

全息刮痧疗法对胃癌术后患者早期肠内营养耐受性的影响

朱平, 王传思, 杨惠

Effect of holographic scraping therapy on early enteral nutrition tolerance in patients after gastric cancer surgery Zhu Ping, Wang Chuansi, Yang Hui

摘要:目的 探讨全息刮痧疗法对胃癌术后患者早期肠内营养耐受性的影响。方法 将胃癌根治术后行肠内营养患者 100 例按随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。对照组按常规行肠内营养护理,观察组在肠内营养常规护理基础上,于每日首次输注肠内营养前 30 min 实施全息刮痧疗法。比较两组肠内营养耐受性评分、肠内营养输注达目标量时间和首次肛门排气排便时间。结果 干预后观察组肠内营养耐受性评分显著低于对照组,肠内营养输注达目标量时间、首次肛门排气时间及排便时间显著短于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 全息刮痧疗法可促进胃癌术后患者肠功能恢复,提高肠内营养耐受性,缩短肠内营养输注达目标量时间,促进患者术后康复。

关键词:胃癌; 手术; 肠内营养; 刮痧疗法; 耐受性; 胃肠功能; 营养护理; 中医护理

中图分类号:R47;R244.4 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.02.035

胃癌术后早期实施肠内营养,可更好地保护肠黏膜,进而促进肠功能恢复,改善营养代谢,减少术后并发症发生^[1]。但在实施过程中,患者常出现腹胀、腹泻、恶心呕吐等喂养不耐受现象,喂养不耐受发生率为 41.27%~67.3%^[2],出现喂养不耐受导致肠内营养的实施出现延迟甚至中断,影响患者康复^[3]。杨晓惠等^[4]对胃癌患者进行中医辨证,认为胃癌患者因长期癌肿耗伤正气、脾虚失运,易致气机不畅,腑气壅滞。而中医可通过疏通经络,调理脏腑,激发自身的自调、康复功能。全息刮痧疗法是以经络学说和生物全息理论指导刮痧疗法的选经配穴,经络学说是刮痧选经配穴的理论基础,生物全息理论是现代刮痧选取刮痧部位的新理论依据^[5]。与普通刮痧相比,全息刮痧疗法多部位取穴,增加了可刮拭的部位,可提高刮痧疗效。本研究将全息刮痧法应用于胃癌根治术后患者,以改善胃癌术后早期肠内营养不耐受症状,促进患者康复,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1~11 月在我院普外科行胃癌根治术患者为研究对象。纳入标准:①术前经病理组织学诊断为胃癌,并行胃癌根治术;②年龄 ≥ 18 岁,意识清楚,沟通表达能力良好;③签署知情同意书并自愿参加本研究;④营养风险筛查(NRS2002) ≥ 3 分。排除标准:①并存心、肝、肾、脑血管等重要脏器功能障碍;②并存糖尿病、甲状腺功能亢进等代谢性疾病;③乳糖不耐受;④有胃肠道手术史或其他消化系统疾病。剔除因病情变化或其他原因不能继续接受研究或肠内营养治疗时间 < 5 d 者。将入组的 103 例胃癌术后行早期肠内营养患者采用随机数字表法分为观察组(入住 B 病区)与对照组(入住 A 病区),其中 2 例因术后吻合口瘘实施肠外营养、1 例因术后转入 ICU 未实施早期肠内营养剔除,观察组和对照组各 50 例,两组一般资料比较,见表 1。本研究经医院伦理委员会同意。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	手术方式(例)		手术类型(例)	
		男	女		全胃切除	远端胃大部切除	开腹	腹腔镜
对照组	50	35	15	67.30 \pm 9.59	38	12	38	12
观察组	50	37	13	67.50 \pm 8.28	36	14	34	16
统计量		$\chi^2 = 0.198$		$t = 0.104$	$\chi^2 = 0.208$		$\chi^2 = 0.794$	
<i>P</i>		0.656		0.917	0.648		0.373	

1.2 方法

1.2.1 干预方法

1.2.1.1 对照组 按常规行肠内营养护理,遵医嘱术后 20 h 经鼻饲管试滴 5% 葡萄糖盐水溶液 100 mL,滴速由 20 mL/h 开始,根据患者有无腹胀、腹痛、腹泻、恶心呕吐等情况,逐步调整输注速度^[6]。若患者肠内营养耐受性良好则于术后 24 h 试滴短肽型

作者单位:安徽医科大学附属六安市人民医院普外科(安徽 六安, 237000)

朱平:女,本科,副主任护师,科护士长, zping6602@163.com

科研项目:安徽医科大学 2019 年度校科研基金项目(2019xkj219);安徽省中药传承创新科研项目(2020ccyb25);六安市人民医院院级科研课题(2019kykt01)

收稿:2021-08-07;修回:2021-10-11

营养制剂,逐步过渡到肠内营养目标量。早期肠内营养量不足,由肠外营养补充,肠内营养量达患者目标需求量时,停用肠外营养。当患者经口进食时,根据患者进食量逐步减少肠内营养输注量至停用。肠内营养治疗期间,输注营养液前后均使用生理盐水冲管,保持管路通畅。护理人员及时解答和处理患者的不适主诉;指导患者进行踝泵运动、呼吸训练等术后康复运动。

1.2.1.2 观察组 在对照组基础上实施全息刮痧疗法。刮痧操作由2名取得三级刮痧师证书的护理人员负责,于每日首次输注肠内营养前30 min行全息刮痧疗法1次。①刮痧部位:选择双侧合谷、太冲穴;双手第二掌骨上腹区,肝穴和胃穴;胸椎9~12(督脉)及双侧夹脊穴;双侧内关、足三里;头部前发际双侧额部2带;头顶部额顶带中1/3。②刮痧方法:根据患者体质、病证和刮痧部位,选择合适刮痧体位。充分暴露所刮拭部位,采用卫生、柔软、对皮肤无刺激的毛巾和湿纸巾清洁刮痧部位皮肤。刮痧的按压力从皮肤至骨骼设为10分,轻放皮肤为1分,按压至骨骼为10分,取其中渗透到肌肉为5分。2~3分为轻刮法,4~6分为中刮法。操作者在刮痧的全息穴区和经络穴位处涂刮痧油,用刮痧板边缘将皮肤上的刮痧油涂均匀。使用平面按揉法刮拭双侧合谷、太冲穴,以刮痧板角部的平面以小于20°按压患者双侧合谷、太冲穴,做柔和缓慢的旋转运动,刮痧板角部平面始终不离开接触的皮肤。每个穴位36次,速率控制在40次/min,力度由3分逐步增强到5~7分,应渗透至皮下组织或肌肉(俗称开四关);使用垂直按揉法刮拭患者双手第二掌骨上腹区,肝穴和胃穴。将刮痧板的边缘以90°垂直按压在穴位上,柔和、缓慢地向下施压,刮痧板始终不离开所接触的皮肤;使用双角法刮拭胸椎9~12(督脉)及双侧夹脊穴,以刮痧板凹槽部位对准脊柱正中间,双角放在脊柱棘突和两侧横突之间部位,向下倾斜45°,自上而下刮拭;使用面刮法刮拭双侧内关、足三里,将刮痧板长边的1/2或整个长边接触皮肤,刮痧板向刮拭方向倾斜45°,自上而下或从内到外均匀地向同一方向直线刮拭,刮拭长度固定;使用厉刮法刮拭头部前发际双侧额部2带;头顶部额顶带中1/3,将刮痧板角部与穴区垂直,刮痧板始终不离皮肤,并施以一定的压力做短距离(2~3 cm)前后或左右摩擦刮拭。刮痧速率控制在40次/min,力度由3分逐步增加到5分,刮拭8~10 min。刮痧顺序为先阳后阴,先上后下,先左后右,以刮透为宜,不追求出痧。③刮痧疗程:术后第1天开四关+左手第二掌骨上腹区、肝穴和胃穴,术后第2天开四关+右手第二掌骨上腹区、肝穴和胃穴,术后第3天开四关+胸椎9~12(督脉)及双侧夹脊穴,术后第4天开四关+双侧内关、足三里,术后第5天开四关+头部前发际双侧额部2带、头顶部额顶带中1/3。5 d

为1个疗程。④刮痧注意事项:刮痧后需避风保暖,刮痧3 h后方可沐浴。若刮痧时患者出现面色苍白、头晕目眩等晕痧症状应立即停止操作,患者平卧保暖,取头低足高位,饮37℃温糖水或开水20~50 mL。若晕刮严重者,迅速点按人中,泻刮白合、涌泉,症状好转后继续刮拭内关、足三里。治疗过程中本组患者均未发生晕痧症状。

1.2.2 评价方法 ①术后肠内营养耐受性评分:由责任护士使用朱丽等^[7]编制的肠内营养耐受性评分表进行评估,评估内容包括腹痛、腹胀、恶心呕吐、腹泻、肠鸣音5项,每项依据患者临床症状及其程度由轻到重计0~9分。分值越高表示患者肠内营养耐受性越低。责任护士每天在肠内营养输注开始和结束时分别评估1次、输注过程中间隔4 h评估1次,若评分≥8分,需间隔2 h评估1次,统计患者开始肠内营养治疗72 h的均分。②肠内营养达目标量时间,患者术后喂养量达104.62~125.55 kJ/(kg·d)为目标量,记录患者肠内营养达目标量时间。③首次肛门排气排便时间,由责任护士询问并记录。

1.2.3 质量控制 由1名护理研究生导师、1名副主任护师、2名刮痧师和2名护理研究生组成课题组,小组成员经过统一培训和指导,经考核合格后上岗。刮痧操作由2名刮痧师负责,2名护理研究生负责数据收集和分析,2名高级职称护师负责全程指导和质量控制。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS22.0软件进行数据分析,计量资料采用均数±标准差表示,计数资料采用频数表示,行两独立样本t检验、χ²检验及秩和检验,检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 两组术后72 h肠内营养耐受性评分比较 见表2。

表2 两组术后肠内营养耐受性评分比较

组别	例数	评分 ($\bar{x} \pm s$)	耐受程度(例)		
			≤4分	5~7分	8~12分
对照组	50	4.61±0.98	20	21	9
观察组	50	3.38±0.88	38	10	2
统计量		t=6.584	Z=3.715		
P		0.000	0.000		

2.2 两组术后肠内营养达目标量时间、首次排气排便时间比较 见表3。

表3 两组术后肠内营养达目标量时间、首次排气排便时间比较

组别	例数	排气排便时间比较		
		达目标量 时间(d)	首次排气 时间(h)	首次排便 时间(h)
对照组	50	4.06±1.02	72.52±8.54	81.40±12.35
观察组	50	2.80±0.54	62.82±9.29	75.34±7.87
t		7.746	5.434	2.927
P		0.000	0.000	0.004

3 讨论

胃癌在祖国医学中属胃脘痛、反胃、噎膈、积聚等范畴,多由于饮食不节、情志抑郁、脾胃损伤、气血凝滞、瘀毒内结、久则成积。其病机特点多是以正虚(脾胃虚弱、气血阴阳不足)为本,以邪实(气滞、血瘀、湿浊、邪毒)为标,脾虚贯穿疾病发生发展的始终。手术损伤人体正气,气虚血行不利,易致血脉瘀阻,气机不畅,腑气壅滞,或者瘀滞湿热和热毒郁结六腑不能传化;手术破坏了气机的正常运行,使升降功能失调,腑气下行不畅,致胃肠运动功能障碍。术后适当有效的治疗方案促进胃肠功能恢复是患者围手术期处理的关键^[8]。胃癌患者由于肿瘤消耗,手术创伤分解代谢增强、消化道生理结构和功能改变等原因,患者均有不同程度的营养不良。早期肠内营养是胃癌患者术后安全、有效的营养支持方式之一,是胃癌加速康复外科理念的关键内容,早期肠内营养可以为患者提供机体必须能量和营养素^[9]。而在早期肠内营养实施过程中,相当一部分患者出现早期肠内营养不耐受症状,使肠内营养的使用量未达标,而影响肠内营养效果^[10]。有研究表明,术后行中医药治疗可显著缩短患者胃肠功能的恢复时间^[11]。《针灸穴名解》中记载:合谷、太冲各二穴,名为四关,以其能大开通也。合谷是手阳明大肠经的原穴,具和胃通腑的功能;太冲为肝经原穴,亦具疏肝理气之功;合谷偏于调气,太冲偏于调血,二者合用能通调气血,降逆止呕、消痞散结之功^[12]。开四关具有调畅气血,通腑滋阴,益气通便之功^[13]。杨玉林等^[14]研究发现,针刺四关穴可提高术后患者呃逆治愈率。中医认为,脾胃为后天之本,脾主食物的消化吸收,化生血液、津液,为肌肉提供能量。本研究所选穴区如第二掌骨、胸椎 9~12(督脉)、双侧内关、足三里等均为脾胃的体表投影区,刮拭相应穴区有利于激发脾胃的各项生理功能和自调机能^[15]。全息刮痧疗法弥补了传统刮痧同一部位 2 次刮痧之间应间隔 5~7 d,而不能连续治疗带来的不足,有利于推动大肠腑气,疏通腠理而驱邪外出,行气活血从而通调营卫、疏通经络、和谐脏腑^[16]。本次研究结果显示,观察组术后肠内营养耐受性评分显著低于对照组,且术后肠内营养达目标量时间,首次肛门排气、排便时间短于对照组(均 $P < 0.01$),说明生物全息刮痧疗法能降低胃癌术后肠内营养不耐受症状发生,使患者早日达到肠内营养目标量,促进术后康复。

4 小结

本研究使用中医外治法,以治病求本为原则,发挥中医特色和优势,有效提高了早期肠内营养耐受性。全息刮痧疗法是一种护士可自行操作、无创安全的非药物护理干预方法,可促进胃癌术后患者肠功能

恢复,降低肠内营养不耐受症状发生,缩短肠内营养输注达目标量时间,促进患者术后康复。但是本研究由于纳入研究病例数较少,为单中心研究,缺少实验室指标,存在一定局限性。在今后的研究中将扩大样本量,完善客观指标,进一步验证其有效性。

参考文献:

- [1] 彭启旺,邓浩. 肠内营养支持对根治性胃癌术后胃肠功能、营养状态和应激炎症反应影响[J]. 临床外科杂志, 2021,24(5):445-448.
- [2] Natalia B, Salvador N, Pere R, et al. Intra-abdominal pressure as a prognostic factor for tolerance of enteral nutrition in critical patients[J]. J Parenter Enteral Nutr, 2013,37(3):352-360.
- [3] 徐裕杰,李卡. 外科术后经空肠肠内营养不耐受干预的研究进展[J]. 护理学杂志,2018,33(4):103-106.
- [4] 杨晓慧,李雁. 基于专家经验的胃癌辨治探讨[J]. 中医学报,2018,33(3):360-362.
- [5] 许鸿雁. 全息经络刮痧对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的护理效果观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2021.
- [6] 林碧霞,许丽春. 基于循证的重症鼻饲患者喂养不耐受症状管理[J]. 护理学杂志,2019,34(16):103-106.
- [7] 朱丽,高纯,冯永东,等. 肠内营养耐受性评估表对胃癌术后患者早期肠内营养耐受性的影响[J]. 现代临床护理杂志,2015,14(7):18-22.
- [8] 谢薄,吴莉莉. 热敏灸对胃癌病人根治术后早期肠内营养耐受性的影响[J]. 肠外与肠内营养,2019,26(2):83-86.
- [9] 杨赛,李素云,黄海燕. 住院患者肠内营养护理质量敏感性指标的构建[J]. 护理学杂志,2019,34(9):99-101.
- [10] 张伟,朱宁宁,王娜. 胃癌术后患者肠内营养喂养不足循证预防护理方案的应用及评价[J]. 护理学杂志,2019,34(4):9-13.
- [11] 靳佩,王昱,魏惠平,等. 健脾益气法联合西医常规治疗重症胃肠功能障碍患者肠内营养不耐受 16 例[J]. 中医研究,2017,30(10):6-8.
- [12] 张轶. 四关穴的临床应用近况[J]. 广西中医药,2015,38(2):7-8.
- [13] 周静,黄双英,孟登科,等. 多功能艾灸刮痧按摩器在老年髌骨骨折便秘患者中的应用[J]. 护理学杂志,2019,35(19):11-13.
- [14] 杨玉林,张林军,杨东,等. 针刺四关穴治疗脊柱术后呃逆 32 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2014,23(2):44-45.
- [15] 毛丹丹,周建平,吴小燕,等. 循经刮痧与微信运动用于痰湿体质单纯性肥胖人群的干预效果[J]. 护理学杂志, 2018,33(21):36-38,92.
- [16] 张敏,段培蓓,胡月,等. 全息经络刮痧联合宣肺止咳汤对风寒恋肺证感染后咳嗽患者的影响[J]. 护理学报, 2018,25(12):48-52.

(本文编辑 李春华)