

# 耳穴贴压联合全麻对腹腔镜胆囊切除患者术后恢复的影响

马挺

浙江省中医院麻醉科, 浙江 杭州 310021

**[摘要]** 目的: 探讨耳穴贴压联合全麻对腹腔镜胆囊切除术患者术后恢复的影响。方法: 将择期行腹腔镜胆囊切除术患者 50 例随机分为 2 组, 对照组 25 例予以全麻, 观察组 25 例予以耳穴贴压王不留行籽联合全麻进行手术治疗, 对 2 组患者作疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分及恶心呕吐程度视觉模拟量表评分法 (NVAS) 评分, 并记录肠鸣音恢复时间、肛门首次排气时间、进食时间、下床活动时间, 记录 2 组术后腹胀、恶心呕吐的发生率。结果: 术后观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、进食时间及下床活动时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。术后第 3 天, 2 组 VAS、NVAS 评分均较术后第 1 天明显下降 ( $P < 0.05$ ); 且观察组术后第 1、3 天 VAS、NVAS 评分较对照组同时段更低 ( $P < 0.05$ )。术后腹胀、恶心呕吐发生率观察组分别为 20.0%、12.0%, 对照组分别为 48.0%、36.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 耳穴贴压联合全麻能够促使腹腔镜胆囊切除患者胃肠蠕动, 有效预防术后腹胀、呕吐的发生。

**[关键词]** 胆囊切除术; 腹腔镜; 耳穴贴压; 王不留行; 疼痛; 恶心呕吐

**[中图分类号]** R657.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0229-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.106

随着腹腔镜技术的发展, 其逐渐广泛应用于胆囊切除术中, 从而有效减少术中创伤, 降低术后并发症发生率, 缩短住院时间。然而, 受到术中气腹、麻醉药物、电刀操作等因素的影响, 部分患者术后可能出现不同程度的腹胀、腹痛等<sup>[1]</sup>。近年来, 麻醉技术发展迅速, 但麻醉药物带来的副作用也不容忽视。耳穴贴压属于中医传统针刺麻醉中的一种, 具有较好的镇痛效果。多项研究表明, 耳穴贴压能够缓解手术患者焦虑情绪, 可用于辅助术后镇痛中, 但耳穴贴压辅助麻醉尚缺乏规范化研究, 影响其临床应用。本文探讨了耳穴贴压联合全麻对腹腔镜胆囊切除患者术后恢复情况、疼痛、不良反应等的影响, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①符合腹腔镜胆囊切除术适应症; ②美国麻醉医师协会(ASA)分级 I~II 级; ③无严重心肺功能障碍; ④无合并代谢障碍性疾病、血液病; ⑤既往无精神疾病史或家族遗传史; ⑥自愿签署知情同意书。

**1.2 排除标准** ①合并急性梗阻性化脓性胆管炎者; ②出血性疾病、凝血机制异常者; ③妊娠期妇女; ④合并严重内科疾病者; ⑤严重腹部感染者; ⑥胆囊癌患者。

**1.3 一般资料** 选取 2013 年 7 月—2014 年 7 月在本院择期行腹腔镜胆囊切除术患者 50 例作为研究对象。男 21 例, 女

29 例; 年龄 22~76 岁, 平均(46.32±2.58)岁; 疾病类型: 胆囊结石 23 例, 慢性胆囊炎 15 例, 胆囊息肉 12 例。将所有患者随机分为对照组和观察组各 25 例。2 组患者年龄、疾病类型、手术时间等比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 予以全麻。入手术室后建立静脉通道, 检测心率、血压、平均动脉压等。术中予以咪达唑仑 0.05~0.1 mg/kg、芬太尼 4 μg/kg、丙泊酚 0.5~1.0 mg/kg、顺苯磺酸阿曲库铵 0.15 mg/kg 行诱导麻醉, 失去意识后行气管插管。术中持续泵入丙泊酚靶控输注 3.0~4.0 μg/mL、瑞芬太尼 2.25~2.75 μg/kg·h 维持麻醉, 根据肌松情况间断静脉注射顺苯磺酸阿曲库铵。

**2.2 观察组** 治疗前将王不留行籽置入 75%乙醇中浸泡 5~8 min 后晾干, 置入瓶中备用。术前 24 h 予以耳穴贴压。拇指和食指对压按压耳穴: 肝、胆、脾、胃、交感、神门、大肠、小肠等, 以按压穴位出现酸、麻、热为宜。取 75%乙醇消毒穴位及周围皮肤, 将王不留行籽置于胶布中央, 粘贴于相应耳穴的皮肤上。医者示范正确按压方式按压每粒药籽, 每处 3~5 min, 以穴位有酸胀感为宜, 嘱咐患者间隔 3 h 按压穴位; 术中由麻醉师间隔 30 min 按压耳穴, 每处按压 30 s; 术

**[收稿日期]** 2015-03-26

**[作者简介]** 马挺 (1984-), 男, 住院医师, 研究方向: 术后多模式镇痛。

后嘱咐患者家属按压耳穴，直至术后3天去除耳贴。术中全麻方式同对照组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录2组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、进食时间、下床活动时间；②行疼痛视觉模拟评分(VAS)评估2组术后第1、3天疼痛程度，总分为0~10分，分值越高提示疼痛程度越严重。③行恶心呕吐程度视觉模拟量表评分(NVAS)评估2组术后第1、3天恶心、呕吐程度，总分为0~10分，分值越高提示程度越严重；④记录2组术后腹胀、恶心呕吐的发生率。

3.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS18.0分析文中数据，计量资料以(x±s)表示，采用t检验；计数资料以百分率(%)表示，采用χ²检验。

4 结果

4.1 2组术后症状体征恢复时间比较 见表1。术后观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、进食时间及下床活动时间均短于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。

表1 2组术后症状体征恢复时间比较(x±s) h

组别	n	肠鸣音恢复	首次排气	进食	下床活动
观察组	25	16.26±2.05 <sup>①</sup>	19.06±4.18 <sup>①</sup>	20.26±1.15 <sup>①</sup>	22.96±4.74 <sup>①</sup>
对照组	25	30.28±3.51	34.22±5.69	27.43±2.69	33.62±5.48

与对照组比较，①P<0.05

4.2 2组VAS、NVAS评分比较 见表2。术后第3天，2组VAS、NVAS评分均较术后第1天明显下降(P<0.05)；且观察组术后第1、3天VAS、NVAS评分较对照组同时段更低(P<0.05)。

表2 2组术后VAS、NVAS评分比较(x±s) 分

组别	n	VAS评分		NVAS评分	
		第1天	第3天	第1天	第3天
观察组	25	1.84±0.98 <sup>②</sup>	0.53±0.42 <sup>②③</sup>	1.56±0.82 <sup>②</sup>	0.43±0.28 <sup>②③</sup>
对照组	25	2.71±0.52	1.02±0.39 <sup>①</sup>	3.04±1.33	1.15±0.41 <sup>①</sup>

与本组术后第1天比较，①P<0.05；与对照组同时段比较，②P<0.05

4.3 2组术后腹胀、恶心呕吐发生率比较 见表3。术后腹胀、恶心呕吐的发生率观察组分别为20.0%、12.0%，对照组分别为48.0%、36.0%，2组比较，差异有统计学意义(P<0.05)。

表3 2组术后腹胀、恶心呕吐发生率比较 例(%)

组别	n	腹胀	恶心呕吐
观察组	25	5(20.0) <sup>①</sup>	3(12.0) <sup>①</sup>
对照组	25	12(48.0)	9(36.0)

与对照组比较，①P<0.05

5 讨论

腹腔镜胆囊切除术具有术中创伤小、术后恢复快、并发症少等优势，被医患普遍接受。然而，术中由于二氧化碳气腹、麻醉药物、电刀操作等因素的影响，腹腔镜胆囊切除术后可能出现胃肠功能蠕动减弱，增加患者术后腹胀、恶心呕吐等发生几率。有研究指出，腹腔镜胆囊切除术后恶性呕吐的发生率高达50%，严重者可能出现水电解质失衡、切口愈合延迟等，直接影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。临床中，中医药在预防术后腹胀、恶心呕吐中具有丰富经验。中医学认为，腹腔镜胆囊切除术后，元阳不足，气血两亏；脏腑失养，肠道气机不利，两者互为因果，易导致患者术后出现腹胀、呕吐等并发症<sup>[2]</sup>。

王不留行籽具有活血、祛瘀、止痛、清热解毒的效果。本研究中，围手术期采用取王不留行籽压贴于耳穴：肝、胆、脾、交感、神门、大肠、小肠等部位，对肝、胆、脾等穴位按摩、耳穴压豆，能够调节脏腑功能，促使气血运行。交感穴主治胃肠道痉挛，能够改善植物神经紊乱症状；神门穴主解痉，能够改善机体痉挛性疼痛症状；大肠穴主便秘、腹泻，可促使胃肠功能蠕动；小肠穴主腹痛。对耳部胃肠功能相关穴位行贴压具有良好的镇痛效果，还能够促使胃肠蠕动，降低术后腹胀、恶心等的发生几率。

本组研究中，观察组患者肠鸣音恢复时间、首次排气时间、进食时间及下床活动时间较对照组短，术后疼痛程度、恶心呕吐程度较对照组轻(P<0.05)。结果显示，耳穴贴压联合全麻能够减轻腹腔镜胆囊切除术患者术后疼痛程度，降低腹胀、恶性呕吐等发生率，且操作简便，值得深入研究。

[参考文献]

[1] 居骏. 全麻复合硬膜外阻滞在腹腔镜胆囊切除术中的应用[J]. 江苏医药, 2013, 39(21): 2588-2589.

[2] 方丽萍, 钱燕宁. 芬太尼与舒芬太尼对腹腔镜胆囊切除患者术后全麻恢复质量的影响[J]. 江苏医药, 2013, 39(18): 2145-2147.

[3] 孙红芳, 应学. 耳穴压豆联合心理干预预防甲状腺术后恶心呕吐60例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(5): 559-560.

(责任编辑：冯天保)

