

莲、柴胡、黄芩、防风、乌梅、五味子、生地黄、牡丹皮、赤芍、水牛角、白茅根、紫草、丹参、炙甘草组成。方中白花蛇舌草性甘寒、微苦，半枝莲味辛、微苦，均具有清热解毒的功效；柴胡味苦、性微寒，有疏散退热之效；黄芩性寒凉，可清热泻火；防风祛风解表；乌梅除烦生津止渴；五味子敛肺生津；白茅根凉血止血，清热生津；水牛角、生地黄、牡丹皮、赤芍、白茅根取犀角地黄汤之意，有清热解毒，凉血散瘀之效^[6]；紫草、丹参清热解毒，凉血活血；炙甘草调和诸药。以上药物合用，可奏清热解毒，活血化瘀，凉血止血之功。

本研究结果显示，解毒祛风凉血方治疗 HSP 风盛血热兼血瘀证，治疗总有效率高于西药治疗($P < 0.05$)。与此同时，治疗组皮肤紫癜的消退时间短于对照组($P < 0.05$)；蛋白类饮食与活动开放时间早于对照组($P < 0.01$)。提示解毒祛风凉血方治疗 HSP 血热兼血瘀证，临床疗效优于西药治疗，且用药安全，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王卫平. 儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 190-191.
- [2] 张之南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3版. 北京: 科学出版社, 2008: 168-170.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 11-12.
- [4] 李晓强, 刘春援. 从“毒邪伤络”探讨过敏性紫癜的病因病机[J]. 吉林中医药, 2012, 32(3): 222-223.
- [5] 刘邦民, 坚哲, 肖月圆, 等. 浅谈“风邪”与过敏性紫癜[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2014, 13(2): 127-129.
- [6] 张宏伟. 从犀角地黄汤加减治疗过敏性紫癜的临床观察说起[J]. 光明中医, 2012, 27(11): 2250-2252.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

针刺辅助麻醉对腹部手术患者术后恢复质量的影响

王晋, 杨世忠, 陆文博

武警浙江省总队嘉兴医院麻醉科, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 探讨针刺辅助麻醉对腹部手术患者术后恢复质量的影响。方法: 选取本院择期进行腹部手术的 70 例患者作为研究对象, 按就诊/入院顺序编号均分为对照组与观察组各 35 例, 对照组给予全麻处理, 观察组应用针刺辅助全麻, 连续监测 2 组麻醉前 (T_0)、插管后 1min (T_1)、切皮后 (T_2)、切皮 1h (T_3)、拔管结束时 (T_4) 心率 (HR)、平均动脉压 (MAP) 的变化, 记录 2 组睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间、拔管时间, 采用改良警觉/镇静分级评分法 (OAA/S) 评定患者术后意识恢复情况, 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评定患者术后疼痛情况, 统计术毕 2 组苏醒期躁动发生率。结果: 观察组 T_1 、 T_2 、 T_3 、 T_4 分别与 T_0 点比较, 心率略有上升, 但仅 T_2 点与 T_0 点比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组 T_1 、 T_2 、 T_4 点心率均高于 T_0 点, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组平均动脉压无明显变化, 对照组 T_1 、 T_2 、 T_4 点 MAP 均上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 与观察组比较, 对照组 T_1 、 T_2 、 T_4 点 HR、MAP 波动较高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术后睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间及拔管时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 OAA/S 表评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), VAS 表评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组苏醒期躁动发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 腹部手术中应用针刺辅助全身麻醉, 患者围术期血流动力学波动小, 术后恢复质量高。

[关键词] 腹部手术; 针刺; 麻醉; 术后恢复; 苏醒

[中图分类号] R730 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0107-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.046

[收稿日期] 2016-06-20

[作者简介] 王晋 (1988-), 男, 主治医师, 研究方向: 麻醉医学。

腹部手术为常见手术类型,其所产生的应激及创伤可导致围手术期急慢性疼痛,影响术后恢复,而配合有效的麻醉方案,确保镇痛完全,可减轻术中患者血流动力学波动,降低术后呼吸系统并发症及相关不良事件发生率,优化其术后恢复质量。以往有报道^[1]表示,针刺辅助全麻不仅可强化全麻镇静效果,同时两者可发挥协同作用,减少术中麻醉药物用量,稳定患者血流动力学,促进术后恢复。本研究为观察针刺辅助全麻对腹部手术患者术后恢复的影响,特选取本院收治的70例患者展开了研究分析,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①择期行胆囊切除术或胆管探查取石术患者;②麻醉等级(ASA)Ⅰ~Ⅱ级;③首次接受针刺麻醉者;④体重指数(BMI)为19~28 kg/m²;⑤签署知情同意书,且经本院伦理委员会批准。

1.2 排除标准 ①伴胸背、经穴局部皮肤感染者;②伴凝血功能严重异常及内分泌疾病者;③严重心肝肾功能异常者,严重精神疾病者;④近期内服用激素类药物及非甾体类抗炎药者;⑤依从性差,不能完成试验者;⑥近1月内参与过其他临床试验者。

1.3 一般资料 观察病例为2012年1月—2015年6月于本院择期接受腹部手术的70例患者。按就诊/入院顺序编号平均分为2组各35例。对照组男20例,女15例;年龄36~75岁,平均(42.6±5.7)岁;体重50~78 kg,平均(65.6±8.5) kg;接受胆囊切除术16例,胆管探查取石术19例。观察组男21例,女14例;年龄35~76岁,平均(43.1±5.8)岁;体重51~79 kg,平均(65.9±8.2) kg;接受胆囊切除术15例,胆管探查取石术20例。2组性别、年龄、体重、手术类型等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规全身麻醉。术前0.5 h肌注:盐酸哌替啶注射液(青海制药厂有限公司生产)50 mg,盐酸异丙嗪注射液(商丘市明清制药有限责任公司生产)25 mg及氢溴酸东莨菪碱注射液0.3 mg(上海禾丰制药有限公司生产)。心电图监护,监测血压、心率。静脉滴注咪唑啉(江苏恩华药业股份有限公司生产)0.05 mg/kg,依托咪酯(江苏恩华药业股份有限公司生产)0.2 mg/kg,芬太尼(宜昌人福药业有限责任公司生产)3 μg/kg及阿曲库铵0.6 mg/kg(浙江仙琚制药股份有限公司生产)作麻醉诱导,气管插管机械通气,靶控输注丙泊酚(西安力邦制药有限公司生产)作麻醉维持,初始靶浓度3~4 μg/mL,间断追加阿曲库铵,酌情输注芬太尼。

2.2 观察组 给予针刺辅助全身麻醉。先作针刺处理,取足三里、合谷、内关,连接电针刺刺激仪(G6805-2型,上海华谊医用仪器厂生产),选用疏密波,频率2/20 Hz,刺激强度以患者可耐受为宜,针刺20 min后作麻醉诱导,术中视患者耐受情况调节针刺强度。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①监测T₀、T₁、T₂、T₃、T₄时间点2组心率(HR)、平均动脉压(MAP)的变化。②观察患者术后苏醒情况,记录睁眼时间(呼唤患者姓名至其睁眼时间)、完成指令时间(能服从口头指令时间)、定位功能恢复时间(可正确表述所处环境)、拔管时间(呼则睁眼,可完成口头指令,潮气量>7 mL/kg)。③采用改良警觉/镇静分级评分法(OAA/S)评分表^[2]评估患者术后意识状态,共0~5分,0分:对疼痛刺激无反应;1分:对躯体摇晃无反应;2分:对轻中度摇晃躯体无反应;3分:对大声呼喊姓名反应迟钝或需反复呼唤;4分:对大声呼喊姓名有正常反应;5分:对正常呼喊姓名有反应。即评分越高,表示意识恢复越好。④采用视觉模拟评分表(VAS)^[3]评定术后疼痛情况,共0~10分,剧烈疼痛:9~10分;重度疼痛:7~8分;中度疼痛:5~6分;轻度疼痛:3~4分;无疼痛:0~2分。即评分越低,表示疼痛程度越低。⑤统计2组术后苏醒期躁动发生率。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组围术期血流动力学变化比较 见表1。观察组T₁、T₂、T₃、T₄分别与T₀点比较,心率均有上升,但仅T₂点与T₀点比较,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组T₁、T₂、T₄点心率均高于T₀点,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组平均动脉压无明显变化,对照组T₁、T₂、T₄点MAP均上升,分别与T₀比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),与观察组比较,对照组T₁、T₂、T₄点心率、平均动脉压波动较高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组围术期血流动力学变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	HR(次/min)	MAP(mmHg)
观察组	35	T ₀	71.02±10.21	93.22±13.58
		T ₁	74.62±14.22 ^②	97.42±10.95 ^②
		T ₂	75.71±8.77 ^{①②}	98.99±13.63 ^②
		T ₃	72.98±12.65	91.94±15.22
		T ₄	74.01±12.33 ^②	99.94±15.78 ^②
对照组	35	T ₀	70.04±13.22	93.25±14.05
		T ₁	91.64±8.12 ^①	111.74±11.59 ^①
		T ₂	85.81±13.87 ^①	108.64±14.78 ^①
		T ₃	73.44±10.01	94.22±12.23
		T ₄	90.11±9.47 ^①	110.66±11.74 ^①

与同组T₀点比较,① $P<0.05$;与对照组同时期比较,② $P<0.05$

4.2 2组苏醒情况比较 见表2。观察组术后睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间及拔管时间均短于对照组,差异

均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2组苏醒情况比较($\bar{x} \pm s$) min

组别	n	睁眼时间	完成指令时间	定位功能恢复时间	拔管时间
观察组	35	7.19±2.74 ^①	12.05±4.29 ^①	14.95±3.24 ^①	16.62±4.74 ^①
对照组	35	12.83±4.41	18.83±5.63	20.78±7.66	25.89±8.44

与对照组比较, $\textcircled{1}P < 0.05$

4.3 2组术后镇静、疼痛评分比较 见表3。观察组 OAA/S 表评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 其 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2组术后镇静、疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	OAA/S	VAS
观察组	35	4.26±0.78 ^①	3.85±1.22 ^①
对照组	35	3.11±0.42	6.24±1.05

与对照组比较, $\textcircled{1}P < 0.05$

4.4 2组苏醒期躁动发生率比较 观察组发生苏醒期躁动2例(5.71%), 对照组8例(22.86%), 观察组苏醒期躁动发生率低于对照组, 经 χ^2 检验, $\chi^2=4.200$, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

针刺麻醉应用至今已逾50年, 针刺辅助全麻不仅可克服常规全麻镇痛不足, 同时具备麻醉药物无法取代的良性调节作用^[4]。在腹部手术全麻诱导期, 大部分麻醉药物均有其心脏抑制及扩血管作用, 气管插管过程, 声门暴露, 气管插管、拔管等一系列刺激操作, 可激活垂体-肾上腺-醛固酮系统, 促进儿茶酚胺分泌, 作用于心脏及血管, 导致血压升高、心率加快, 增加心肌耗氧, 导致围术期患者血流动力学呈剧烈变化过程^[5]。而辅以针刺处理, 可发挥术前镇静、术中辅助麻醉及术后镇痛的作用。

针刺选穴通常依据手术部位及中医学经络理论, 将局部取穴与远端取穴相结合, 一般用于腹部止痛的穴位包括足三里、三阴交、内关、合谷等穴位。内关属手厥阴心包经腧穴, 为八脉交会穴, 维脉通阴, 针刺有其镇静定痛, 安神宁心之效; 足三里则为足阳明胃经腧穴, 针刺可通经活络、扶正祛邪、补中益气; 合谷则为手阳明大肠经腧穴, 为常用止痛穴, 针刺可减轻咽喉敏感度, 降低气管插管时患者心血管应激, 调节循环系统, 稳定血流动力学^[6]。闫琦等^[7]发现, 针刺足三里对脏器有保护作用, 同时可强化机体免疫功能。针刺取穴, 配合经皮

穴位电刺激原理与电针类似, 主要通过对相关穴位施以电刺激达到镇痛、镇静效果, 缓解术前应激, 减轻术后疼痛感。

本研究中所有患者均接受腹部手术, 对照组给予常规全麻, 观察组予以针刺辅助全麻, 结果发现, 围术期观察组心率、平均动脉压波动范围较小, T_1 、 T_2 、 T_4 点其HR、MAP均低于对照组($P < 0.05$), 与宫丽荣等^[8]研究结论一致; 同时研究发现, 观察组整体苏醒情况优于对照组, 其术后睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间及拔管时间均快于对照组, 镇静及疼痛评分结果均优于对照组, 且术后苏醒期躁动发生率低于对照组($P < 0.05$), 提示观察组围术期血流动力学较稳定, 且患者术后镇静程度高, 疼痛程度低, 苏醒时间快, 术后恢复质量好。由此可知, 在腹部手术中应用针刺辅助全身麻醉, 可稳定患者围术期血流动力学, 提升术后恢复质量, 减轻术后疼痛感。

【参考文献】

- [1] 张圆, 余剑波. 针刺在现代麻醉中应用[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2013, 34(2): 145-149.
- [2] 杨文芳, 孙莉. 改良警觉与镇静评分在无痛腔镜诊疗中的应用价值[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2012, 19(2): 157-159.
- [3] 曹卉娟, 邢建民, 刘建平, 等. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.
- [4] 黄增平, 肖思, 解有利, 等. 针刺复合全身麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用[J]. 中国基层医药, 2014, 21(20): 3057-3059, 3060.
- [5] 杨琼卉, 马武华, 黎玉辉, 等. 针刺不同穴位辅助全麻在妇科腹腔镜术中的作用比较[J]. 中国针灸, 2012, 32(1): 59-64.
- [6] 刘旭江. 浅谈中医针刺麻醉方法与应用[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7): 1848.
- [7] 闫琦, 冯艺. 针刺辅助麻醉与器官保护作用[J]. 中国针灸, 2013, 33(8): 765-768.
- [8] 宫丽荣, 余剑波, 曹新顺, 等. 全麻联合针刺在老年腹部手术中的应用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 19(6): 650-652.

(责任编辑: 刘淑婷)