

干预能够有效控制脑钠肽水平^[11-12]。苓桂术甘汤药物组方也可对 TGF- β 1 诱导的心肌成纤维细胞 α -SMA 和胶原蛋白合成进行调控,进而促进心功能及血液流变学指标改善^[13-14]。

本研究结果显示,研究组患者临床有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。齐泉等^[15]研究也证实,采用苓桂术甘汤加减治疗冠心病临床有效率为 86.67%,提示冠心病心绞痛患者采用苓桂术甘汤加味治疗疗效显著。分析具体原因,沈绍功^[16]研究认为,冠心病心绞痛的发病与痰浊关系密切;邓铁涛等^[17]研究认为,冠心病心绞痛的发病基础为气虚,心气不足可导致心阳不振,心无力鼓动血脉,进而导致瘀血内生,气血津液无法疏布,聚而化痰,痰浊及瘀血阻塞心阳,治疗期间需以补气及活血化瘀及化痰为基本原则。吴广平等^[18]研究证实,冠心病心绞痛患者主要中医证型为心脉瘀阻证、痰阻心脉证,经血脂水平检测,患者三酰甘油、胆固醇、低密度脂蛋白水平明显升高,高密度脂蛋白水平明显降低,据此可以认为痰、瘀为冠心病心绞痛患者的主要病理产物,此类病理产物沉积于冠状动脉血管壁可形成粥样硬化,进而导致心肌血氧供应量不足。苓桂术甘汤组方切中冠心病心绞痛病机,主要功效为疏通上焦阳气,温阳利水,通络化痰,活血理气,并具有强心利尿等多种作用,通过不同药物的多靶点协同作用可显著改善药物治疗效果,其临床应用价值优于单一西药治疗。苓桂术甘汤与西药的联合治疗干预可迅速发挥缓解心绞痛症状的药效,并可清除痰瘀等机体内在病机,有效缓解多种症状,患者临床治疗效果明显优于单一采用西药治疗干预的方案。本研究认为,冠心病心绞痛患者采用苓桂术甘汤治疗临床价值突出,建议患者在西药治疗的基础上增加该组方治疗,以有效控制病情进展。

综上所述,冠心病心绞痛患者采用苓桂术甘汤加味治疗可缓解临床症状,改善心功能及血液流变学指标,显著提高治疗效果,具有临床应用价值。同时,研究组开展过程中选择的冠心病心绞痛患者样本量较少,未进行多中心横向数据分析研究,研究开展的总体时间比较短,研究分析的流程仍需要完善及调整,苓桂术甘汤加味治疗的机制及辨证治疗、用药疗效评估等问题仍需要分析。

参考文献

1] 庄海春,韩天雄,石红.苓桂术甘汤联合温针灸治疗慢性心力

衰竭的疗效及对患者心功能和血管内皮功能的影响[J].海南医学,2022,33(17):2181-2184.

[2] 王艳芝,付存玉.心通颗粒联合盐酸曲美他嗪片治疗冠心病心绞痛的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(11):4-7.

[3] 黄晓松.中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛临床疗效观察[J].吉林医学,2022,43(9):2501-2504.

[4] 张守岭,陆峰.中医治疗冠心病心绞痛的研究进展[J].光明中医,2023,38(8):1596-1598.

[5] 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志,1981,9(1):75-76.

[6] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组.中成药治疗冠心病临床应用指南(2020年)[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(9):1409-1435.

[7] 胡元会.胸痹心痛中医诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(23):112-113.

[8] 邱明亮,毛静远,王家莹,等.苓桂术甘汤及其加味辅助治疗慢性心力衰竭的 Meta 分析[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(16):243-247.

[9] 李娜,高晨昊,胡存安,等.基于网络药理-分子对接技术探究苓桂术甘汤主要活性成分作用机制[J].广东化工,2022,49(17):73-76.

[10] 张瑜,杜武勋,张少强,等.苓桂术甘汤治疗心血管系统疾病研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(2):222-224.

[11] 安丽娟,罗娟.苓桂术甘汤加味治疗冠心病心绞痛临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(3):182-184.

[12] 麦丽莎,何耀东,蒋颖.加味苓桂术甘汤治疗老年慢性心力衰竭的临床研究及对左室射血分数的影响[J].辽宁中医杂志,2012,39(9):1761-1763.

[13] 毛生荣,胡硕龙.中西医结合治疗慢性心力衰竭 68 例临床观察[J].湖南中医杂志,2005,21(4):7-8.

[14] 葛瑞端,王翔,汤同娟,等.苓桂术甘汤含药血清对 TGF- β 1 诱导的心肌成纤维细胞 α -SMA 和胶原蛋白合成的影响[J].海南医学院学报,2021,27(10):741-746,751.

[15] 齐泉,范秀凤.苓桂术甘汤加味治疗冠心病 60 例[J].实用中医内科杂志,2013,27(1):30-31.

[16] 沈绍功.胸痹心痛诊治新识[J].中国中医药信息杂志,2001,8(5):1-2.

[17] 吴广平,吴晓新,邓铁涛.治疗冠心病临证经验[J].中国中医急症,2009,18(7):1112-1113.

[18] 袁宏伟,朱明丹,冯立民,等.冠心病患者血脂水平与冠心病中医证型关系的研究[J].四川中医,2014,32(4):93-97.

观察穴位电刺激复合全身麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用效果

马晓玲

(泰安市中医医院麻醉科,山东 泰安,271000)

摘要:目的 探究穴位电刺激复合全身麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用效果。方法 选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月

泰安市中医医院收治的 96 例妇科腹腔镜手术患者作为研究对象,按干预方式不同分为对照组和研究组,每组 48 例。对照组开展全身麻醉处理,研究组开展穴位电刺激复合全身麻醉。比较两组不同时间神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平、围术期恶心呕吐发生情况、不同时间疼痛程度及治疗前后的血液流变学指标、炎症因子指标变化情况。结果 手术后 6 h、24 h,研究组 NSE 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组围术期恶心呕吐 0 级、I 级、II 级发生率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后 6 h、24 h、48 h、72 h,研究组视觉模拟评分法(VAS)评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组全血黏度(WBV)及血浆黏度(PV)、红细胞聚集指数(AI)、血小板聚集率(PAR)等血液流变学指标水平均低于治疗前,且研究组各血液流变学指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组患者血清白介素 8(IL-8)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、白介素-4(IL-4)等炎症因子指标水平较治疗前下降,且研究组各指标水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 穴位电刺激复合全身麻醉用于妇科腹腔镜手术中,可有效改善患者恶心呕吐状况,缓解其疼痛感,并改善其血液流变学、炎症因子、NSE 水平,效果显著。

关键词: 穴位电刺激; 全身麻醉; 妇科腹腔镜手术; 恶心呕吐; 疼痛感; 血液流变学

中图分类号: R614.2 文献标识码: A 文章编号: 1009-8011(2024)-01-0036-04

腹腔镜技术近年于临床应用于不同疾病治疗中,有微创、安全等特点,利用腹腔镜技术可以有效提升疾病救治安全性及救治效果,而对于妇科腹腔镜手术患者,因麻醉、手术操作、药物等各种因素影响,极易出现恶心呕吐等情况,影响手术顺利开展及术后康复^[1-3]。穴位电刺激近年于临床疾病救治方面亦取得一定的成效,通过穴位刺激以达到提升救治效果、康复效果的目的。为确保妇科腹腔镜手术顺利开展、预后良好,本研究选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月泰安市中医医院收治的 96 例妇科腹腔镜手术患者作为研究对象,分组分别展开全麻、穴位电刺激复合全麻,通过比较干预效果以进一步探究穴位电刺激复合全身麻醉用于妇科腹腔镜手术中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月泰安市中医医院收治的 96 例妇科腹腔镜手术患者作为研究对象,按干预方式不同分为对照组和研究组,每组 48 例。对照组中,年龄 24~58 岁,平均年龄(36.25 ± 3.12)岁;体质量 50~65 kg,平均体质量(58.36 ± 2.13)kg;其中附件手术患者 30 例,肌瘤剔除手术患者 8 例,次全子宫切除手术患者 10 例。研究组中,年龄 23~59 岁,平均年龄(36.51 ± 3.18)岁;体质量 49~67 kg,平均体质量(58.42 ± 2.48)kg;其中附件手术患者 31 例,肌瘤剔除手术患者 9 例,次全子宫切除手术患者 8 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究所有患者及其家属均签署了知情同意书。本研究通过泰安市中医医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①妇科收治患者;②符合妇科腹腔镜手术指征,并择期开展手术治疗;③年龄 18~60 岁;④意识清晰、可正常沟通。

排除标准:①伴严重精神障碍、认知障碍、沟通障碍者;

②存在药物滥用史、严重系统疾病史;③存在明显躯体功能障碍;④处于妊娠期、哺乳期的女性患者;⑤既往存在明确胃肠道疾病史;⑥穴位皮肤损伤,或存在皮肤感染。

1.3 方法

对照组开展全身麻醉处理。包括:舒芬太尼(生产企业:宜昌人福药业有限责任公司,国药准字 H20054171,规格:1 mL:50 μ g)0.2 μ g/kg、咪达唑仑(生产企业:江苏恩华药业股份有限公司,国药准字 H10980025,规格:2 mL:10 mg)0.05 mg/kg、罗库溴铵(生产企业:广东星昊药业有限公司,国药准字 H20213778,规格:5 mL:50 mg)0.8 mg/kg、丙泊酚(生产企业:北京费森尤斯卡比医药有限公司,国药准字 HJ20170305,规格:20 mL:0.2 g)2 mg/kg 静脉推注进行麻醉诱导。麻醉维持:吸入麻醉,七氟烷(生产企业:鲁南贝特制药有限公司,国药准字 H20080681,规格:100 mL)维持 MAC 在 0.9%~1.3%,加瑞芬太尼(生产企业:宜昌人福药业有限责任公司,国药准字 H20030197,规格:1 mg)靶控输注,间断追加罗库溴铵,间隔 50 min,按 0.1 mg/kg 的剂量给药,术后拔管。

研究组开展穴位电刺激复合全身麻醉,全身麻醉处理方式同对照组,同时于麻醉诱导前 30 min 开展穴位电刺激干预,采用穴位刺激仪(华佗牌,型号:SDZ-II 型)开展,调节刺激参数,即强度(2V)、频率(2/100 Hz)、疏密波刺激时间(30 min)。校准仪器后,于选定的穴位处采用乙醇棉签进行消毒,消毒处完全晾干后,贴电极片,并与仪器的导线相连。选取穴位为:内关穴、百会穴、风池穴、梁丘穴、足三里穴、上巨虚穴^[4]。

1.4 观察指标

比较两组不同时间神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平、围术期恶心呕吐情况、不同时间疼痛程度及治疗前后的血液流变学指标、炎症因子指标水平变化。①不同时间体征数据指标:于进入手术室时、术后 6 h、术后 24 h,以酶联免疫吸附法测定患者 NSE 水平,试剂盒采用赫澎生物科技有限公司的人神经元特异性烯醇化酶免疫试剂盒(产品规格:48T)。②恶心呕吐指标:参照世界卫生组织恶心呕吐分级标准,将

恶心呕吐等级分为以下 5 级: 0 级: 未见恶心呕吐情况; I 级: 存在轻微恶心、腹部不适情况, 但未见呕吐发生; II 级: 存在一过性呕吐情况; III 级: 严重呕吐, 胃液等胃内容物吐出, 用药可控制; IV 级: 顽固性呕吐, 难以控制。③疼痛程度: 于术后 6 h、24 h、48 h、72 h, 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者的疼痛感, VAS 分值 0 ~ 10 分, 分值越高则疼痛感越明显。④血液流变学指标: 治疗前后采用血液流变仪 (生产企业: 济南欧莱博科学仪器有限公司, 型号: HL-5000) 测定患者的全血黏度 (WBV) 及血浆黏度 (PV)、红细胞聚集指数 (AI)、血小板聚集率 (PAR), 试剂盒采用江苏慧智生物科技有限公司的血流变试剂盒 (产品规格: 50tests)。⑤炎症因子指标: 治疗前后, 测定患者的超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 水平, 采用酶联免疫检测仪 (生产企业: 南京德铁试验设备有限公司, 型号: HBS-1096A) 测定血清白介素 8 (IL-8)、肿瘤坏死因子 (TNF- α)、白介素 -4 (IL-4) 水平, 试剂盒采用爱必信生物科技有限公司的人炎症因子检测试剂盒 (批号: abs590001)。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析处理, 计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示, 结果行 χ^2 检验; 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 结果行 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同时间 NSE 水平比较

进入手术室时, 两组 NSE 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 6 h、术后 24 h, 研究组 NSE 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组不同时间 NSE 水平比较 $(\bar{x} \pm s, \mu\text{g/L})$

组别	例数	进入手术室时	手术结束后 6 h	术后 24 h
对照组	48	5.71 \pm 0.82	12.96 \pm 1.32	9.82 \pm 1.32
研究组	48	5.73 \pm 0.79	11.35 \pm 1.09	8.13 \pm 1.09
t		0.122	6.516	6.839
P		0.903	<0.001	<0.001

2.2 两组围术期恶心呕吐情况比较

研究组围术期恶心呕吐 0 级、I 级、II 级发生率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组围术期恶心呕吐情况比较 $[n(\%)]$

组别	例数	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
对照组	48	6 (12.50)	9 (18.75)	23 (47.92)	7 (14.58)	3 (6.25)
研究组	48	15 (31.25)	20 (41.67)	11 (22.91)	2 (4.17)	0 (0.00)
χ^2		4.937	5.978	6.558	3.065	3.097
P		0.026	0.014	0.011	0.079	0.078

表 3 两组术后不同时间 VAS 评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	术后 6 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
对照组	48	6.78 \pm 1.65	5.83 \pm 1.35	5.01 \pm 1.39	4.36 \pm 1.33
研究组	48	5.96 \pm 1.58	5.01 \pm 1.33	4.12 \pm 1.38	3.28 \pm 1.39
t		2.155	2.998	3.148	3.889
P		0.034	0.004	0.002	<0.001

2.3 两组术后不同时间 VAS 评分比较

术后 6 h、24 h、48 h、72 h, 研究组 VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组治疗前后血液流变学指标水平比较

治疗前, 两组患者各血液流变学指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者 AI、WBV、PV、PAR 等血液流变学指标水平较治疗前下降, 且研究组各血液流变学指标水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组治疗前后血液流变学指标水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	AI (mPa·s)	WBV (mPa·s)	PV (mPa·s)	PAR (%)
对照组	48	治疗前	7.31 \pm 0.69	7.35 \pm 0.72	2.65 \pm 0.41	71.32 \pm 5.54
		治疗后	6.69 \pm 0.57*	6.59 \pm 0.71*	1.87 \pm 0.33*	65.31 \pm 5.25*
研究组	48	治疗前	7.37 \pm 0.62	7.38 \pm 0.62	2.62 \pm 0.38	71.33 \pm 5.13
		治疗后	5.11 \pm 0.38*	5.11 \pm 0.39*	1.33 \pm 0.28*	57.35 \pm 5.28*
$t_{\text{治疗前组间}}$		0.448	0.219	0.372	0.009	
$P_{\text{治疗前组间}}$		0.655	0.827	0.711	0.993	
$t_{\text{治疗后组间}}$		15.979	12.658	8.645	7.406	
$P_{\text{治疗后组间}}$		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.5 两组治疗前后炎症因子指标水平比较

治疗前, 两组患者各炎症因子指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者 IL-8、hs-CRP、TNF- α 、IL-4 等炎症因子指标水平较治疗前下降, 且研究组各指标水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组治疗前后炎症因子指标水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	IL-8 (ng/L)	hs-CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	IL-4 (pg/mL)
对照组	48	治疗前	32.42 \pm 2.36	5.87 \pm 1.36	48.23 \pm 3.01	81.25 \pm 4.12
		治疗后	27.32 \pm 1.78*	3.36 \pm 1.35*	33.41 \pm 2.88*	74.49 \pm 4.37*
研究组	48	治疗前	32.31 \pm 2.29	5.79 \pm 1.37	48.24 \pm 3.02	81.32 \pm 4.15
		治疗后	21.16 \pm 2.24*	2.12 \pm 1.01*	21.15 \pm 3.13*	63.13 \pm 3.19*
$t_{\text{治疗前组间}}$		0.232	0.287	0.016	0.083	
$P_{\text{治疗前组间}}$		0.817	0.775	0.987	0.934	
$t_{\text{治疗后组间}}$		14.916	5.095	19.969	14.547	
$P_{\text{治疗后组间}}$		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来, 临床医疗技术飞速发展, 妇科腹腔镜手术亦逐渐应用于临床。而妇科腹腔镜手术患者开展全身麻醉时, 需严密监测患者心、肾、脑等重要脏器的血供, 但往往对机体胃肠道功能的保护有所欠缺^[5-6]。机体胃肠道因解剖结构、功能等因素影响, 血液灌注较为丰富, 若出现缺氧、缺血情况则较为敏感, 以恶心、呕吐为常见表现^[7-8]。呕吐中枢位于机体延髓外侧网状结构背侧部, 接受多种神经传入, 进而导致发生恶心、呕吐; 另一方面, 麻醉、手术、药物等刺激均会引发呕吐反射, 导致机体出现恶心呕吐情况, 进一步延迟患者术后康复, 影响机体术后康复效果^[9-11]。因此, 针对妇科腹腔镜手术

患者,开展全身麻醉处理同时需注重恶心、呕吐情况的预防,本研究就此展开分析。

本研究结果显示,手术结束后 6 h、24 h,研究组 NSE 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组围术期恶心呕吐 0 级、I 级、II 级发生率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);术后 6 h、24 h、48 h、72 h 研究组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组 AI、WBV、PV、PAR 等血液流变学指标水平均低于治疗前,且研究组各血液流变学指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组患者 IL-8、hs-CRP、TNF- α 、IL-4 等炎症因子指标水平较治疗前下降,且研究组各指标水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明穴位电刺激复合全身麻醉干预下,妇科腹腔镜手术患者机体状况明显改善。具体分析可知,穴位电刺激为低频脉冲电刺激治疗方式,通过于穴位表面放置电极片,以特定低频脉冲电流传入机体,促行气、活血、调节阴阳,并通过改善机体血流、改善胃肠功能以达到抑制中枢阿片受体刺激的效果,一定程度上可有效抑制恶心、呕吐情况发生,并对炎症因子、血液流变学的改善有显著效果^[12-13]。穴位选取时,梁丘、足三里属足阳明胃经重要穴位,阳明经多血、多气,有通经、活络、补中、益气、行气、止痛的效果,对改善、抑制机体恶心呕吐有积极意义,同时能强化麻醉镇痛效果^[14-15]。内关穴位属手厥阴心包经重要穴位,功能为抑制呃逆、胃脘痛、呕吐,刺激内关穴可改善胃肠道功能以抑制恶心呕吐。百会穴位于人体督脉经络重要穴位,对镇痛有显著效果^[16-17]。风池穴可壮阳、行气。上巨虚穴有通降肠腑、理气和胃的功效,可调节机体消化系统功能。穴位电刺激在抑制恶心呕吐情况的同时有良好的镇痛效果,且对改善患者炎症因子、血液流变学亦有明显效果^[18-19]。高艺凡^[20]的研究结果表明,穴位电刺激复合全身麻醉干预下,妇科腹腔镜手术患者的术中丙泊酚使用剂量更低,且术后并发症发生率更低。该结论与本研究结果相似,可纳入本研究参考。

综上所述,于妇科腹腔镜手术中,开展穴位电刺激复合全身麻醉,在改善患者恶心呕吐状况的同时,能有效缓解患者的疼痛感,改善患者的血液流变学、炎症因子、NSE 水平,有积极临床价值。

参考文献

- [1] 徐赟. 全麻联合经皮穴位电刺激对腹腔镜结直肠癌根治术患者应激反应及术后恢复的影响[J]. 感染、炎症、修复,2021,22(2):106-109.
- [2] 郑荣芝,侯俊明,赵庆盼,等. 经皮穴位电刺激复合静脉全麻对全子宫切除术后恶心呕吐的影响[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(3):46-49.
- [3] LERMA K, GOLDTHWAITE L M, BLUMENTHAL P D, et al. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pain Management of Aspiration Abortion up to 83 Days of Gestation A Randomized Controlled

Trial[J]. *Obstet Gynecol*,2021,138(3):417-425.

- [4] 李蓉,孙伟,林戈. 电针/经皮穴位电刺激技术在生殖医学中的应用专家共识[J]. 生殖与避孕,2016,36(7):527-535.
- [5] 杨慧慧,张晓,浦丹萍,等. 围术期电针刺激对妇科腹腔镜手术患者术后早期恢复质量的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2022,38(12):1242-1247.
- [6] 黄昌云,戴泽平,金孝岷,等. 术前针刺内关穴对妇科腹腔镜术后恶心呕吐及血浆胃肠激素水平的影响[J]. 沈阳医学院学报,2021,23(2):129-131,166.
- [7] MAGHALIAN M, MIRGHAFOURVAND M, GHADERI F, et al. Comparison the effect of Swedish massage and interferential electrical stimulation on labor pain and childbirth experience in primiparous women: a randomized controlled clinical trial[J]. *Arch Gynecol Obstet*,2022,306(1):37-47.
- [8] 封华勋,黄增平,吴华,等. 经皮电刺激内关穴对妇科腹腔镜术后恶心呕吐疗效评估及其机制探讨[J]. 中国现代药物应用,2018,12(11):63-64.
- [9] 郑筱卓. 女性患者腹腔镜袖状胃切除术及腹腔镜妇科手术后恶心呕吐的特点及危险性比较:一项倾向评分匹配分析[D]. 重庆:重庆医科大学,2021.
- [10] 金浩然,夏梦,罗艾静,等. 帕洛诺司琼联合揸针刺刺激足三里穴、内关穴预防妇科腹腔镜术后恶心呕吐的效果[J]. 临床麻醉学杂志,2021,37(5):498-501.
- [11] MURINA F, FELICE R, DI FRANCESCO S, et al. Vaginal diazepam plus transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: A randomized controlled trial[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,2018,228:148-153.
- [12] 黄会,全晓广,叶美红,等. 体质辨识下子午流注穴位刺激对妇科腹腔镜术后胃肠功能的影响研究[J]. 中华养生保健,2022,40(12):61-63.
- [13] 罗莹嘉,卓银芳,刘婷,等. 穴位贴敷对妇科全麻腹腔镜手术后恶心呕吐的影响分析[J]. 中国实用医药,2022,17(21):181-183.
- [14] 桂屏,叶淑华,谢玉英,等. 子午流注择时穴位贴敷对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的影响[J]. 中华护理杂志,2020,55(9):1376-1380.
- [15] MALLMANN S, FERLA L, RODRIGUES M P, et al. Comparison of parasacral transcutaneous electrical stimulation and transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in women with overactive bladder syndrome: A randomized clinical trial[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,2020,250:203-208.
- [16] 黄阳雪,武曼丽,赵敏宏,等. 穴位贴敷促进妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复的Meta分析[J]. 世界中医药,2021,16(23):3523-3531,3538.
- [17] 陆月娥,陈银容,夏伟霞. 穴位贴敷联合春砂仁焗服在妇科腹腔镜术患者中的应用效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(8):152-154.
- [18] 陈彩玲. 咽喉散穴位贴敷治疗妇科全麻腹腔镜术后患者呼吸道症状的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2022,15(14):143-146.
- [19] 白云,杨兴萍. 系统化护理干预联合隔姜灸穴位对妇科患者腹腔镜术后肠蠕动恢复及术后康复效果的影响[J]. 检验医学与临床,2021,18(12):1771-1774.
- [20] 高艺凡. 经皮穴位电刺激联合托烷司琼预防妇科腹腔镜术后恶心呕吐的临床观察[J]. 武警后勤学院学报(医学版),2018,27(3):222-224.