

引用:孙晓玲,钟伟兰,张月群. 中药封包联合低频电刺激治疗宫腔镜术后疼痛 100 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(10): 51-54.

中药封包联合低频电刺激治疗宫腔镜术后疼痛 100 例

孙晓玲,钟伟兰,张月群

(广州中医药大学附属中山医院,广东 中山,528401)

[摘要] 目的:评价中药封包联合低频电刺激治疗宫腔镜术后疼痛的效果。方法:将妇科住院行宫腔镜电切术后疼痛的 300 例患者按随机数字表法分为治疗组、对照组和空白组,每组各 100 例。3 组患者术后均予常规治疗和护理,对照组在此基础上给予低频电刺激脉冲治疗仪治疗下腹和腰部,治疗组在对照组基础上予中药封包热敷下腹和腰部。采用视觉模拟评分法(VAS)评价 3 组治疗前后疼痛情况,比较治疗后腰痛、宫缩痛的发生率,并发症发生率以及患者的满意度。结果:3 组治疗 24 h、48 h 后的 VAS 评分比较,治疗组低于对照组、空白组,对照组低于空白组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。腰痛发生率、宫缩痛发生率、并发症发生率、护理满意率治疗组分别为 10.0%(10/100)、9.0%(9/100)、20.0%(20/100)、95.0%(95/100),对照组分别为 35.0%(35/100)、31.0%(31/100)、37.0%(37/100)、84.0%(84/100),空白组分别为 78.0%(78/100)、82.0%(82/100)、53.0%(53/100)、72.0%(72/100),各项指标 3 组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:中药封包联合低频电刺激能有效减轻宫腔镜电切术后疼痛,减少并发症发生,从而促进患者快速康复,提高患者的满意度。

[关键词] 宫腔镜电切术;中药封包;低频电刺激;腰痛;宫缩痛;并发症

[中图分类号] R271.93 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.018

随着内镜技术的飞速发展,宫腔镜技术被广泛应用于妇科疾病的诊断和治疗,宫腔镜手术成为子宫粘连、子宫内膜息肉、黏膜下肌瘤等子宫多发疾病治疗的标准术式^[1]。然而患者在宫腔镜术中受到大量膨宫介质灌入、宫内压力大、术中牵拉宫颈、子宫收缩、麻醉药物以及手术体位等因素的影响,术后可能出现宫缩痛、腰部酸痛、胃肠功能紊乱等多种并发症^[2]。因此,加强术后干预治疗和护理对改善患者预后具有重要意义。近年来,诸多临床研究显示,低频脉冲电刺激相当于无创伤性针灸治疗,能有效缓解妇科腔镜术后的疼痛与不适^[3-4],中药热熨包在减轻患者子宫术后宫缩痛及促使其胃肠功能恢复方面疗效显著^[5-6]。本研究对宫腔镜电切术后患者使用中药封包联合低频电刺激治疗,观察其对患者术后疼痛和并发症的影响,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 7 月至 2020 年 7 月于我院行宫腔镜电切手术的患者 300 例,根据入院顺序按随机数字表法将其分为治疗组、对照组和空白组,每组各 100 例。治疗组患者年龄 19~61 岁,平均(33.43±8.68)岁;平均手术时间(20.15±5.86)min;宫腔镜下子宫内膜息肉电切术(TCRP)52 例,宫腔镜下子宫粘连电切术(TCRA)15 例,宫腔镜下宫内异物电切术(TCRF)21 例,宫腔镜下黏膜下子宫肌瘤电切术(TCRM)12 例。对照组患者年龄 19~62 岁,平均(32.38±9.75)岁;平均手术时间(18.54±7.28)min;TCRP 55 例,TCRA 16 例,TCRF 21 例,TCRM 8 例。空白组患者年龄 20~62 岁,平均(34.56±9.26)岁;平均手术时间(19.37±6.42)min;TCRP 58 例,TCRA 14 例,TCRF 18 例,TCRM 10 例。3 组年龄、手术时间和术式等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过我院伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准 1)年龄 18~70 岁;2)由妇科宫腔镜手术引起的术后疼痛;3)患者知情同意且能积极配合医护人员工作。

1.3 排除标准 1)近 1 个月内服用或外用任何对腹痛、腰痛有治疗作用的药物;2)合并有严重心血管、肺、肝、肾和造血系统疾病、血友病及其他出血

第一作者:孙晓玲,女,医学博士,副主任医师,研究方向:中西医结合妇产科学

通讯作者:钟伟兰,女,主任医师,研究方向:妇科微创手术及生殖内分泌疾病的诊治,E-mail:Zhongweilan1971@163.com

性疾病;3)精神病患者或妊娠、哺乳期妇女;4)下腹部及腰部皮肤有破损或感觉迟钝;5)使用心脏起搏器者。

2 治疗方法

2.1 空白组 予以宫腔镜静脉麻醉术后常规处理。1)预防感染。注射用头孢呋辛钠 1.5 g/次+100 ml 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,2次/d;甲硝唑氯化钠注射液 100 ml 静脉滴注,2次/d;青霉素或头孢类药物过敏者改用盐酸克林霉素注射液 0.6 g/次+250 ml 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,2次/d。2)补液维持水电解质酸碱平衡。5%葡萄糖注射液 500 ml+维生素 C 0.5 g。3)术后常规康复。术后 2 h 卧床休息并吸氧,术后 4 h 踝泵运动,术后 6 h 下地活动。4)饮食指导。禁食 2 h,后清淡流质饮食过渡至普通饮食。5)腰腹酸痛护理。对术后宫缩痛、腰痛情况给予评估,在能承受的范围内不予处理,严重不能耐受者予镇痛药物治疗。

2.2 对照组 在空白组的基础上实施低频电刺激治疗。采用低频脉冲电治疗仪(广州三瑞医疗器械有限公司,型号:SRL800A),术后 2 h 内进行腰痛、宫缩痛情况评估,同时开始用低频脉冲电刺激治疗,连接导线及探头,在治疗探头上均匀涂上耦合剂,将其紧密粘贴于下腹关元穴及腰骶部腰阳关穴,予腹带固定。治疗量根据患者的承受力以微量电流对皮肤进行温和刺激,使患者有刺痛颤动的感觉,2次/d,20 min/次,4次为 1 个疗程。

2.3 治疗组 在对照组的基础上实施中药封包治疗。选用相应中药处方,腹部用暖宫方(当归 30 g、吴茱萸 20 g、艾叶 30 g、桂枝 30 g 等),腰骶部用腰痛方(延胡索 30 g、乳香 25 g、没药 25 g 等),将所选中药送本院中药房加工成均匀粗粉,按处方装入备好的大小合适的布袋中,封好袋口。将盐包平铺于电炉内,打开电炉总开关,温度控制在 70~80℃,将相应处方中药包平铺在盐包上面,让其充分吸热。嘱患者取仰卧位,把腰痛方放于腰骶部,暖宫方平铺在下腹部,注意防烫伤。术后 2 h 开始,20 min/次,2次/d,4次为 1 个疗程。

3 组患者观察周期均为 2 d,治疗期间如无紧急情况或严重并发症,不得使用与治疗该病有关的镇痛药物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛情况。采用视觉模拟评分

法(VAS)评分,于治疗前、治疗 24 h 后、治疗 48 h 后对患者的疼痛情况进行评估。准备一个标有 0~10 刻度的直尺,对应 0~10 分,让患者根据自身的主观疼痛感受进行划线,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛。2)腰痛和宫缩痛发生率。于治疗 48 h 后采用 VAS 评分进行评估,腰痛、宫缩痛 VAS 评分 ≥ 4 分即为阳性。3)并发症发生情况。观察 3 组患者治疗后寒战、乏力、头痛、恶心呕吐、腹胀等并发症的发生情况。4)护理满意度。采用院内通用的护理满意度调查表进行,该调查表共 20 个问题,每个问题的得分在 0~5 分之间,总分在 0~100 分之间。 ≥ 85 分,为非常满意; ≥ 75 分、但 < 85 分,为满意; ≥ 60 分、但 < 75 分,为一般; < 60 分,为不满意。由主管护士通过询问的方式进行调查问卷填写,满意率=(非常满意人数+满意人数)/总干预人数 $\times 100\%$ 。

3.2 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 19.0 软件进行处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,多组间比较采用 F 检验,2 组间比较用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验和方差分析;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 3 组治疗前后 VAS 评分比较 3 组治疗前 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 24 h、48 h 后对照组、治疗组 VAS 评分均低于空白组,且治疗组较对照组低($P<0.01$);对照组、治疗组 VAS 评分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 1)

表 1 3 组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗 24 h 后	治疗 48 h 后	F 值	P 值
治疗组	100	5.73 $\pm$ 0.77	2.02 $\pm$ 0.85 ^{ab}	0.82 $\pm$ 0.59 ^{ab}	1181.61	<0.01
对照组	100	5.68 $\pm$ 0.97	3.10 $\pm$ 0.89 ^a	1.75 $\pm$ 0.69 ^a	541.48	<0.01
空白组	100	5.90 $\pm$ 0.89	5.75 $\pm$ 0.90	5.62 $\pm$ 0.78	2.66	0.071

注:与空白组比较,^a $P<0.01$;与对照组比较,^b $P<0.01$ 。

3.3.2 3 组腰痛、宫缩痛发生率比较 腰痛发生率治疗组、对照组和空白组分别为 10.0%(10/100)、35.0%(35/100)、78.0%(78/100),3 组组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。宫缩痛发生率治疗组、对照组、空白组分别为 9.0%(9/100)、31.0%(31/100)、82.0%(82/100),3 组组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.3.3 3 组并发症发生情况比较 术后并发症发

生率治疗组、对照组、空白组分别为 20.0%、37.0%、53.0%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P<0.01$)。(见表 2)

表 2 3 组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	例数	寒战	头晕头痛	恶心呕吐	腹胀	总发生
治疗组	100	2(2.0)	5(5.0)	8(8.0)	5(5.0)	20(20.0) ^{ab}
对照组	100	2(2.0)	10(10.0)	17(17.0)	8(8.0)	37(37.0) ^a
空白组	100	4(4.0)	12(12.0)	23(23.0)	14(14.0)	53(53.0)

注: 与空白组比较, ^a $P<0.01$; 与对照组比较, ^b $P<0.01$ 。

3.3.4 3 组护理满意率比较 护理满意率治疗组为 95.0%, 对照组为 84.0%, 空白组为 72.0%, 组间比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 3 组护理满意率比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意
治疗组	100	88(88.0)	7(7.0)	5(5.0)	0	95(95.0) ^{ab}
对照组	100	71(71.0)	13(13.0)	16(16.0)	0	84(84.0) ^a
空白组	100	20(20.0)	52(52.0)	26(26.0)	2(2.0)	72(72.0)

注: 与空白组比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

宫腔镜手术具有创伤小、恢复快、患者痛苦小、术中出血少以及治疗时间短等特点, 目前已成为宫腔疾病不可替代的诊疗方法^[7]。静脉全身麻醉是宫腔镜手术常用的麻醉方法, 方便高效, 但由于手术时间短, 苏醒后多不加药物镇痛, 因此有术后康复欠佳、并发症多等不足, 如何有效改善宫腔镜电切术后疼痛及其他并发症, 促进患者快速康复, 是妇科腔镜医生关注的重点和热点。

子宫粘连、子宫内膜息肉、黏膜下肌瘤及宫内异物残留是妇科临床的常见疾病, 目前宫腔镜电切手术是治疗的首选方法。中医学认为, 上述疾病均可归为“癥瘕”范畴, 其基本的病机为离经之血积聚成瘀血, 瘀血阻冲任胞宫从而导致疾病的发生^[8]。宫腔镜手术伤及胞宫胞脉, 耗伤肾之元气精血, 冲任血海不满, 子宫失于涵养, 藏泄失司。加之术后离经之血不能速去, 瘀血停留, 阻滞冲任, 新血不生, 经络不通, 不通则痛, 从而使术后出现腰酸、腰痛、乏力等肾虚血瘀症状^[2]。因此治疗以补肾益气、活血化瘀为法, 以补肾调经化瘀方^[9]、生化汤^[8]等方为用, 并配合针灸、艾灸等中医药外治法治疗, 均有较好的临床疗效。

中药封包是中医外治法的一种, 以中医辨证施治原理为基础, 将中医药物外用治疗与局部盐包热

敷热疗相结合, 利用药物的温热作用于局部, 通过皮肤黏膜直接渗透而入, 能够有效改善局部血液微循环和淋巴循环, 加速血液流通, 促进药物有效成分快速到达患处, 同时, 适当的温度能够软化皮肤角质层, 提高药物的渗透性, 刺激疼痛部位的穴位, 达到调和气血、活血化瘀、温经止痛的作用^[10]。中药封包因其“简、便、廉、验”的优势, 广泛应用于内外妇科、术后康复、疼痛等多个方面。

暖宫方由当归、吴茱萸、艾叶、桂枝组成, 具有养血理气调经、暖宫散瘀止痛之效, 为我科经验方, 常用于宫腔各种操作及计划生育手术后, 可明显减少患者疼痛及呕吐等不适。方中当归养血活血、调经止痛为君药; 艾叶调经止血、散寒除湿, 吴茱萸温经下气、散寒止痛、逐风邪、开腠理, 共为臣药; 桂枝温通经脉、助阳化气则为佐药。加粗盐热敷可增加保温性及增强渗透性, 将药粉包平放于粗盐上面, 借助热力使药力透过皮肤进入体内达胞宫, 共奏养血理气调经、暖宫散瘀止痛之效。腰痛方由延胡索、乳香、没药等组成, 方中药物均为辛温之品, 功专活血散瘀、行气散寒止痛, 制成中药封包, 放于腰骶部, 借助粗盐的热力, 扩张患者局部毛细血管, 进而促进其血液循环功能的提高, 可迅速改善患者因麻醉和手术本身引起的腰痛等不适。

低频脉冲电刺激作为一种新型物理治疗手段, 具有缓解疼痛、加快子宫恢复、促进术后胃肠功能恢复等效果, 在妇产科领域应用非常广泛^[11]。低频脉冲治疗仪通过专用探头对人体特定部位进行低频脉冲电刺激, 对人体局部产生物理作用, 调节人体内环境, 从而达到缓解疼痛、加快子宫恢复、加快伤口愈合等临床治疗效果。国内有许多低频治疗在妇科术后的应用报道, 如治疗刮宫术后子宫内膜薄^[12]、缓解产妇产后宫缩痛^[13]、提高宫腔镜手术麻醉镇痛效果、降低妇科宫腔镜手术后恶心呕吐发生等^[14]。

本观察结果显示, 对照组和治疗组治疗后宫缩痛及腰痛的发生率都较空白组降低, 治疗 24 h、48 h 后的 VAS 评分均明显低于治疗前和空白组, 且治疗组的改善程度显著优于其他组, 差异有统计学意义 ($P<0.01$), 表明中药封包联合低频治疗能有效减少电切术后宫缩痛和腰痛的发生, 减轻疼痛的严重程度。由于宫腔镜电切手术中常需用到大量的宫腔灌注液, 且多使用静脉麻醉药物, 术后常见寒战、

头晕头痛、恶心呕吐、腹胀等并发症,本研究发现,治疗组和对照组的术后并发症发生率分别为20.0%、37.0%,明显低于空白组的53.0%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗组患者对护理的满意程度高达95.0%,其可能原因包括:治疗后疼痛症状和程度轻,无明显合并症,康复快,符合其微创手术的心理预期;低频和中药封包治疗期间,护理人员对于患者的观察更加细致,医(护)患交流更多,患者就医体验更佳。

综上所述,中药封包联合低频电刺激能有效缓解宫腔镜电切术后宫缩痛、腰酸痛症状,减轻其发生率,并减少恶心呕吐、腹胀等并发症,从而促进患者快速康复,提高患者的满意度。本研究不足之处在于病例数较少,未根据不同术式进一步分组讨论,主要观察节点集中在住院期间,缺乏对患者出院后疗效和远期并发症的随访,从而对疗效的可信度产生一定的影响。今后将进一步完善、扩大使用量,针对不同疾病和术式采取个体化治疗,并对出院后情况随访观察,以提高疗效可信度。以中药复方为基础的中药封包热熨,配合传统的低频理疗仪,操作简便安全,疗效显著,患者易接受,值得妇产科临床推广应用。

参考文献

- [1] 姜伶俐,王鹰,张蓉,等. 优思明联合少腹逐瘀胶囊预防宫腔镜子宫内膜息肉切除术后复发的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(20):2206-2208.
- [2] 贺海霞,肖静,文希. 子午流注低频治疗宫腔镜术后肾虚血瘀型腰痛的效果[J]. 广东医学,2016,37(24):3757-3759.

- [3] 何英慧,金凤斌,刘桃,等. 低频脉冲电刺激在治疗腹腔镜术后膈肌及肩胛部位疼痛的临床应用[J]. 中国医疗器械信息,2019,25(2):23-24.
- [4] 刘肖英,潘成荣,陈凤随,等. 低频电刺激联合中药封包治疗人工流产后并发症的疗效[J]. 广州医科大学学报,2016,44(6):48-50.
- [5] 凌青霞,徐桂平. 暖宫方中药热敷包对宫腔镜手术后腹部疼痛及预后的影响[J]. 当代护士:中旬刊,2019,26(11):93-95.
- [6] 张兰,孙鸣鸽. 子午流注理论结合中药热熨对子宫肌瘤剔除术患者术后胃肠功能的影响[J]. 中医药导报,2019,25(6):128-131.
- [7] 张颖,段华,张师前. 2020年美国妇产科医师学会和美国妇科腔镜医师协会《子宫腔内病变的宫腔镜诊治专家共识》解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2020,36(9):907-910.
- [8] 郭慧梅,高希焕,陆颖怡,等. 宫腔镜电切术后联合妈富隆及生化汤治疗子宫内息肉临床研究[J]. 河北医学,2014,20(5):711-714.
- [9] 关艳杰,韩金芳,宋秀霞,等. 中西医结合预防中重度宫腔粘连宫腔镜术后复发临床观察[J]. 山西中医,2019,35(12):20-22.
- [10] 廖军,周荣斌,朱君军,等. 四子散中药封包治疗腰间盘突出的临床研究[J]. 重庆医学,2020,49(6):959-962.
- [11] 张催兰. 低频脉冲电刺激在妇产科领域中的应用进展[J]. 中国妇幼保健,2015,30(36):6674-6676.
- [12] 黄镇乐,常瑞萍. 低频电刺激联合人胎盘片治疗刮宫术后子宫内薄28例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(7):61-62.
- [13] 黄优华,丘驰,卢琼芳. 产后宫缩痛应用低频脉冲电刺激治疗的效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(11):146-147.
- [14] 纪秀波,孙新朝,陈阳村,等. 经皮穴位电刺激辅助静脉全麻对妇科宫腔镜手术患者术后康复和并发症的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(5):553-556.

(收稿日期:2021-03-01)

通畅条达 延生之道(二)

动摇以流通血脉

动摇即劳动和运动。东汉华佗认为“动摇”是却病延年的重要途径,他对弟子吴普说:“人体欲得劳动,但不当使极耳。动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生。譬如户枢,终不朽也”(《三国志·华佗传》)。华佗还根据古导引法,创造出五禽戏,“亦以除疾,兼利蹄足,以当导引”,使其“年且百岁而犹有壮容”。吴普仿之,“年九十余,耳目聪明,齿牙完坚”。

唐代著名医家孙思邈也是动摇养生的倡导者和实践者,他要求老年人常行导引,“礼拜一日勿住,不得安于其处,以致壅滞”(《千金翼方》)。

动摇的运动形式很多,其中散步对养生尤为适宜,《素问·四气调神大论》中载:“夜卧早起,广步于庭”,除食后缓行外,晨起和睡前也要散步。实践证明,散步有利于流动气血,活动关节。明代《寿世保元》指出:“养生之道,不欲食后便卧及终日稳坐,皆能凝结气血,久则损寿”,而应“食讫当行步踌躇”。(陈永灿, <http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=183397>)