

经皮电刺激耳神门穴联合止吐药对剖宫产术后恶心呕吐的影响

杨丹峰

宁波鄞州人民医院麻醉科, 浙江 宁波 315040

[摘要] 目的: 观察经皮电刺激耳神门穴联合止吐药对剖宫产术后恶心呕吐的影响。方法: 纳入 120 例剖宫产产妇, 采用随机数字表法将患者分为 2 组各 60 例。对照组术后给予盐酸昂丹司琼注射液 8 mg 静脉注射与自控硬膜外镇痛 (PCEA), 观察组在对照组用药基础上给予经皮电刺激耳神门穴治疗, 对比 2 组术后 12 h 出血量、术后排气时间、住院时间, 记录术后 24 h、48 h 恶心、呕吐的发生情况等。结果: 观察组术后 12 h 出血量少于对照组, 术后排气时间、住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组术后 0~24 h 恶心、呕吐发生率均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术后 24~48 h 恶心、呕吐发生率略低于对照组, 但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组术后 24 h 恶心、呕吐次数均少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组术后 48 h 恶心、呕吐次数比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 经皮电刺激耳神门穴联合止吐药治疗能够降低剖宫产术后 24 h 恶心、呕吐的发生率, 减少对术后产妇恢复的影响。

[关键词] 剖宫产; 恶心; 呕吐; 神门; 耳穴; 昂丹司琼

[中图分类号] R719.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0161-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.062

术后恶心呕吐是外科术后较为常见的并发症之一, 诱发原因较为复杂, 可能与体内激素水平、麻醉刺激、急诊手术胃排空差、心理状态等有关^[1], 会增加术后不适感, 延长住院时间。昂丹司琼为临床常用的止呕药物, 能够降低术后恶心呕吐的发生率; 然而, 有研究指出, 止呕药物自身疗效存在不确定性, 部分患者服药后仍出现恶心、呕吐症状^[2]。针灸是我国中医特色疗法, 在预防术后恶心呕吐具有丰富经验。对此, 本研究探讨了经皮电刺激耳神门穴联合止吐药物对剖宫产产妇术后恶心呕吐发生率及术后恢复的影响, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①择期行剖宫产手术; ②术前 48 h 内未服用止吐药物; ③麻醉 ASA 分级 I 级; ④经医院医学伦理协会审批通过, 知情并自愿签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①严重心肺功能障碍; ②有妊娠合并症; ③前庭功能障碍; ④有药物、酒精滥用史; ⑤有腹部手术史; ⑥精神异常。

1.3 一般资料 观察病例为 2014 年 6 月—2015 年

6 月在本院择期行剖宫产的产妇, 共 120 例, 采用随机数字表法将患者分为 2 组各 60 例。观察组年龄 22~40 岁, 平均(27.96±4.28)岁; 孕周 35~41 周, 平均(37.87±1.76)周; 手术时间 42~62 min, 平均(51.97±3.85)min。对照组年龄 22~41 岁, 平均(29.06±3.97)岁; 孕周 34~40 周, 平均(37.54±1.59)周; 手术时间 40~60 min, 平均(50.26±3.56)min。2 组年龄、孕周、手术时间等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 术前未服用止吐药物, 术中行腰硬联合麻醉; 断脐即刻静脉注射盐酸昂丹司琼注射液[齐鲁制药(海南)有限公司]8 mg。术后均给予自控硬膜外镇痛(PCEA)。

2.2 观察组 在对照组用药基础上经皮电刺激耳神门穴治疗。将产妇送入产室后, 常规消毒耳神门穴皮肤, 待局部皮肤干燥后, 连接韩式穴位刺激仪(LH202H), 取皮肤自粘性电极贴于耳神门穴行电刺激治疗, 刺激频率为 1.5 Hz, 强度由患者自行掌握, 以穴位有酸、胀、麻感为宜。从术中持续至术后

[收稿日期] 2016-01-22

[作者简介] 杨丹峰 (1986-), 男, 主治医师, 研究方向: 临床麻醉。

2 h。术后10天、22天再各刺激1次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录2组产妇术后6h出血量、术后排气时间、住院时间；②记录术后0~24h、24~48h恶心、呕吐发生情况。恶心标准：有呕吐感觉，但无腹肌、膈肌等收缩运动；呕吐标准：有呕吐感觉，有腹肌、膈肌等收缩运动，伴或不伴胃内容物呕出。教会患者及家属识别恶心、呕吐的方法，自行计算，由护士统一统计；③观察2组术后用药不良反应，评估治疗的安全性。

3.2 统计学方法 将研究所得数据输入至SPSS19.0统计学软件中进行分析。计数资料以率(%)表示，行 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2组术后6h出血量、术后排气时间、住院时间对比 见表1。观察组术后12h出血量少于对照组，术后排气时间、住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组术后6h出血量、术后排气时间、住院时间对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	术后12h出血量(mL)	术后排气时间(h)	住院时间(d)
观察组	60	113.21±2.64 ^①	27.51±3.69 ^①	5.92±1.36 ^①
对照组	60	178.64±4.26	34.69±4.86	6.87±2.27

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.2 2组术后24h、48h恶心、呕吐发生率对比 见表2。观察组术后0~24h恶心、呕吐发生率均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；观察组术后24~48h恶心、呕吐发生率略低于对照组，但差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 2组术后24h、48h恶心、呕吐发生率对比 例(%)

组别	n	恶心		呕吐	
		0~24h	24~48h	0~24h	24~48h
观察组	60	4(6.67) ^①	0	6(10.0) ^①	1(1.67)
对照组	60	12(20.0)	2(3.33)	13(21.67)	4(6.67)

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组术后24h、48h恶心、呕吐发生次数对比 见表3。观察组术后24h恶心、呕吐次数均少于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；2组术后48h恶心、呕吐次数比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

4.4 2组安全性评估 2组术后不良反应以轻度眩

晕、头痛等为主，经针对性处理后得到缓解，未对临床治疗造成影响。

表3 2组术后24h、48h恶心、呕吐发生次数对比 $(\bar{x} \pm s)$ 次

组别	恶心		呕吐	
	术后24h	术后48h	术后24h	术后48h
观察组	2.36±1.13 ^①	-	1.76±0.86 ^①	0.82±0.36
对照组	3.97±1.69	0.51±0.42	3.51±0.59	0.94±0.41

与对照组比较，^① $P < 0.05$ ；“-”提示未出现恶心症状

5 讨论

术后恶心呕吐的发生机制较为复杂，吸烟、晕动病史、急诊剖宫产、麻醉用药、手术刺激、术后搬动等均可能出现恶心、呕吐，可能会造成伤口撕裂，增加术后出血量，延长术后恢复时间等。

目前，临床常给予止吐药物预防剖宫产术后恶心呕吐，昂丹司琼属于5-HT₃受体拮抗剂，能够拮抗中枢化学感受区域及胃肠迷走神经5-HT₃受体，预防呕吐^[3]。同时，该药物价格相对较为便宜，可降低患者的经济负担。然而有研究指出，术后呕吐的诱发机制较多，仅通过拮抗5-HT₃受体可能无法达到预期的治疗效果^[4]。有学者指出，给予药物联合治疗，从不同途径预防呕吐，可提高治疗效果^[5]。因此，临床需寻求其他途径预防术后恶心呕吐，缩短术后恢复时间。

中医学对呕吐具有深入认识，《内经》与《诸病源候论·呕吐哕病诸候·呕吐候》等文献中早有呕吐的相关介绍。中医学认为，呕吐与胃失和降、胃气上逆密切相关。剖宫产手术麻醉药物、负面情绪等多重因素影响会造成脾胃受损，升降失调，水谷收纳和运化不利，诱发恶心、呕吐症状。针灸是中医干预恶心、呕吐的有效措施，属于安全、有效的非药物疗法之一，被广泛应用于临床。孙丰等^[6]采用耳穴贴压治疗术后恶心、呕吐作用显著，且无不良影响。张咏梅等^[7]指出耳穴埋针能够缓解化疗引起的恶心、呕吐症状。林明等^[8]采用耳穴联合治疗乳腺区段切除术引起的恶心、呕吐，发现术后24h内恶心、呕吐发生率明显下降。李井柱等^[9]指出，经皮电刺激耳神门穴具有明显的镇定、止呕作用，可降低术后恶心、呕吐的发生率。李如辰^[10]认为封闭耳神门穴具有降逆止呕的作用。

本研究主要采用经皮电刺激神门穴治疗，与中医

的电针较为相似,通过恒定电流刺激穴位,在短时间缓解恶心、呕吐症状,减少恶心、呕吐的发生率;电流信号强度控制在一定范围内,不受身体电阻变化的影响。有研究指出,耳穴周围分布有大量的迷走神经,针刺耳穴能够调节神经内分泌系统和胃肠道运动,可降低由神经因素诱发的呕吐症状;增加肾上腺素活性,抑制5-羟色胺(5-HT)传递,进而达到预防恶心、呕吐的目的;术前行经皮电刺激耳神门穴,具有超前止呕的效果,可降低术后恶心、呕吐的发生率。神门穴位于耳窝三角顶点,具有调节脏腑、运行气血的作用;穴位周围存在大量的迷走神经,刺激该穴位能够调控迷走神经,达到减缓恶心、呕吐;促使内源性阿片类物质释放,预防恶心、呕吐,具有镇痛、抗感染、抗呕吐、抗焦虑的效果,且经皮电刺激具有无创、操作方便的特点,易被患者接受。

本研究结果显示,观察组术后24h恶心、呕吐发生率和平均次数均低于对照组($P < 0.05$),提示刺激神门穴联合止吐药物能够有效预防剖宫产术后恶心呕吐。观察组术后12h出血量少于对照组($P < 0.05$),术后排气时间、住院时间短于对照组($P < 0.05$),笔者认为对照组术后恢复时间延长可能与术后24h恶心、呕吐造成伤口裂开有关。但2组术后48h恶心、呕吐发生率无统计学差异($P > 0.05$)。

综上所述,经皮电刺激耳神门穴联合止吐药物治疗能够降低剖宫产术后24h恶心、呕吐的发生率,减少对术后产妇恢复的影响;但术后24~48h的恶心、呕吐发生率无统计学差异,还有待进一步探讨。

[参考文献]

- [1] 吴新民,罗爱伦,田玉科,等. 术后恶心呕吐防治专家意见(2012)[J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(4): 413-416.
- [2] 王丽珺,仓静,薛张纲,等. 6种方法预防低危患者术后恶心呕吐(PONV)的成本效果分析[J]. 复旦学报:医学版, 2014, 41(1): 74-80, 110.
- [3] 徐睿,顾青,陈超,等. 昂丹司琼预防妇科腹腔镜手术恶心呕吐的Meta分析[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2013, 34(6): 507-512.
- [4] 朱爱兵,沈明坤,徐志勇,等. 昂丹司琼预防剖宫产术后曲马多持续镇痛所致的恶心呕吐[J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(11): 1079-1081.
- [5] 权翔,朱波,叶铁虎,等. 昂丹司琼和格拉司琼对术后恶心呕吐高风险患者的预防作用[J]. 中国医学科学院学报, 2011, 33(4): 445-448.
- [6] 孙丰,朱洪生. 耳穴贴压用于预防乳腺纤维瘤摘除术后呕吐疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(9): 819-820.
- [7] 张咏梅,计芬琴,孙黎,等. 耳穴埋针预防乳腺癌化疗引起的恶心、呕吐反应40例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(2): 134.
- [8] 林明,熊昕,魏巍,等. 耳穴治疗复合经皮穴位电刺激对预防乳腺区段切除患者术后恶心呕吐的影响[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(11): 1858-1860.
- [9] 李井柱,李晓征,王明山,等. 经皮电刺激耳神门穴对剖宫产术后恶心呕吐发生率及镇痛效果的影响[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(27): 1892-1895.
- [10] 李如辰. 耳部神门穴封闭治疗妊娠呕吐32例[J]. 河南中医, 2014, 34(8): 1580.

(责任编辑:吴凌)