时间长短取决于局麻药的药理药效、浓度、剂量等,个体差异较大,一般腰麻术后 1~4 h 内双下肢功能处于麻醉状态,麻醉作用等待药物代谢后逐渐消退。大量的临床与基础研究表明针灸治疗周围神经损伤的疗效显著^[1-2]。针刺不仅具有针刺穴位本身的作用,还可以促进神经向阴极生长,兴奋大脑皮层感觉运动区,抑制束旁核对伤害性刺激的反应来减轻机体因伤害性刺激产生的应激作用。针灸在快速康复外科中的应用已越来越广泛,快速康复外科治疗中应用针灸治疗,可减轻患者围手术期的创伤和应激,减轻围手术期的不良反应,对促进患者的早期康复起到了积极的作用^[3]。本研究观察针刺疗法对腰麻剖宫产产妇术后恢复的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月~2019 年 8 月于我院行子宫下段剖宫产手术足月妊娠产妇 60 例为研究对象,采用简单随机抽样法分为针刺组与对照组,各 30 例。针刺组初产妇 11 例,经产妇 19 例;平均年龄(29.96 ± 4.07)岁;平均身高(161.63 ± 3.46)cm;平均体质量(79.60 ± 8.22)kg。对照组初产妇 14 例,经产妇 16 例;平均年龄(29.03 ± 4.22)岁;平均身高(160.90 ± 2.93)cm;平均体质量(80.57 ± 4.81)kg。两组年龄、身高、体质量等一般资料比较,差异无统计学意义。本研究经医院医学伦理委员会批准,产妇及家属对研究内容知情,签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:术前进行常规检查和风险评估,产妇美国麻醉师协会(ASA)分级在 I~II 级;无椎管内麻醉禁忌证。排除标准:术前合并严重的心肺疾病;有严重精神疾病和严重躯体障

[#] 通信作者:赵芯英, E-mail: 1072893375@qq.com

碍;血小板计数及凝血功能异常。

1.3 麻醉及术后处理方法 进入手术室连接心电图监护仪,持续监测心电图(ECG)、血压、心率(HR)、脉搏氧饱和度(SpO₂)。建立快速输液通道,静滴乳酸林格氏液,给予面罩吸氧。腰麻,选择腰 3~腰 4 椎间隙穿刺,注入重比重 0.5%罗哌卡因 2.5 ml(12.5 mg),注药毕患者仰卧位,左倾 30°,麻醉平面控制在 T₈~T₆,最高不超过T₆。手术缝皮结束后,针刺组开始实施针刺。取一次性无菌针灸针,选穴:合谷、阳陵泉、足三里、三阴交(以上穴位均双侧),穴位局部常规消毒后,直刺进针 5~15 mm,行提插捻转强刺激手法,持续 3 min,间隔 3 min,再快速提插捻转强刺激,持续 3 min,拔针。对照组选择两侧合谷,进行按揉 3 min,点揉力量适中,以患者能忍受为度。

1.4 观察指标 观察并记录两组运动功能、感觉功能恢复时间,尿管拔除、胃肠功能恢复、下床活动时间,术后 12 h、24 h 疼痛评分,术后不良反应发生情况。采用棉签两端分别测定感觉和痛觉消失最高平面。疼痛采用视觉模拟评分法(VAS)评估,VAS 评

分标准:0 分为无痛;1~3 分为轻微疼痛,能忍受;4~6 分为疼痛影响睡眠,尚能忍受;7~10 分为剧烈疼痛,无法忍受。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验;计数资料以%表示,行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛 VAS 评分比较 针刺组术后 12 h、24 h 疼痛 VAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组术后疼痛 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	术后 12 h	术后 24 h
针刺组	30	1.07± 0.54	2.12± 0.74
对照组	30	2.45± 0.72	4.53± 0.97
<i>P</i>		0.001	0.033

2.2 两组术后恢复情况比较 针刺组运动、感觉功能恢复时间,胃肠功能恢复、尿管拔除、下床活动、进食时间均短于对照组,差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组术后恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)								
组别	<i>n</i>	感觉功能恢复时间(min)	运动功能恢复时间(min)	胃肠功能恢复时间(h)	尿管拔除时间(h)	下床活动时间(h)	进食时间(h)	住院天数(d)
针刺组	30	97.67± 6.92	116.0± 6.35	10.67± 1.67	17.0± 1.74	18.17± 2.18	11.33± 1.61	5.05± 0.20
对照组	30	109.83± 6.89	140.17± 9.69	14.37± 1.73	20.0± 1.58	22.50± 2.05	16.77± 2.52	6.35± 0.68
<i>P</i>		0.019	0.004	0.000	0.003	0.046	0.006	0.194

2.3 两组术后不良反应发生情况比较 针刺组术后不良反应发生率低于对照组(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组术后不良反应发生情况比较[例(%)]							
组别	<i>n</i>	泌乳少或无	术后尿储留	术后宫缩痛	术后恶心呕吐	术后头痛	产后抑郁、焦虑倾向
针刺组	30	2(6.67)	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	30	4(13.33)	2(6.67)	3(10.00)	2(6.67)	2(6.67)	2(6.67)

3 讨论

腰麻是剖宫产手术常用的麻醉方式,术后机体仍处于麻醉状态,麻醉恢复需要一定的时间,配合应用针刺疗法,可明显缩短腰麻后运动神经阻滞恢复时间,促进产妇快速康复。局麻药作用于腰段以下脊神经,其所支配的双下肢运动感觉神经功能暂时障碍,属于中医学之“痿证”的范畴。病位在脊神经和双下肢,麻醉后经络瘀阻、经气受损、气血运行不畅致肢体痿软,屈伸无力。故守“治痿独取阳明”之理,本研究以取阳明经穴为主,手法以平补平泻法,并对下肢穴位进行强、重手法刺激。选穴合谷,属手阳明大肠经原穴,主行气血之功,为镇痛要穴;足三里是足阳明胃经穴,出于《灵枢》,主治胃肠病症、下肢痿痹,针刺可促进胃肠功能恢复;八脉交会穴-筋会阳陵泉,又是下合穴,胆合入阳陵,通经活络,治疗

下肢筋病之要穴;配合三阴交,发挥良好的镇痛作用。三阴交为足太阴脾经腧穴,乃肝脾肾三脉之交会穴,主阴血,主治下肢痿痹。以上穴位相配,能振奋经气,行气止痛,疏通经络,使气血通畅,肌力收缩,运动功能恢复。

针灸在围手术期应用的相关研究已经开展多年。在微创手术后早期给予针灸,对脑部经络进行疏通,可改善局部脑组织血液循环,促进神经功能的恢复^[4]。温针灸能兴奋瘫痪肌肉,改善损伤神经局部的内环境,促进神经和肌肉功能恢复^[5]。研究显示“足三里”具有双向调节效应,双向调节效应是针刺疗法的独特现象。针刺足三里、三阴交等穴位能抑制胃酸分泌,调节胃肠运动,调整内分泌功能,从而缓解恶心呕吐等症状^[6-7]。术后疼痛可加重围手术期的应激反应,影响机体内环境平衡,产生免(下转第 87 页)

表 2 两组颈动脉内膜中层厚度及斑块面积比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	颈动脉内膜中层厚度(mm)	颈动脉斑块面积(cm ²)
试验组	51	治疗前	0.78± 0.21	1.76± 0.35
	51	治疗后	0.52± 0.14**	1.32± 0.31**
对照组	51	治疗前	0.79± 0.21	1.75± 0.36
	51	治疗后	0.65± 0.24*	1.52± 0.34*

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组治疗后相比,** $P<0.05$ 。

2.3 两组神经功能缺损程度评分比较 治疗前,两组患者 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗 3 个月后,试验组 NIHSS 评分下降幅度较对照组更明显 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组神经功能缺损程度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
试验组	51	26.4± 4.1	11.9± 2.6	30.911	0.000
对照组	51	25.8± 3.9	18.6± 3.4	14.087	0.000
t		0.757	11.179		
P		0.451	0.000		

3 讨论

脑血栓形成患者大动脉内可见血栓大量堆积,导致血管阻塞、血流量减少、局部血氧供应不足,临床治疗以稳定斑块、改善血流为主^[5]。常规治疗使用抗凝药、调脂药或扩血管药。常用阿托伐他汀为调脂药,属还原酶抑制剂,作用机制为通过抑制 HMG-CoA 还原酶的合成,降低血液中脂蛋白水平,提高高密度脂蛋白胆固醇水平,降低总胆固醇水平,促进患者机体内正常血脂水平恢复,减轻血脂所致的血栓现象,改善血液流变学状态,促进脑部血液循环恢复,但单一用药综合效果欠佳^[6]。

中医认为脑血栓形成主要病因在于气滞血瘀,活血祛瘀为治疗原则。血塞通主要成分人参皂苷可补元气、安神益智、生津,对中枢神经系统及心血管系统均有较好的作用;三七皂苷可化瘀止血、活血定痛,有效改善脑部微循环,减轻脑水肿^[7]。本研究结果

(上接第 8 页)疫抑制,是影响术后恢复的因素之一。电针能激活中缝核内 5-羟色胺,使递质释放增多,单胺类镇痛因子 5-羟色胺也参与针刺对疼痛中枢的调节,这是由机体神经功能、体液系统相互联系、相互激发或促进而发挥的整体综合镇痛作用^[8-9]。

本研究结果显示,针刺组感觉、运动功能恢复时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。针刺组胃肠功能恢复、尿管拔除、下床活动时间短于对照组,术后 12 h、24 h 疼痛 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。针刺组不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)。综上所述,腰麻剖宫产术后产妇采用针刺治疗可加快双下肢功能恢复,减轻疼痛程度,促进术后快速康复。

显示,治疗后试验组血液流变学指标、颈动脉内膜中层厚度及斑块面积低于对照组。究其原因可能为阿托伐他汀主要作用为调脂,而血塞通可直接抑制内毒素的合成,有效清除炎症介质,改善微循环及局部血流量,且血塞通中的三七皂苷可通过提高纤维蛋白酶原活性,延长凝血时间,改善血液流变性,还可有效抑制血栓形成,促进血管内皮细胞功能恢复^[8]。

脑血栓形成患者可能会出现神经功能障碍、记忆力衰退等一系列后遗症,因此治疗原则中还应降低相关后遗症的发生率^[9]。本研究结果显示,试验组神经功能缺损评分低于对照组。可能与血塞通可改善 Ca^{2+} 通道保护神经细胞有关。综上所述,血塞通联合阿托伐他汀可明显调节脑血栓形成患者血液流变学状态,稳定颈动脉斑块,减轻神经功能缺损程度,临床价值显著。

参考文献

[1]章慧,莫家鹏,王志晔,等.脑血栓形成患者血脂及颈动脉粥样硬化情况的回顾性分析[J].血栓与止血学,2019,25(1):67-68.
[2]傅晨,刘雪梅,王凤丽,等.血塞通软胶囊对单侧颈动脉狭窄大鼠脑组织血管新生的作用及其机制[J].北京中医药,2018,37(9):821-824,封3.
[3]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
[4]陈璐茜,潘涛.辛伐他汀联合阿司匹林治疗脑血栓的效果及对神经功能缺损的影响[J].中国医药导报,2016,13(23):161-164.
[5]肖俊,冯佳梁,戎天艺,等.血塞通注射液对急性脑梗死患者心电图变化及血液流变学的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(2):96-99.
[6]李明初,廖长琦,杨晓平.血塞通注射液联合阿托伐他汀钙治疗糖尿病合并脑梗死疗效及对患者神经功能的影响[J].中国现代医学杂志,2015,25(31):49-52.
[7]刘嘉佳.阿托伐他汀片联合血塞通注射液对脑梗死患者血脂及血液流变学的影响[J].医学综述,2016,22(13):2630-2633.
[8]郭荣杰.血塞通联合银杏叶片治疗脑血栓后遗症效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(8):163.
[9]邓明玲.β-七叶皂甙钠联合血塞通治疗脑血栓的机制研究[J].海南医学院学报,2017,23(2):285-288.

(收稿日期: 2019-12-20)

参考文献

[1]章明星,刘阳阳,刘建卫,等.电针治疗周围神经损伤的机制研究进展[J].辽宁中医杂志 2016,43(8):1769-1771.
[2]王然芸,郭永明,郭义.中医药治疗周围神经损伤的研究进展[J].黑龙江中医药,2011,40(4):59-60.
[3]张蕾,骆庆礼.针灸在快速康复外科理念中的应用[J].中国实用医药,2017,12(18):191-192.
[4]杜丽娟.点穴按摩联合针灸对高血压脑出血术后康复效果的影响[J].四川中医,2016,34(7):189-191.
[5]谢素春,李俊青,王艳君,等.温针灸为主综合疗法治疗外伤性周围神经损伤的疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(1):72-74.
[6]韩燕萍,李翔,杨光,等.针刺恢复术后胃肠功能紊乱的临床观察[J].针灸临床杂志,2015,31(7):29-31.
[7]潘卫星.针刺双向调节效应及可能机制[J].针刺研究,2019,44(11):843-853.
[8]孙露,寇任重,刘岚青,等.针刺方向与针刺镇痛[J].中国针灸,2017,37(3):279-283,290.
[9]张兆伟,张翻,王兰,等.电针对全麻下妇科腹腔镜手术患者胃黏膜血流灌注的影响[J].上海针灸杂志,2014,33(7):631-635.

(收稿日期: 2019-11-24)