

# 半夏止吐方联合经皮穴位电刺激护理对髌关节置换术后恶心呕吐的疗效观察

李洁

乐清市人民医院脊柱关节运动医学科 浙江 温州 325600

**【摘要】**：本研究探究半夏止吐方联合经皮穴位电刺激的疗效与安全性，选取150例65-85岁术后带静脉止痛泵患者，随机分常规护理组、半夏止吐方贴敷组和联合干预组，对比术后3天内相关指标。结果表明，联合干预组各时间段恶心呕吐发生率、VAS评分及止吐药补救率低于另两组，患者满意度更高、消化道反应更少、不良反应轻微。该联合方案整合中西医作用，提升治疗效果和生活质量，是更优干预方案。

**【关键词】**：髌关节置换术；术后恶心呕吐；半夏止吐方；经皮穴位电刺激；护理干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.046

## 引言

治疗严重髌关节疾病，髌关节置换术是首选，临床多采用非气管插管全麻联合腰麻。术后恶心呕吐是常见并发症，会导致胃肠不适、水电解质紊乱等，影响患者康复。常规止吐药可缓解症状，但有便秘、头痛等不良反应，老年患者机体功能弱、耐药性差，治疗效果欠佳，还会因耐受性下降影响治疗成效<sup>[1]</sup>。基于中医无创护理理念，半夏止吐方穴位贴敷与经皮穴位电刺激可调节胃肠功能。开展二者联合干预临床研究，探究其缓解老年髌关节置换术后恶心呕吐的疗效与安全性十分必要，研究可为临床提供非药物干预方案，通过调节胃肠功能、减少不良反应，提升患者舒适度，加快康复进程<sup>[2]</sup>。

## 1 研究对象与方法

### 1.1 研究对象纳入与排除标准

研究选取2025年1—12月乐清市人民医院关节科65-85岁患者，均行非气管插管全麻联合腰麻下人工髌关节置换术，术后带静脉止痛泵。纳入条件：对麻醉药无过敏，术前无严重胃肠道疾病、未长期服护胃药，依从性好、自愿参与，能判断评价恶心呕吐，术前禁食10小时、禁饮4小时。排除严重感染、恶性肿瘤、肝肾功能不全等情形。

### 1.2 分组与干预措施

研究纳入150例符合标准的患者，采用随机数字表法分为对照A组、实验B组、实验C组，每组50例，三组基线资料可比。对照A组行术后常规护理，连续呕吐超3次用止吐针；实验B组加用半夏止吐方穴位贴敷（姜半夏、吴茱萸、砂仁各3g加白醋制饼，贴神阙穴、中脘穴，每日6-8小时，连用3天）；实验C组在B组基础上，于双侧合谷穴、内关穴、足三里穴行经皮穴位电刺激（华佗牌SDZ-V型仪，疏密波、2Hz/100Hz，电流6-9mA，每日30分钟，连用3天）<sup>[1]</sup>。

### 1.3 观察指标与评价标准

本研究观察指标包括核心疗效、安全性和辅助评价指标。

核心疗效指标观察术后3天内恶心呕吐情况，统计术后6h、12h、24h、48h、72h恶心呕吐发生率，用视觉模拟量表评估症状严重程度，记录持续时间；安全性指标包括止吐药补救率和不良反应，止吐药补救率指术后遵医嘱用止吐针患者占比，不良反应有中药贴敷相关口舌麻木、皮肤红肿及电刺激相关皮肤不适、肌肉抽搐等；辅助评价指标有患者满意度和消化道反应，患者满意度用标准化量表评定，消化道反应观察腹胀、腹泻、食欲缺乏等症状发生情况。

### 1.4 统计学分析

本研究所有数据均采用SPSS 26.0统计学软件进行整理与分析，确保统计结果的科学性与严谨性。

## 2 三组患者术后相关指标对比结果

### 2.1 术后恶心呕吐发生率对比

术后各时间段，不同组间恶心呕吐发生率有差异，对照A组整体发生率最高，实验B组次之，实验C组较对照A组和实验B组降低。术后不同时间点，对照A组发生率始终较高且无显著下降，实验B组发生率有所降低但降幅有限，实验C组降低更显著。组间统计对比显示，实验C组与对照A组、实验B组，以及实验B组与对照A组差异均有统计学意义。数据表明，联合干预可调节机体神经内分泌系统、改善胃肠道功能，降低术后恶心呕吐发生率及风险。

### 2.2 术后恶心呕吐严重程度对比

恶心呕吐严重程度VAS评分均值存在组间差异，对照A组评分最高，实验B组居中，实验C组最低。对照A组中重度症状占比大，实验B组轻度症状占比增加、中重度症状占比减少，实验C组轻度症状占比最大且无重度病例。组间对比显示，实验C组的VAS评分均值和中重度症状占比低于对照A组和实验B组，差异有统计学意义，实验B组较对照A组有所改善。联合干预可调节机体生理机制，改变恶心呕吐发生率与症状严重程度，降低发生概率并缓解症状。

### 2.3 止吐药补救率与不良反应对比

止吐药补救率呈对照 A 组>实验 B 组>实验 C 组的梯度分布, 三组差异有统计学意义, 联合干预止吐效果良好。不良反应方面, 实验 B 组有少量贴敷部位轻微红肿, 实验 C 组另加电刺激部位轻微麻木, 对照 A 组部分患者有轻微头晕, 所有不良反应均轻度且可快速缓解, 无严重不良反应, 三组不良反应发生率无统计学差异, 安全性良好。

### 2.4 患者满意度与消化道反应对比

患者满意度评分组间差异显著, 实验 C 组满意度最高, 实验 B 组居中, 对照 A 组最低, 组间对比差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。具体数据详见表 1。

表 1 三组患者术后满意度评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数(n)	满意度评分	F 值	P 值
对照 A 组	50	72.3±6.8	45.729	<0.001
实验 B 组	50	83.6±5.4	45.729	<0.001
实验 C 组	50	92.5±4.1	45.729	<0.001

在消化道反应方面, 对照 A 组较多患者出现腹胀、腹泻、食欲缺乏等症状, 其中腹胀 18 例 (36.0%)、食欲缺乏 15 例 (30.0%)、腹泻 6 例 (12.0%)。而实验 B 组出现相关症状的患者数量减少, 腹胀 10 例 (20.0%)、食欲缺乏 8 例 (16.0%)、腹泻 3 例 (6.0%)。实验 C 组症状发生率最低, 腹胀 4 例 (8.0%)、食欲缺乏 3 例 (6.0%)、腹泻 1 例 (2.0%)。统计分析表明, 实验 C 组在提升患者满意度和降低消化道反应发生率上表现最优, 实验 B 组优于对照 A 组, 这进一步印证联合干预可缓解恶心呕吐症状、改善胃肠功能, 显著提升患者术后就医体验。

## 3 半夏止吐方联合经皮穴位电刺激的止吐作用机制分析

### 3.1 半夏止吐方的中医理论基础与现代药理作用

中医理论表明, 髓关节置换术后患者因麻醉刺激、术后卧床等, 易致脾胃运化失常, 痰湿内生、胃气上逆, 引发恶心呕吐, 核心病机为胃气上逆与痰湿中阻。半夏止吐方中, 姜半夏燥湿化痰和胃降逆, 改善湿痰呕吐等指标; 吴茱萸温中止呕, 善治呕逆吞酸, 契合术后脾胃虚寒之证; 砂仁化湿开胃、理气和中, 促进脾胃运化、消除痰湿阻滞。三味药配伍精准, 共同和胃降逆、燥湿化痰<sup>[3]</sup>。现代药理研究发现, 姜半夏激活迷走神经镇吐, 吴茱萸调节胃肠动力、减少胃排空延迟, 砂仁改善胃肠道微循环、缓解胃肠痉挛。三者发挥药理作用, 共同解决患者术后恶心呕吐问题。

### 3.2 经皮穴位电刺激的护理作用机制

经皮穴位电刺激进行穴位选择有中医理论与临床实践基础, 合谷穴是大肠经原穴, 调节经络气血运行以改变胃肠气机

状态, 调理胃肠气机和胃止呕, 内关穴属心包经络穴, 可调节心经和胃经气血, 宁心安神和胃降逆, 是缓解恶心呕吐经典穴位, 足三里穴是胃经合穴, 能激发胃经经气, 健脾和胃、促进胃肠蠕动, 增强脾胃运化功能, 这三个穴位共同组成胃肠功能调节核心穴位组合<sup>[4]</sup>。电刺激采用疏密波模式, 特定频率电流刺激穴位, 传导至相关神经通路, 调节胃肠蠕动节律, 抑制呕吐反射传导路径, 改善胃肠道血液循环, 减轻胃肠黏膜充血水肿, 阻断恶心呕吐发生发展<sup>[5]</sup>。电流以得气感为宜, 可使穴位刺激调节作用最大化。

### 3.3 联合干预的协同效应分析

半夏止吐方与经皮穴位电刺激联合干预时呈现协同效应, 二者作用途径互补、目标一致, 半夏止吐方采取穴位贴敷, 药物经皮肤渗透吸收直达病所, 调理脾胃功能、化解痰湿和胃降逆, 经皮穴位电刺激借神经通路调控胃肠蠕动与呕吐反射, 迅速缓解患者不适, 形成“标本兼顾”的干预模式<sup>[6]</sup>。二者皆为无创非药物干预, 可规避常规止吐药引发的便秘、头痛、嗜睡等不良反应, 老年髋关节置换术后患者机体功能恢复欠佳、耐药性较弱, 联合干预契合这些特点, 增强止吐效果、保障干预安全。单一干预起效迟缓或效果受限, 联合干预弥补其不足, 兼具疗效与安全优势。

## 4 联合干预方案的护理实施要点与注意事项

### 4.1 半夏止吐方贴敷护理要点

贴敷护理关键在于规范操作, 把控全过程。需对药材精确配比, 加入白醋搅拌均匀浆糊状, 制作规格统一的药饼, 贴敷前用温水或乙醇清洁穴位皮肤, 评估皮肤状况, 确保无破损、不过敏<sup>[7]</sup>。敷贴时长为每日六至八小时, 干预从手术当日起始, 连续使用三天以保障疗程完整, 敷贴时定时观察皮肤反应, 出现不适及时移除药饼并清洁皮肤。

### 4.2 经皮穴位电刺激操作护理规范

操作时, 护士应当追求精准与安全, 要准确定位患者双侧合谷穴、内关穴以及足三里穴, 完成定位后, 对这些穴位消毒, 消毒完成后, 将电极片紧密粘贴在相应穴位处, 根据患者耐受度个体化调节参数, 把电流控制在六至九毫安, 让患者获得得气感<sup>[8]</sup>。治疗过程中, 每隔三十分钟观察患者皮肤状况和主观感受, 若发现异常, 及时调整参数, 避免患者不适, 治疗结束, 取下电极片, 清洁患者粘贴电极片的皮肤, 清洁完毕, 继续观察患者两小时, 确保患者身体状况正常<sup>[9]</sup>。

### 4.3 术后针对性护理措施配

这一套护理措施若想增强效果, 需要各方面配合。体位方面, 患者保持平卧位, 或把床头升高二十度, 饮食先禁食禁饮, 之后逐步恢复进食, 护理时要严密监测患者呕吐频率, 患者连续呕吐超过三次, 应及时调整或停用 PCA 泵, 并详细记录止吐药使用状况, 要进行健康宣教, 向患者说明干预目的、操作

流程和配合要点,减轻患者术后焦虑情绪,增强患者对治疗的顺从性<sup>[10]</sup>。

#### 4.4 临床适用性与推广注意事项

方案适用对象为65至85岁老年髋关节置换术后携带静脉止痛泵的患者。推广前,加强护士专业培训,护士应重点掌握穴位精确位置、参数调整以及不良反应处理流程。临床应用时,统一操作标准,规范记录各项数据,确保结果可靠,严格排查禁忌证,保障干预安全有效,为方案广泛临床应用奠定基础。

## 5 结语

本研究对150例老年髋关节置换术后患者分组干预观察,结果证实,半夏止吐方联合经皮穴位电刺激的非药物干预模式,可降低术后恶心呕吐发生率、减轻症状、缓解痛苦,还能减少止吐药用量、避免潜在风险。该模式可改善胃肠功能、提高患者满意度,其依据中医理论设计,借助药物经皮渗透和穴位电刺激,避免常规止吐药不良反应,契合老年患者术后机体特点。此方案操作规范、无创安全,丰富了干预手段,为医护人员提供更多选择,验证了中西医结合护理提升患者术后恢复状况的有效性,具有临床推广价值与应用空间。

### 参考文献:

- [1] 李丽远.经皮穴位电刺激对人工髋关节置换术老年患者术后认知功能的影响[J].中国现代药物应用,2025,19(14):146-149.
- [2] 王孝莲,陈丽.生活项目干预方案联合经皮穴位电刺激预防绝经后期髋关节置换患者术后谵妄的效果分析[J].中国妇幼保健,2025,40(09):1601-1605.
- [3] 姜丽娟.经皮穴位电刺激复合腰硬联合麻醉对髋关节置换术患者血流动力学及镇痛效果的影响[J].中外医学研究,2025,23(11):129-132.
- [4] 梅雨柳,曹云飞,徐蓉,等.经皮穴位电刺激联合前路腰方肌阻滞对老年患者髋关节置换术后镇痛及早期康复的影响[J].江苏医药,2025,51(01):16-20.
- [5] 刘长东.经皮穴位电刺激对人工髋关节置换术老年患者术后疼痛的影响[J].中国实用医药,2024,19(20):38-42.
- [6] 黄涌,王锋锋,石伯生,等.经皮穴位电刺激对老年髋部骨折病人术后疼痛管理及胃肠功能恢复的影响[J].实用老年医学,2025,39(09):910-914.
- [7] 曹婷,林妙君,林红,等.快速康复理念下实施穴位贴敷联合穴位按摩对全髋关节置换术后发生术后恶心呕吐的预防效果观察[J].中国现代药物应用,2024,18(24):169-172.
- [8] 赵汝顺,郝阳泉,李辉,等.耳穴贴压联合甲氧氯普胺治疗全髋关节置换术后恶心呕吐临床研究[J].陕西中医药大学学报,2024,47(05):113-117.
- [9] 柏冰,刘德川,王科,等.经皮穴位电刺激联合低分子肝素钙对全髋关节置换术后血栓前状态的影响[J].光明中医,2024,39(04):720-722.
- [10] 关凯,王劲东,霍红军,等.老年髋关节置换术后恶心和呕吐发生影响因素及ERAS围术期干预效果[J].临床误诊误治,2021,34(11):78-82.