

# 中药穴位贴敷联合推拿 对剖宫产术后气虚血瘀证的干预效果\*

韩伟, 李坤珊, 吕学亚

廊坊市妇幼保健院, 河北 廊坊 065000

**[摘要]** 目的:观察中药穴位贴敷联合推拿干预剖宫产术后气虚血瘀证患者的临床疗效。方法:将82例行子宫下段剖腹产分娩的足月妊娠产妇按照随机数字表法分为对照组和治疗组各41例。对照组术后行常规护理措施,治疗组在对照组基础上予中药穴位贴敷联合推拿,两组均连续干预3天。比较两组患者首次肛门排气、排便及肠鸣音恢复时间,胃肠功能障碍评分、气虚血瘀主证单项症状评分以及临床疗效。结果:治疗后,治疗组患者首次肛门排气、排便及肠鸣音恢复时间较对照组缩短( $P < 0.01$ );两组患者胃肠功能障碍与气虚血瘀主证单项症状评分均降低,治疗组低于对照组( $P < 0.01$ );治疗组总有效率为97.56%(40/41),高于对照组的80.49%(33/41)( $P < 0.05$ )。结论:与单纯常规护理措施比较,常规护理措施联合中药穴位贴敷及推拿有助于剖宫产术后气虚血瘀证患者胃肠障碍症状体征与中医证候的改善,进一步提高疗效。

**[关键词]** 剖宫产术后;胃肠功能;穴位贴敷;推拿

**[中图分类号]** R271.43 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)10-0150-04

## Intervention Effects of Herbal Acupoint Application Joined with Massage on Qi Deficiency and Blood Stasis Type of Patients after Caesarean Section

HAN Wei, LI Kunshan, LYU Xueya

Langfang Maternal and Child Health Hospital, Langfang 065000, China

**Abstract** Objective: To survey the intervention effects of herbal acupoint application and massage on Qi deficiency and blood stasis type of patients after Cesarean section (CS). Methods: All 82 full-term pregnancy puerperants who underwent CS in the lower segment of the uterus were divided into the control group and the treatment group with 41 cases in each group. The control group accepted conventional nursing interventions after the operation, and the treatment group accepted herbal acupoint application and massage on the foundation of the therapy of the control group, and both groups were intervened for three days continuously. To compare initial anal exhaust and defecation time, the time of the recovery to intestinal gurgling sound, gastrointestinal dysfunction score, single symptom scores of the main syndrome of Qi deficiency and blood stasis, as well as curative effects between two groups. Results: After the treatment, initial anal exhaust and defecation time, the time of the recovery to intestinal gurgling sound of the treatment group were shorter than these of the control group ( $P < 0.01$ ); gastrointestinal dysfunction score, single symptom scores of the main syndrome of Qi deficiency and blood stasis of the two groups were reduced, the treatment group was lower than the control group ( $P < 0.01$ ); total effective rate of the treatment group was 97.56% (40/41), higher than 80.49% (33/41) of the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Compared with only routine nursing intervention, its combination with herbal acupoint application and massage could improve body signs and TCM syndromes of gastrointestinal dysfunction in Qi deficiency and blood stasis type of patients after the surgery of CS, and further enhance therapeutic effects.

**Keywords** after the surgery of CS; gastrointestinal function; acupoint application; massage

剖宫产手术常应用于产科,该术式患者需经历麻醉抑制、肠道显露、产程延长、手术创伤等过程,因其胃肠功能暂时处于抑制状态,可能对术后肠道功能有负面影响,如术后产妇出现胃肠功能紊乱、排便困难、腹胀以及恶心呕吐等胃肠功能障碍症状<sup>[1-2]</sup>。胃肠功能障碍影响术后产妇康复及乳汁分泌,降低产妇生活质量,而术后尽快恢复胃肠功能有助于改善产妇营养状况,对促进切口愈

合与乳汁分泌,减少其他并发症具有重要意义<sup>[3]</sup>。剖宫产术后产生胃肠功能障碍的因素较复杂,如手术操作创伤、患者心理状态、胃肠积气以及麻醉方法等,西医主要进行胃肠减压、维持电解质平衡等干预措施,但效果欠佳<sup>[4]</sup>。中医对剖宫产术后患者胃肠功能障碍可通过多种外治法联合进行干预,具有一定临床效果<sup>[5]</sup>。本研究观察在西医常规护理基础上联合中药穴位贴敷及推拿干预剖宫

产术后胃肠功能障碍的临床疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 将2020年1月至2021年6月于廊坊市妇幼保健院行子宫下段剖腹产分娩的足月妊娠伴胃肠功能障碍产妇82例按照随机数字表法分为对照组和治疗组各41例。对照组产妇年龄26~44岁,平均(37.44±5.21)岁;孕周36~40周,平均(39.03±5.34)周;手术时间34~41 min,平均(37.12±5.28) min;新生儿体质量3.30~3.59 kg,平均(3.44±0.49)kg;孕次1~4次,平均(2.31±0.38)次;产次1~3次,平均(1.44±0.29)次。治疗组产妇年龄25~43岁,平均(37.29±5.19)岁;孕周36~40周,平均(38.89±5.31)周;手术时间33~41 min,平均(37.12±5.28)min;新生儿体质量3.29~3.58 kg,平均(3.40±0.48)kg;孕次1~4次,平均(2.28±0.37)次;产次1~3次,平均(1.31±0.28)次。两组产妇基线资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审核批准(LFFY-LL001)。

**1.2 诊断标准** 符合《中华妇产科学》<sup>[6]</sup>中剖宫产手术指征及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中气虚血瘀证诊断标准。气虚证主证:气短,乏力,神疲,脉虚;次证:自汗,懒言,舌淡。血瘀证主证:刺痛,脉络瘀血,舌质紫暗,脉涩或沉弦;次证:肌肤甲错,肢体麻木,狂躁,善忘。以上证型主证任意2项加次证任意1项即可确诊。

**1.3 纳入标准** 1)符合上述中、西医诊断标准;2)胃肠功能障碍;3)年龄20~43岁;4)单胎;5)首次行剖宫产术及手术顺利;6)患者知情同意。

**1.4 排除标准** 1)伴有严重妊娠并发症;2)有腹部手术史;3)穴位贴敷局部皮肤破损;4)严重过敏体质或对本治疗过敏;5)有心、脾、肝、肾等严重障碍;6)合并其他类型胃肠道疾病。

## 1.5 干预方法

**1.5.1 对照组** 实施常规护理,包括术后平卧,禁食、禁饮6 h,常规补液,预防感染,6 h后协助翻身,腹部按摩,排气后予流质饮食,术后24 h下地活动,对切口予常规换药护理。连续干预3天。

**1.5.2 治疗组** 在对照组基础上予中药穴位贴敷联合推拿。中药穴位贴敷:取中脘、神阙、上巨虚(双)、下巨虚(双)。操作:选取黄芪25 g、当归12 g、大黄9 g、青皮10 g、桃仁12 g、白芥子10 g,将上述药物研成末,以陈醋、黄酒调制成药饼(直径1.5 cm、厚0.3 cm),穴位局部皮肤消毒后,将药饼置于治疗贴并固定在上述穴位,上午、下午各贴敷1次,每次贴敷4 h,连续3天。推拿:于术后

6 h行穴位推拿按摩,选取足三里(双)、内关(双)、三阴交(双)。操作:以拇指指腹反复按压足三里、内关、三阴交2 min,频率为60次/min,手法由轻至重,患者穴位局部产生酸、麻、胀感觉后再轻柔5 s,每日3次,连续干预3天。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 首次肛门排气、排便以及肠鸣音恢复时间** 记录两组产妇首次肛门排气、排便以及肠鸣音恢复时间。

**1.6.2 胃肠功能障碍评分** 按产妇进食、恶心、呕吐、体征、症状持续时间,对应计0、1、2、3分,总分0~15分,得分越高表示胃肠功能障碍越严重。

**1.6.3 气虚血瘀主证单项症状评分<sup>[8]</sup>** 按正常、轻、中、重评价患者气短、乏力、刺痛、脉络瘀血,对应计0、1、2、4分,得分越高表示症状越严重。

**1.6.4 临床疗效<sup>[9]</sup>** 治愈:胃肠障碍完全消除,95%≤气虚血瘀主证减分率≤100%;显效:胃肠障碍明显好转,75%≤气虚血瘀主证减分率<95%;有效:胃肠障碍有所改善,55%≤气虚血瘀主证减分率<75%;无效:胃肠障碍未改善,气虚血瘀主证减分率<55%。

气虚血瘀主证减分率(%)=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%

总有效率(%)=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 22.0软件分析数据,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 $t$ 检验; $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 首次肛门排气、排便以及肠鸣音恢复时间** 治疗后治疗组首次肛门排气、排便以及肠鸣音恢复时间较对照组缩短( $P<0.01$ )。见表1。

表1 两组患者胃肠障碍症状恢复时间比较( $\bar{x}\pm s$ ) h

组别	例数	首次肛门排气	首次排便	肠鸣音恢复
对照组	41	22.40±3.73	62.90±7.81	17.06±3.30
治疗组	41	18.49±3.37*	50.94±6.61*	13.09±2.85*

注:\*表示与对照组比较, $P<0.01$

**2.2 胃肠功能障碍评分** 治疗前两组产妇胃肠功能障碍评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后两组产妇胃肠功能障碍评分均降低( $P<0.01$ ),治疗组降低程度更显著( $P<0.01$ )。见表2。

**2.3 气虚血瘀主证单项症状评分** 治疗前两组产妇气虚血瘀主证单项症状评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后两组产妇气虚血瘀主证单项症状评分均降低( $P<0.01$ ),治疗组低于对

照组( $P < 0.01$ )。见表2。

2.4 临床疗效 治疗组总有效率为97.56%(40/

41), 高于对照组的80.49%(33/41)( $P < 0.05$ )。见表3。

表2 两组患者气虚血瘀主证单项症状评分及胃肠功能障碍评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	气短	乏力	刺痛	脉络瘀血	胃肠障碍
对照组	41	治疗前	3.03 ± 0.45	3.01 ± 0.45	2.91 ± 0.34	2.69 ± 0.33	8.12 ± 0.96
		治疗后	1.27 ± 0.27*	1.23 ± 0.26*	1.18 ± 0.26*	1.11 ± 0.25*	3.14 ± 0.46*
治疗组	41	治疗前	3.08 ± 0.46	3.06 ± 0.46	2.83 ± 0.33	2.75 ± 0.34	8.04 ± 0.95
		治疗后	0.79 ± 0.13**	0.74 ± 0.12**	0.81 ± 0.13**	0.64 ± 0.11**	2.12 ± 0.36**

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.01$ ;#表示与对照组治疗后比较, $P < 0.01$

表3 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	41	15(36.59)	15(36.59)	3(7.32)	8(19.51)	33(80.49)
治疗组	41	20(48.78)	16(39.02)	4(9.76)	1(2.44)	40(97.56)
$\chi^2$						4.493
P						0.034

### 3 讨论

剖宫产手术操作对肠道刺激、炎性物质渗出及麻醉药物等会引起机体自主神经功能紊乱,使胃肠处于暂时性麻痹状态,抑制胃肠蠕动,扰乱胃电节律,引发术后产妇胃肠障碍表现,严重时可能发生肠梗阻,影响术后康复<sup>[10]</sup>。同时剖宫产术后切口疼痛、卧床休息等亦可引起排气排便障碍及腹胀,影响乳汁分泌,如不及时缓解,还可增加术后肺及腹部的并发症<sup>[11]</sup>。然而西医对剖宫产术后产妇胃肠功能障碍缺乏共识干预方案。

剖宫产术后产妇胃肠功能障碍属中医学“腹痛”“肠结”“肠满”等范畴,经历过经、孕、产耗伤气血的产妇,其发病以气虚、血瘀为本,胃气不降、腑气不通为标,气虚血瘀为本<sup>[12]</sup>。剖宫产术中损耗机体元气,气虚血停致瘀阻血脉;金刃所伤,血溢脉外,或留滞经络,直接阻遏气机,导致气滞血瘀。气为血之帅,气机不畅,瘀滞胃肠道,腑气不通,引起脾胃升降失调,出现腹胀、大便不通等症;同时腹部手术创伤及经络血脉,瘀血结于六腑使其不能传化,以致腑气不通形成肠痹<sup>[13-14]</sup>。因此,剖宫产术后胃肠功能障碍的基础病机为气虚血瘀,临证以益气通腑、活血化瘀为主要治则。

中医穴位贴敷法经穴位局部皮肤对药物的吸收,并通过局部穴位激发全身经气,促进气血运行,发挥活血通络的疗效<sup>[15-16]</sup>。本研究中穴位贴敷以黄芪益气健脾;当归活血补血,润肠通便;大黄泻热导滞,逐瘀生新;青皮行气消积导滞;桃仁祛瘀润肠;白芥子利气散结通腑,并引药入病所为使药,有利于药物透皮吸收。选取的中脘穴为胃经募穴,有健脾和胃、理气化滞作用;神阙穴汇聚先天阳气,与各脏器、脉络相通,加之该处最薄弱,

药物易渗透吸收直达病灶,起疏通经络、下气宽肠、通达气机作用;巨虚是大肠经下合穴,下巨虚为足阳明胃经穴,可调节胃肠。足三里为足阳明胃经要穴,按摩刺激能调理脾胃、补中益气、通经活络;三阴交为肝、脾、肾经脉交汇所在,可疏通三阴气血;内关穴能缓解胃痛、呕吐等症。本研究结果显示,治疗组产妇首次肛门排气、排便以及肠鸣音恢复时间较对照组缩短;治疗后,两组产妇胃肠功能障碍与气虚血瘀主证单项症状评分均降低,且治疗组降低更显著;治疗组总有效率高高于对照组。以上结果表明于常规处理措施的基础上,联合中药穴位贴敷及推拿能有效改善剖宫产术后气虚血瘀证产妇胃肠功能障碍及中医证候,提高临床疗效。

综上所述,于剖宫产术后常规干预措施基础上联合中药穴位贴敷及推拿有助于改善剖宫产术后气虚血瘀证产妇胃肠障碍症状与中医证候,提高临床疗效,具有较好的临床推广价值。

#### 参考文献

- [1] 缪长凤,李伟莉. 电针促进剖宫产术后胃肠功能恢复临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2019, 38(3): 44-46.
- [2] 律苗苗,张英平,沈连华. 耳穴压丸联合乳房穴位按摩对初产妇剖宫产术后泌乳和康复的影响[J]. 西部中医药, 2022, 35(2): 108-111.
- [3] 陈玲珍,陈志清,周洁,等. 艾灸联合术后1号方对二次剖宫产术后胃肠功能的影响[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(2): 137.
- [4] 应家琪,吕芸. 健脾行气通腑汤对剖宫产术后患者胃肠功能恢复的促进作用[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(5): 787-788.
- [5] 张惠萍. 中医综合干预促进剖宫产术后胃肠功能恢复的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(3): 456-457.
- [6] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004: 982-992.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 368-371.