

## ERAS 理念下电针疗法对脑外科术后头痛患者的疗效观察

胡蓉 李素莲 胡珊

西南医科大学附属中医医院

〔摘要〕目的 探讨加速康复外科护理理念结合电针疗法在脑外科术后头痛患者中的应用效果。方法 将 100 例脑外科术后头痛的患者随机分为观察组和对照组各 50 例,观察组按照加速康复外科理念为术后患者进行疼痛护理,并在此基础上行电针治疗,对照组给予常规疼痛护理。分别对两组患者术后舒适度(采用 Kolcaba 的舒适状况量表评测)、术后疼痛度(采用目测类比评分法评测)进行比较。结果 观察组患者术后舒适度、疼痛度均优于对照组。结论 电针疗法可以有效缓解脑外科患者术后头痛,加速康复外科护理理念结合电针疗法可缩短患者术后头痛痊愈时间,保持良好的恢复状态,提高病人舒适度及生活质量,对病人术后早期活动及康复有积极的推动作用。

〔关键词〕ERAS;电针疗法;脑外科患者;术后头痛

〔中图分类号〕R246.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)06-093-02

脑外科疾病突然、危重、病情变化快、并发症多、致残和死亡率高。手术治疗是该疾病的主要治疗措施之一,但因术后头痛等原因,导致脑外科术后患者卧床时间长,加重和阻碍了患者手术后的康复。

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS),是指采用一系列循征医学证据的围术期优化措施,减少手术患者生理和心理的创伤应激,以达到患者快速康复的目的<sup>[1]</sup>。其要点包括:与病人交谈取得病人合作并消除紧张心理,优化麻醉、术后镇痛、术后早期活动等。

电针疗法是指在刺入人体穴位的毫针上,用电针机通以微量低频脉冲电流的一种治疗方法。对神经官能症、神经痛、神经麻痹、脑血管意外后遗症等疗效较好<sup>[2]</sup>。我科在 ERAS 护理理念下运用电针疗法对术后头痛患者进行护理干预,有效地缓解了患者术后头痛,促进了病人的术后康复活动,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月至 2016 年 12 月在我科住院的术后头痛患者 100 例,病人均知情同意。纳入标准:(1)术后有明确头痛史,头痛程度为轻度或中度;(2)神志清楚能合作者;(3)小学以上文化水平,能理解围术期各宣教内容。排除标准:(1)重度头痛者;(2)有严重合并症;(3)既往有癫痫发作史或躁动患者;(4)感知直线和准确标定能力差或对描述词理解力差的老年人。按随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。观察组:男 27 例,女 23 例;年龄 20 岁~66 岁,平均 47.14 岁;对照组:男 31 例,女 19 例;年龄 22 岁~72 岁,平均 50.82 岁。两组患者性别、年龄、手术分类等一般资料比较差异无统计学意义。

### 1.2 研究方法

两组患者均行常规治疗,应用西药行降低颅内压缓解头痛及改善脑循环、营养脑神经治疗。观察组与对照组采用相同的护理人员进行护理干预,且干预的时间均为 7d。对两组患者均采用目测类比评分法(VAS)每天评估患者疼痛的分值,将分值体现在床头疼痛评分游标卡尺上:在 10cm 长的直线中每隔 1cm 标定 1 格,0 为不痛,10 为最大程度疼痛;让患者

自行在线上标出疼痛得分。

#### 1.2.1 观察组

1.2.1.1 术前宣教:术前与病人交谈,告知手术计划取得病人合作,消除病人紧张情绪

1.2.1.2 疼痛护理:术后无痛是镇痛的最终目标,也是术后快速康复的重要前提<sup>[3]</sup>,疼痛护理要做到具体情况具体分析,个别情况单独落实。①术后第二天开始采用电针疗法,每日一次,每次 30min,7 天为一疗程。每次选穴 4~6 穴,取主穴:太阳、风池、百会、合谷、太冲<sup>[4]</sup>。配穴:头顶痛取百会、太冲;颞部痛取太阳、率谷、外关、中渚;前额痛取阳白、上星、合谷、足三里;枕部痛取风池、天柱、后溪、昆仑。依据中医辨证,风邪上扰可加风池、太阳;痰浊上扰可加丰隆、足三里;痰热内阻加头维、内庭;肝阳上亢加太冲、行间<sup>[5]</sup>。选取穴位刺激得气后接通 G6805 电针治疗仪,波型为连续波,连续脉冲频率 550~800 次/min,电流强度为耐受限;②护理人员要及时告诉患者手术后疼痛的情况,必要时采用药物缓解,鼓励病人深呼吸,放松心态,分散注意力以缓解疼痛,促使患者有心理准备接受疼痛,消除紧张<sup>[6]</sup>。

1.2.1.3 心理护理:患者的心理障碍可以直接或间接影响手术愈后效果。根据具体的病情和心理反应对术后病人的心理护理要做到体贴、安慰,及时向患者传达手术后的有利信息,减轻患者术后心理负担,从而转移注意力,提高生活的勇气和信心,提升术后舒适度<sup>[7]</sup>。

1.2.2 对照组:术后给予病人传统的常规护理方法,由护理人员对病人及家属进行简单的术后健康宣教,必要时遵医嘱予以药物控制。

#### 1.3 观察指标

①舒适情况评价:采用 Kolcaba<sup>[8]</sup>的舒适状况量表(GCQ)进行,于术后 24h、48h 对两组病人进行测量,分数越高说明舒适度越高,大于 80 分为术后舒适;②疼痛评分:选术后 1 天、3 天、7 天患者疼痛评分比较。

#### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 13.0 统计软件包,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数、百分比表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者在术后舒适度, 术后疼痛评分均优于对照组。

(见表 1)

表 1: 两组患者术后舒适度、疼痛评分比较

	例数	术后 24h 舒适度	术后 48h 舒适度	术后 1 天疼痛评分	术后 3 天疼痛评分	术后 7 天疼痛评分
对照组	50	64±6.6	82.6±6.3	4±1	4±1	2±1
观察组	50	88±5.4	93.2±4.2	4±1	2±1	0
P 值		<0.05	<0.05		<0.05	<0.05

3 讨论

ERAS 护理理念是近年来新提出的一种理念, 与常规护理相比, ERAS 强调通过一系列有效措施的组合产生协同作用, 从而促进患者生理与心理快速康复<sup>[9]</sup>。在 ERAS 理念下提倡对术后患者早期行中医护理治疗, 保持积极心态, 提升术后舒适度。

而脑外科术后患者常见头痛, 充分镇痛也是促进患者早期康复, 消除紧张情绪、提升舒适度的重要前提。电针除改善神经血循环, 调节神经代谢作用外, 尚有中枢性镇痛作用, 针刺可通过中枢神经, 传入途径, 刺激脑垂体, 释放鸦片样物质, 5-羟色胺, 乙酰胆碱等神经递质而达到镇痛作用<sup>[10]</sup>。

4 结论

ERAS 结合电针疗法对脑外科术后患者加强止痛、镇痛, 促进气血循环, 恢复术后神经功能等作用明显, 可有效缓解脑外科患者术后头痛, 较好的提升患者术后舒适度及生活质量, 增强患者战胜疾病的信心, 对早期康复有积极的推动作用。

[参考文献]

[1] 姜志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义 [J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2):131-133.

[2] Xie K, Liu M. Clinical observation of electroacupuncture and re-habilitation training in treating cerebral infarction [J]. J Acu-

punct Tuina Sci, 2009, 7:140-142.

[3] 杨洋, 彭南海, 江志伟. 胸段硬膜外镇痛对腹腔镜结直肠手术后疼痛的影响及护理观察 [J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(12):143-145.

[4] 阮志强. 电针加拔火罐治疗头痛 88 例疗效分析 [J]. 福建中医药, 1996, 27(6):14-14

[5] 张建华. 电针疗法治疗偏头痛的疗效比较及血清 MMP-9 的变化 [J]. 中国地方病防治杂志, 2014, 0(S2):141-142

[6] 刘莹. 对术后脑外科的患者治疗护理分析 [J]. 医学信息. 2010.12.395

[7] 张亚玲, 行永利, 王伟. 精神分裂症合并外科疾病 15 例围术期护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2009, (10): 65-66.

[8] Kolcaba KY. Holistic comfort : operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome [J]. Advance in Nursing Science, 1992, 15(1):1-10.

[9] 江志伟, 黎介寿. 我国加速康复外科的研究现状 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(3):246-249.

[10] 何永淮, 胡栋, 忻志平, 等. 电针疗法缓解腰椎间盘突出症患者疼痛的疗效: 随机对照 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(18): 2730

(上接第 92 页)

祖国医学认为, 慢性肾功能不全属于“虚劳”、“癃闭”及“关格”等范畴, 其病因病机目前认为肾元不足是启动因素和发展转归的根本, 脾虚失运是转化和发展的重要因素, 湿、毒、瘀是主要病理产物<sup>[2]</sup>。治疗上当以益气健脾、解毒活血泄浊为法。本研究观察组在常规治疗的基础上, 采用黄芪大黄汤加减灌肠治疗慢性肾功能不全, 该中药方具体组方包括: 大黄、黄芪、牡蛎、丹参以及蒲公英等。组方中, 君药为大黄, 其具有通腹泻浊以及祛除湿毒等方面的功效。药理学研究证实<sup>[3]</sup> 大黄素对人肾成纤维细胞抑制, 大黄中含有大黄鞣质, 其可以有效降低血 BUN、Scr 等功效, 从而起到改善肾功能的作用。此外, 大黄中还含有大量的氨基酸分子, 如精氨酸、赖氨酸等机体稀缺性氨基酸, 同时这也是慢性肾功能不全患者所缺乏的, 从而很好地纠正了某些慢性肾功能不全患者氨基酸代谢紊乱的不良症状。该药方中的牡蛎, 富含多种类型的钙质, 可以使得灌肠汤剂成为高张液体, 从而实现肠道透析的效果; 蒲公英, 清热解毒、抵抗感染, 可有效地促进细胞的吞噬, 从而增强机体的免疫功能。黄芪具有补中益气、补气生血及益卫固表等方面的功效, 医学药理学研究证实: 黄芪的主要成分黄芪皂甙、黄酮类物质等, 可以有效提高体液的 cAMP 水平, 从而使得机体免疫功能得以大幅增加<sup>[4]</sup>。黄芪具有降血糖、强心扩血管作用。丹参, 具有活血化瘀、理气通络、改善微循环以及调节血脂、降低血液黏稠度等方面的功效。丹参可

有效改善组织微循环, 提高肾脏血流量大小, 主要成分丹参酮具有溶栓以及降脂、抗凝等方面的功效, 从而很好地促进了肾脏疾病的恢复。

药物灌肠后利用结肠自身潜在的吸收和排泄功能, 在肠腔内建立起行之有效的透析系统, 广泛开发和利用肠黏膜的潜在功能, 清除结肠内和肠黏膜上的有害代谢产物和毒素, 调节水、电解质平衡, 稳定内环境, 提高其对体内有毒溶质和由结肠吸收的潜在性毒性化合物的清除率。本研究结果表明, 在西药治疗的基础上配合中药灌肠方治疗慢性肾功能不全, 疗效明显优于单纯用西药治疗。中药灌肠方能明显减轻或消除患者的临床症状, 延缓慢性肾功能不全的进展。

综上所述, 中药灌肠治疗慢性肾功能不全的疗效显著, 可有效改善患者肾功能, 应在临床上对此法进行推广。

[参考文献]

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑 [S]. 1993:167-170.

[2] 林碧莹. 慢性肾功能不全中医证型分布特点的临床研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2010

[3] 何东元. 大黄酸抑制肾间质成纤维细胞激活的实验研究 [J]. 中华肾脏病杂志, 2006, 22(2):105-108.

[4] 唐英, 朱炜, 王东. 黄芪、丹参有效单体对慢性肾功能衰竭大鼠肾组织转化生长因子 β1 和结缔组织生长因子 mRNA 的影响 [J]. 中医杂志, 2014, 11 (2): 144-147.