中医穴位贴敷技术缩短初产妇剖宫产术后排气时间的临床研究

唐亚莉　陈　燕（通讯作者）

镇江市妇幼保健院产科九病区 江苏 镇江 212000

【摘　要】：目的：探讨中医穴位贴敷技术对初产妇剖宫产术后胃肠功能恢复的临床效果。方法：选取2024年1-10月在某妇保院行剖宫产术的220例初产妇，分为对照组、干预1组、干预2组、持续观察组，比较各组术后首次肛门排气时间分布及平均排气时间差异。结果：术后6小时，穴位贴敷组平均排气时间为（31.41±19.71）h，较对照组（42.80±22.30）h显著缩短（P<0.05）；在持续性应用48小时后，穴位贴敷组排气占比达80%，较对照组的55%提升显著。结论：中医穴位贴敷技术应用下能够显著缩短初产妇剖宫产术后排气时间，术后6小时为最佳干预时机，此方案操作简便、安全可靠，适合产科临床推广。

【关键词】：穴位贴敷；初产妇；剖宫产；术后排气；胃肠功能恢复

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.052

剖宫产术是应对高危妊娠、难产及产科合并症的关键临床手段，近年来我国剖宫产率持续处于高位[1-2]。作为一种有创操作，剖宫产术在麻醉刺激、手术创伤及应激反应等多重因素作用下，常引发产妇术后胃肠蠕动减弱，导致肛门排气延迟、腹胀、腹痛等并发症，不仅妨碍术后进食与营养摄入，还可能增加肠梗阻、静脉血栓等不良事件风险，进而延缓整体康复进程[3-4]。

术后胃肠功能的早期恢复是剖宫产快速康复的重要指标之一，早期排气不仅能减少并发症发生，还有助于改善产妇营养状况、促进乳汁分泌及子宫复旧，对保障母婴安全意义重大[5-6]。传统术后康复主要依赖早期活动、饮食指导等措施，但部分产妇胃肠功能恢复效果仍欠佳[7]。伴随中西医结合康复理念的推进，中医外治法在术后康复中的价值日益受到重视[8]。穴位贴敷作为中医特色疗法，借助药物透皮吸收与穴位刺激的双重机制，可起到理气通腑、调畅气机的作用，但其在剖宫产术后康复中的应用时机、操作规范及疗效仍需进一步验证。

本研究依据《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025年）》关于推广中医适宜技术的要求，探讨中医穴位贴敷对初产妇剖宫产术后排气时间的影响，通过多阶段对照研究优化干预方案，为建立标准化的剖宫产术后中医康复流程提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

此次研究时间为2024年1月—2024年10月，将某妇幼保健院进行子宫下段剖宫产手术的初产妇作为实际研究对象，具体纳入标准为：①单胎、初产妇；②剖宫产手术指征明确；③无消化系统疾病史；④知情同意参与本次研究。排除标准：①妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病等严重并发症；②对于贴敷药物成分过敏；③脐周或下肢皮肤破损；④精神疾病及认知障碍无法配合者。

1.2 研究设计

此次研究开展中，共分为四个阶段：

第一阶段属于基线调查阶段，这一阶段要选择40例初产妇作为对照组，进行产科的常规术后护理工作，并且距离患者术后首次肛门排气时间，以此来作为基线数据。

第二阶段属于初步干预阶段，这一阶段要选择60例初产妇为干预1组，需要在常规的护理基础上，在手术后的24小时进行穴位贴敷干预，并且要详细记录排气时间，并且进行效果分析。

第三个阶段属于方案优选阶段，要针对前期的干预效果不足等问题，将贴敷时间提前，提前到手术后6小时，并且需同步规范穴位定位操作，选择共计60例产妇作为干预二组，并评估实际效果。

第四阶段属于持续应用阶段，需选择优化之后的干预措施，选取60例初产妇为持续观察组，以此来验证这一方案的可持续性以及稳定性。

1.3 干预方法

对照组需采用常规手术后护理措施，在手术后需指导产妇早期在床上翻身，并根据实际排气恢复的情况逐渐从流质饮食过渡到半流质和普通饮食，要做好生命体征的监测，并进行常规的健康指导。

干预1组与干预2组均需要在常规的基础上联合应用穴位贴敷干预，其中药物组成具体为厚朴，北柴胡，炒枳实，姜半夏，党参，木香，干姜，要根据比例研成细末之后，使用蜂蜜调匀制成直径1cm、厚0.3cm的药饼，放入医用无纺胶布贴敷垫中心备用。穴位需选择双侧足三里、神阙、中脘。所有的操作流程均需要由产科护士来完成，并且穴位定位也要根据国家标准的《经穴定位》执行。

1.4 观察指标

本研究的核心观察指标为各组初产妇剖宫产术后首次肛门排气时间，同时记录术后<24小时、24~48小时、48~72小时、>72小时各时间段的排气占比并进行分段统计，以比较不同组间的排气时间分布差异。首次肛门排气时间以手术结束时

间至产妇自主首次排气的间隔小时数计算，由责任护士每日定时询问并准确记录，确保数据真实可靠。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数和百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线调查结果

对照组 40 例初产妇术后首次肛门排气时间分布见表 1，平均排气时间为（42.80±22.30）h，其中 48 小时内排气者共 22 例，占比 55.00%，>72 小时排气者 7 例，占比 17.50%，表明术后排气延迟问题较为明显。

表 1 对照组初产妇剖宫产术后肛门排气时间分布

时间分组	例数(n=40)	占比(%)
<24 小时	10	25.00
24~48 小时	12	30.00
48~72 小时	11	27.50
>72 小时	7	17.50
平均排气时间(h)	42.80±22.30	-

2.2 初步干预效果

干预 1 组 60 例产妇术后平均排气时间为（39.53±20.70）h，虽较对照组有所缩短，但差异未达预期；48 小时内排气比例为 63.33%，较对照组提高 8.33 个百分点，见表 2。效果欠佳原因分析：①术后 24 小时才开始贴敷，干预时机偏晚，错失胃肠功能恢复关键期；②部分新入职护士穴位定位不够精准，影响药物疗效发挥。

表 2 干预 1 组与对照组排气时间分布比较

组别	干预 1 组(n=60)	对照组(n=40)
<24 小时	18(30.00%)	10(25.00%)
24~48 小时	20(33.33%)	12(30.00%)
48~72 小时	14(23.33%)	11(27.50%)
>72 小时	8(13.33%)	7(17.50%)
平均排气时间(h)	39.53±20.70	42.80±22.30

2.3 优化方案效果

针对上述问题实施优化：①将贴敷时间由术后 24 小时提前至术后 6 小时；②对全体护理人员开展穴位定位复训并进行考核，科室配备穴位对照图以供操作参考。优化后干预 2 组 60 例产妇平均排气时间降至（31.41±19.71）h，较对照组缩短 11.39 小时，差异具有统计学意义（P<0.05）；48 小时内排气比例提升至 75.00%，>72 小时排气比例降至 10.01%，效果显著改善，见表 3。

表 3 干预 2 组与干预 1 组排气时间分布比较

组别	干预 2 组(n=60)	干预 1 组(n=60)
<24 小时	25(41.66%)	18(30.00%)
24~48 小时	20(33.33%)	20(33.33%)
48~72 小时	9(15.00%)	14(23.33%)
>72 小时	6(10.01%)	8(13.33%)
平均排气时间(h)	31.41±19.71	39.53±20.70

2.4 持续应用效果

在持续应用阶段，60 例产妇的平均排气时间为（33.10±20.47）h，效果维持稳定，48 小时内排气比例进一步提高至 80.00%，超过 72 小时排气比例下降至 6.67%，表明优化后的干预方案具备良好的可重复性与稳定性（见表 4）。研究期间仅有 2 例产妇出现局部皮肤轻度发红，停用贴敷后自行缓解，未发生严重不良反应，安全性良好。

表 4 各阶段排气时间分布对比

组别	对照组 (n=40)	干预 1 组 (n=60)	干预 2 组 (n=60)	持续观察组 (n=60)
<24 小时	10(25.00%)	18(30.00%)	25(41.66%)	26(43.33%)
24~48 小时	12(30.00%)	20(33.33%)	20(33.33%)	22(36.67%)
48~72 小时	11(27.50%)	14(23.33%)	9(15.00%)	8(13.33%)
>72 小时	7(17.50%)	8(13.33%)	6(10.01%)	4(6.67%)
平均排气时间(h)	42.80±22.30	39.53±20.70	31.41±19.71	33.10±20.47

3 讨论

3.1 穴位贴敷促进术后胃肠功能恢复的作用机制

中医理论指出，剖宫产手术耗伤气血，致使脾胃运化失司、气机阻滞，胃气不降则传导无力，治当理气通降、调和脾胃。本研究所选穴位中，神阙穴属任脉要穴，与十二经脉、五脏六腑相通，药物由此吸收可直抵病所；足三里为足阳明胃经之合穴，具调理脾胃、理气通腑之效；中脘乃胃之募穴，能和胃健脾、降逆利水。三穴协同，共达理气通腑、健脾和胃之功。

贴敷药物当中，各种药物联合应用下，应用穴位透皮吸收，这样不仅能够发挥药物作用，还能起到激发经络气血调节的效果，这样也能够协同促进胃肠的蠕动以及顺利恢复。

3.2 干预时机对效果的影响

本次研究的结果发现，手术后6小时开始穴位贴敷的效果要明显高于手术后24小时之后进行干预，这也能够说明早期进行干预更加利于患者的胃肠功能顺利恢复。在剖宫产手术之后6小时麻醉的效果逐渐减退，这一阶段胃肠功能处于抑制关键阶段，在这个时候对患者进行穴位刺激，也能够更早的激活胃肠动力，并且缩短排气时间。这一结果也和国内的相关研究结论符合，充分说明把握恰当干预时机也是提升中医护理技术的重要因素。

3.3 方案优化与推广价值

此次研究实际开展中依托于PDCA循环持续完善干预方案，构建出穴位敷贴的标准化操作流程，具有诸多优势，其操作简单，不需要专用设备，护理人员仅仅通过短期的培训便能够熟练掌握。其具有无创安全的优势，不良反应发生率较低，并且这种方式下产妇的依从性比较高。具有费用低廉特点，能够有效降低患者的经济层面负担。并且疗效确切，能够缩短术后的排气时间，并且加快床位周转，进而提升医疗资源的实际使用效率。这种方案适用于各个级别医院产科推广，也能够为剖宫产术后的快速康复提供中医特色的解决路径。

4 结论

中医穴位贴敷技术能有效减少初产妇剖宫产术后肛门排气所需时间，术后6小时为最佳干预时机，优化后的方案安全有效、操作规范，具备良好的临床应用价值。本研究制定的标准化操作流程可为产科中医护理技术应用提供借鉴，未来可进一步扩大样本量，探讨该技术对术后泌乳、住院时间等其他康复指标的作用，为中西医结合剖宫产快速康复模式的建立提供更多依据。

参考文献：

[1] 国家卫生健康委员会.2025年国家医疗服务与质量安全报告(产科专业)[R].北京:国家卫生健康委员会,2025.

[2] Liu J,Li X,Liu Y,et al.Trends in cesarean delivery rates in China,2008-2018:a nationwide population-based study of 160 million births[J].JAMA,2020,323(2):169-178.

[3] 中华医学会麻醉学分会.术后胃肠功能障碍防治专家共识[J].中华麻醉学杂志,2024,44(9):1025-1038.

[4] 张红,伍绍文,时青云.剖宫产术后并发肠梗阻的相关因素研究[J].中华医学杂志,2021,101(44):3631-3636.

[5] 胡春霞.厚朴排气合剂对瘢痕子宫产妇再次剖宫产术后胃肠功能恢复和泌乳启动时间、初次泌乳量的影响[J].中国医学创新,2024,21(11):76-80.

[6] 李艳,刘敏,张莉.加速康复外科理念下剖宫产术后胃肠功能恢复的临床研究[J].中国妇幼保健,2023,38(17):3142-3145.

[7] 刘静,王娜,张敏.多模式干预对剖宫产术后胃肠功能恢复的临床研究[J].中国妇幼保健,2025,40(8):1412-1415.

[8] 中国妇幼保健协会中医和中西医结合分会,中国妇幼保健协会助产士分会.中医适宜技术在剖宫产术后加速康复应用专家共识(2023年)[J].国际中医中药杂志,2024,46(1):1-7.