

# 涌泉穴艾慈灸穴位贴敷促进剖宫产术后低体温恢复护理观察

朱雁珍, 周平, 何碧珍, 胡肖萍, 邓金霞

佛山市南海区妇幼保健院, 广东 佛山 528200

**[摘要]** 目的: 观察涌泉穴艾慈灸穴位贴敷促进剖宫产术后低体温恢复的作用。方法: 选取 200 例剖宫产产妇为研究对象, 随机分为 2 组各 100 例。对照组给予常规护理, 观察组给予涌泉穴艾慈灸穴位贴敷。比较 2 组术后体温复常时间、术后出血量及手术部位感染 (SSI) 发生率。结果: 观察组和对照组体温复常时间分别为 (37.4±5.1) min、(60.2±4.3) min, 观察组术后体温复常时间短于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组术后 2 h、12 h 及 24 h 的失血量均低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。观察组 SSI 发生率低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用涌泉穴艾慈灸穴位贴敷可有效促进剖宫产术后低体温恢复, 减少 SSI 发生率, 操作简便, 值得临床应用。

**[关键词]** 剖宫产; 低体温; 艾慈灸; 穴位贴敷; 涌泉

**[中图分类号]** R719.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0307-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.145

剖宫产术中由于麻醉抑制、腹腔及宫腔开放、手术操作应激、液体输注及手术室环境温度等因素影响, 易导致产妇散热增加, 从而出现围手术期低体温 (Hypothermia) 现象, 即体温  $< 36^{\circ}\text{C}$ <sup>[1]</sup>。近年来, 研究证实, 低体温可诱发寒颤、凝血功能障碍及手术部位感染 (surgical site infection, SSI) 等不良反应, 直接影响患者临床预后<sup>[2-3]</sup>。传统盖被保温效果欠佳, 患者术后低体温持续时间长。寻找更为有效的术后保温措施是亟待解决的问题。涌泉穴艾慈灸被证实可有效促进剖宫产术后低体温恢复, 但操作较为复杂, 大大增加了护理工作量<sup>[4]</sup>。艾慈灸由灸热体、磁体、艾绒远红外等材料组成, 可温热、活血化瘀、消肿止痛, 其具备艾灸相同功效, 且操作更为简单、便捷。本研究对行剖宫产产妇采取涌泉穴艾慈灸穴位贴敷进行术后保温护理, 在预防低体温及 SSI 方面取得满意效果, 结果报道如下。

## 1 临床资料

- 1.1 纳入标准 知情同意并签署知情同意书; 单胎妊娠者。
- 1.2 排除标准 术前体温异常者 ( $> 37.5^{\circ}\text{C}$  或  $< 36^{\circ}\text{C}$ ); 严重妊娠并发症者; 术中出血量  $> 400\text{ mL}$  者。
- 1.3 一般资料 观察病例为 2013 年 10 月—2014 年 10 月于本院行剖宫产产妇者, 共 200 例。将入组患者按随机数字表法分为 2 组各 100 例。观察组年龄 23~42 岁, 平均 (28.1±4.2) 岁; 孕周 36~41 周, 平均孕周 (39.0±1.9) 周; 手术时间 55~74 min, 平均 (62.4±7.3) min; 术中出血量 178~

340 mL, 平均 (225.8±23.1) mL。对照组年龄 22~40 岁, 平均 (27.5±4.8) 岁; 孕周 35~42 周, 平均孕周 (39.4±1.7) 周; 手术时间 57~78 min, 平均 (62.9±6.8) min; 术中出血量 183~351 mL, 平均 (230.2±29.2) mL。2 组患者年龄、孕周、手术时间、术中出血量等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 护理方法

2.1 对照组 给予常规术后护理, 包括维持适宜室内温度 (24~26 $^{\circ}\text{C}$ ), 加盖被褥, 给予心理护理及健康宣教。

2.2 观察组 在对照组常规护理的基础上给予涌泉穴艾慈灸穴位贴敷, 具体措施包括: (1) 穴位处理: 贴敷前采用热毛巾适当揉搓穴位至微热; (2) 取穴: 取涌泉穴作为贴敷穴位; (3) 穴位贴敷: 采用艾慈灸 (江西艾慈生物科技有限公司) 进行贴敷, 持续贴敷 12 h。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 体温变化: 记录患者术后即刻体温, 之后每间隔 5 min 测量 1 次体温, 记录体温恢复至正常范围的时间。术后失血量: 术后采用一次性卫生垫收集阴道出血, 直接称重法计算失血量。SSI 发生率: 参照 2001 年卫生部颁布的《医院感染诊断标准》, 包括器官腔隙感染、浅表切口感染及深部切口感染。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据统计分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用独立样本  $t$  检验; 计数资料

**[收稿日期]** 2014-12-25

**[作者简介]** 朱雁珍 (1969-), 女, 副主任护师, 主要从事妇产科临床护理工作。

用例数/百分数( $n/\%$ )表示, SSI发生率比较采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 护理结果

4.1 2组患者体温变化情况比较 见表1。术后即刻, 2组患者体温变化情况比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 观察组术后体温复常时间短于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组患者体温变化情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	术后即刻体温( $^{\circ}\text{C}$ )	体温复常时间(min)
观察组	100	35.1 $\pm$ 0.4	37.4 $\pm$ 5.1
对照组	100	34.9 $\pm$ 0.4	60.2 $\pm$ 4.3
$t$ 值		0.268	5.061
$P$ 值		0.789	0.007

4.2 2组患者术后失血量情况比较 见表2。观察组术后2h、12h及24h的失血量均低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ )。

表2 2组患者术后失血量情况比较( $\bar{x}\pm s$ ) mL

组别	$n$	术后2h	术后12h	术后24h
观察组	128	49.2 $\pm$ 6.7	35.4 $\pm$ 4.2	24.2 $\pm$ 4.0
对照组	117	68.2 $\pm$ 4.2	57.5 $\pm$ 5.3	40.6 $\pm$ 4.4
$t$ 值		4.082	5.951	5.735
$P$ 值		0.015	0.004	0.005

4.3 2组术后SSI发生率情况比较 见表3。观察组SSI发生率低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组术后SSI发生率情况比较

组别	$n$	发生例数	发生率(%)
观察组	100	4	4.0
对照组	100	12	12.0
$\chi^2$ 值			4.348
$P$ 值			0.037

#### 5 讨论

正常机体状态下, 人体核心体温设定在 $37^{\circ}\text{C}$ 左右, 但在麻醉剂的使用、体腔开放、液体输注及手术室内温度等因素影响下, 核心体温出现不同程度变化。流行病学调查研究显示, 围手术期低体温发生率高达60%~80%。

大量研究证实, 机体体温过低时外周血管强烈收缩, 引起血流动力学变化; 同时, 低温还可导致肝脏功能受损, 引起凝血因子分泌紊乱, 并最终导致机体凝血功能障碍, 这对控制术后失血量是十分不利的。此外, 围手术期低体温还是诱发SSI的独立危险因素, 低体温通过影响血液流变学稳定, 减少局部血供及氧合供应, 增加蛋白质消耗, 从而增加SSI的发生率<sup>[1]</sup>。

中医学认为, 气虚是导致低体温的主要病因, 温煦减弱,

则阴阳失调, 气血不运。《本草从新》记载, 艾叶苦辛, 纯阳之性, 走三阴, 理气血, 逐寒湿。艾灸作为中医学特有的治疗手段, 具有温经通络、行气活血、温中补气之功效。艾灸对祛除肢体湿寒具有效果。涌泉穴为足少阴神经之井穴, 取此穴行灸法可祛阴寒、壮元阳。

艾慈灸在秉承中医传统灸法精华的基础上, 结合现代科技, 创造性加入“艾绒远红外”材料, 产生红外线辐射, 从而实现艾灸疗、烫熨及磁疗的完美结合, 具有温热、祛风散寒、舒经活血、祛瘀止痛之功效。现代医学研究证实, 在合理的取穴基础上使用艾慈灸, 可有效促进局部血液循环及微循环, 改善血流动力学, 提高机体自身修复能力。本研究结果显示, 采用涌泉穴艾慈灸穴位贴敷可有效促进剖宫产术后低体温的恢复, 分析其原因可能与艾慈灸的温热作用及促进血液循环作用有关。此外, 采用涌泉穴艾慈灸穴位贴敷还可有效减少剖宫产术后出血量, 分析其原因可能与术后低体温持续时间缩短有关, 术后体温迅速复常可减少凝血功能障碍, 从而减少术后出血。而术后低体温持续时间缩短, 还可促进机体胶原蛋白合成, 抑制局部炎症反应, 从而减少SSI发生率<sup>[6-8]</sup>。

综上所述, 采用涌泉穴艾慈灸穴位贴敷可有效促进剖宫产产妇产后低体温恢复, 减少SSI发生率, 操作简便, 值得推广应用。

#### [参考文献]

- [1] Seamon MJ, Wobb J, Gaughan JP, et al. The effects of intraoperative hypothermia on surgical site infection: an analysis of 524 trauma laparotomies[J]. Annals of surgery, 2012, 255(4): 789-795.
- [2] Pu Y, Cen G, Sun J, et al. Warming with an underbody warming system reduces intraoperative hypothermia in patients undergoing laparoscopic gastrointestinal surgery: a randomized controlled study [J]. International journal of nursing studies, 2014, 51(2): 181-189.
- [3] Teodorczyk JE, Heijmans JH, van Mook W, et al. Effectiveness of an Underbody Forced Warm-Air Blanket during Coronary Artery Bypass Surgery in the Prevention of Postoperative Hypothermia: A Prospective Controlled Randomized Clinical Trial[J]. Open Journal of Anesthesiology, 2012, 2(1): 65-66.
- [4] Hasegawa K, Negishi C, Nakagawa F, et al. Core temperatures during major abdominal surgery in patients warmed with new circulating-water garment, forced-air warming, or carbon-fiber resistive-heating system [J]. Journal of anesthesia, 2012, 26(2): 168-173.
- [5] 聂玲, 姜涛, 李朝阳, 等. 充气式保温毯在全身麻醉苏醒

- 期寒颤患者中的应用观察[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(5): 74-76.
- [6] Oh JH, Kim JY, Chung SW, et al. Warmed Irrigation Fluid Does Not Decrease Perioperative Hypothermia During Arthroscopic Shoulder Surgery [J]. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery, 2014, 30(2): 159-164.
- [7] Weiss AJ, Lin HM, Bischoff MS, et al. A propensity score-matched comparison of deep versus mild hypothermia during thoracoabdominal aortic surgery [J]. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 2012, 143 (1): 186-193.
- [8] 刘永宁. 术中体温与手术部位感染相关因素的研究[J]. 中国医学创新, 2011, 8(14): 186-188.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 中西医结合保守治疗急性单纯性阑尾炎疗效与护理观察

方惠英, 叶刚

龙游县中医医院外科, 浙江 龙游 324400

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合保守治疗结合护理措施干预急性单纯性阑尾炎的临床疗效。方法: 将本院外科收治的 86 例急性单纯性阑尾炎患者随机分为对照组和综合组各 43 例, 对照组给予抗感染、退热、止痛等对症处理及常规护理, 综合组在对照组治疗与护理的基础上采用加味大黄牡丹汤内服、并配合阑尾区中药外敷及针刺治疗。疗程均为 7 天。观察 2 组退热、疼痛减轻的时间, 血常规及 C-反应蛋白 (CRP) 的情况。结果: 综合组痊愈率为 74.42%, 明显高于对照组的 44.19% ( $P < 0.05$ ); 综合组腹痛减轻时间、阑尾点压痛减轻时间及体温恢复时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ ); 治疗后, 2 组白细胞计数、中性粒细胞百分比和 CRP 均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 综合组各指标与对照组比较, 下降更为显著 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合保守治疗结合护理措施干预急性单纯性阑尾炎, 可较快地控制发热、疼痛等症状、体征, 降低血中白细胞、中性粒细胞和 CRP, 其治疗效果优于单纯西医治疗。

**[关键词]** 急性单纯性阑尾炎; 保守治疗; 中西医结合疗法; 大黄牡丹汤; 中药外敷; 针刺

**[中图分类号]** R656.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0309-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.146

急性阑尾炎是外科常见的急腹症之一, 其中急性单纯性阑尾炎指炎症只局限于阑尾黏膜及黏膜下层, 阑尾轻度肿胀, 浆膜充血, 有少量纤维性渗出物<sup>[1]</sup>, 相当于中医学的瘀滞型“肠痈”。急性阑尾炎确诊后应尽早行手术治疗, 但对于单纯性阑尾炎, 临床上首选无创伤、费用低且并发症少的保守治疗。本院外科采用中西医结合治疗急性单纯性阑尾炎, 实施综合护理措施, 取得良好的临床疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择本院外科 2013 年 6 月—2014 年 4 月收住院的急性单纯性阑尾炎患者, 共 86 例, 将患者采用随机数字表法分为对照组和综合组各 43 例。对照组男 24 例, 女

19 例; 年龄 16~52 岁, 平均(30.4 ± 12.7)岁; 病程 3~29 h, 平均(11.2 ± 5.3)h。综合组男 21 例, 女 22 例; 年龄 18~50 岁, 平均(29.3 ± 11.4)岁; 病程 6~32 h, 平均(13.1 ± 6.2)h。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《常见疾病的诊断与疗效判定标准》<sup>[2]</sup>中的诊断标准: 转移性或固定性右下腹痛, 持续性疼痛, 阵发性加剧; 麦氏点或右下腹有固定压痛、反跳痛或腹肌紧张; 伴不同程度发热、头痛及恶心、呕吐等胃肠道症状; 白细胞计数及中性粒细胞百分比升高; 排除右肾、输尿管结石, 胃肠穿孔, 宫外孕破裂, 右侧卵巢蒂扭转, 肠系膜淋巴结炎等

**[收稿日期]** 2014-12-10

**[作者简介]** 方惠英 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事外科的临床护理工作。