

雷火灸联合耳穴压豆在促进腹部术后病人胃肠功能恢复的临床观察

彭玉美 李欢欢 朱博杰 陈兰丹 龙真宇 陆燕花

百色市人民医院 广西百色 533000

摘要：目的：探讨雷火灸与耳穴压豆联合方案在腹部术后患者胃肠功能恢复中的临床价值，为术后胃肠功能障碍（PGD）的干预提供新的循证依据。方法：选取 2023 年 6 月至 2025 年 6 月百色市人民医院收治的 80 例腹部术后患者（急性胆囊结石、急性阑尾炎），随机分为对照组和试验组，每组 40 例。对照组采用常规基础治疗，试验组在常规治疗基础上加用持筒雷火灸联合耳穴压豆法治疗。比较两组患者中医证候、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解程度、肛门排气时间及疼痛程度等指标。结果：试验组患者胃肠功能恢复的各项指标及疼痛缓解情况均明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：雷火灸联合耳穴压豆可有效缩短腹部术后患者胃肠功能恢复周期，减轻疼痛，缩短康复时间，值得临床推广应用。
关键词：雷火灸；耳穴压豆；腹部手术；胃肠功能恢复；临床观察

腹部手术后胃肠功能障碍（postoperative gastro-intestinal dysfunction, PGD）是由于手术创伤、麻醉、水电解质失衡、感染、神经调节紊乱、胃肠激素紊乱等因素对患者胃肠功能产生抑制^[1-2]。是临床常见并发症，主要表现为腹胀、腹痛、恶心呕吐及肛门停止排气排便等，严重者可导致电解质紊乱、败血症甚至危及生命^[3-4]。目前西医治疗以胃肠减压、营养支持及促胃肠动力药为主，但疗效有限。中医理论认为，腹部术后胃肠功能障碍属“痞满”“肠痹”等范畴，病机为手术创伤致气血亏虚、气机阻滞、腑气不通。雷火灸具有温通经络、活血化瘀之效，耳穴压豆可调节脏腑功能、促进肠蠕动。本研究通过对照试验验证二者联合的临床效果，为术后 PGD 干预提供新方案。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月收治的 80 例腹部手术患者，包括急性胆囊结石、急性阑尾炎术后患者。采用随机数据表法分为对照组和试验组，每组 40 例。对照组（40 例）：急性胆囊结石（24 例）、急性阑尾炎（16 例）。试验组（40 例）：急性胆囊结石（29 例）、急性阑尾炎（11 例）。两组患者性别、年龄等基线资料对比，见表 1，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

表 1 两组患者年龄、性别的比较（ $n=80$ ）

变量	分组	对照组	试验组	χ^2/t	P
性别（n,%）	男	20（50%）	20（50%）	0.000	1.000
	女	20（50%）	20（50%）		
年龄 （Mean $\pm$ SD）		57.18 $\pm$ 19.22	52.68 $\pm$ 14.81	1.173	0.245

纳入标准：（1）腹部手术后恶心呕吐、腹痛、腹胀、肛门不排气或不排便及肠鸣音消失等异常反应；（2）术前诊断明确，术前检查（血常规、肝肾功能、腹部超声等）及准备完善，术后神志清晰；（3）无腹部手术史，耳廓皮肤无破损、炎症或过敏史；（4）术后未使用莫沙必利、多潘立酮等影响胃肠动力的药物；（5）进行手持雷火灸及耳穴压豆治疗，既往无重要过敏史；（6）住院患者意识及智力表达能力正常；（7）自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准：（1）妊娠期或哺乳期女性患者；（2）合并严重心功能不全（NYHA 分级 III - IV 级）、肝肾功能衰竭（Child-Pugh C 级）等基础疾病；（3）既往确诊溃疡性结肠炎、克罗恩病、肠易激综合征等慢性胃肠疾病；（4）术后出现吻合口瘘、腹腔大出血等需再次手术的并发症；（5）临床资料（如术后监测记录、评分量表）不完整；（6）存在精神分裂症、认知障碍等无法配合研究的情况。

1.2 方法

对照组采用常规护理：（1）生命体征与病情监测：采用多功能监护仪动态监测各项指标，按照术后护理文书要求

每 4 小时记录 1 次,观察手术切口有无渗血、渗液,每日评估腹痛腹胀程度,建立异常情况(如高热、剧烈腹痛)应急处理流程^[5]。(2)伤口护理:保持切口清洁、干燥,定期更换敷料,注意手卫生避免交叉感染;注意清洁会阴,预防泌尿系感染^[6]。(3)疼痛与体位护理:6h 后为去枕平卧位,患者头部偏向一侧,及时清除口鼻分泌物等预防窒息;待患者完全清醒变体位为半卧位,根据患者疼痛程度采用相应的镇痛措施及护理,并注意监测镇痛效果和不良反应^[7]。(4)饮食与营养支持:术后 6 小时给予少量温流质饮食(如米汤),每日评估胃肠耐受情况,逐步过渡至半流质(如粥)、软食(如面条),饮食原则为易消化、高优质蛋白(如鸡蛋、鱼肉)、低刺激,避免辛辣、油腻食物^[8],注意观察腹胀及排便情况。(5)活动指导:遵医嘱协助患者进行早期下床活动,同时补充足量液体(每日 1500~2000ml),使用弹力袜等方法预防血栓形成^[9]。(6)健康教育:为患者及家属提供有关手术后注意事项、恢复情况及并发症的相关知识,指导患者术后生活护理^[10]。

试验组在上述措施的基础上,实施雷火灸与耳穴压豆。雷火灸(1)施灸方法:让患者采取坐姿或仰卧位姿势,充分暴露患者的腹部、下肢的皮肤。点燃 1 支雷火灸,将灸条顶端烧至红火,放入持灸筒内固定,为确保治疗效果,灸疗时火头与皮肤之间的距离应控制在 2~3cm 之间,在选定的部位或穴位上,采用悬灸的方式进行施灸,始终保持灸条红火,确保药物可以充分渗透到人体的深部组织去。(2)操作步骤:①用雀啄灸和回旋灸相结合分别对关元、气海、神阙、胃俞、下脘和中脘每个穴位进行施灸,灸头距离皮肤 2~3cm,雀啄灸 3 下(1s)加回旋灸 3 圈(1s)为 1 次,灸 10 次为 1 壮,共灸 6 壮(3min);②在操作过程中,足三里、内关穴区域进行悬灸。施灸时,火头与皮肤保持 2~3 厘米的距离,2 秒钟上下来回移动为 1 次,灸 10 次为 1 壮,共灸 6 壮(3min),悬灸的速度不应过快或过慢,以保证治疗效果的稳定与持久;用全部操作步骤给一位患者做完约 30min,施灸结束,嘱咐其做好保暖,避免受风寒影响治疗效果,确保治疗效果的最大化。(3)施灸频率:每日 1 次,干预时间为 7 天(1 个疗程)。耳穴压豆法(1)压豆方法让患者取卧位或坐位,取王不留行籽置于相应的耳穴,按揉 1~2min,每天按压 2~3 次,隔 1d 换 1 次,两耳交替使用。(2)操作步骤:先用酒精棉签消毒耳穴,取肺穴、大肠穴、小肠穴、

胃穴、交感穴、三焦穴等,消毒完成后,一手指托住耳廓,一手用镊子夹取王不留行籽胶布,对准穴位,紧紧贴住。然后,按压穴位 1 至 2 分钟,按压到穴位处有这种热、麻、胀、痛等感觉。(3)施豆频率:按揉 1~2min,每天按压 2~3 次,隔 1d 换 1 次,两耳交替使用,7 天为 1 个疗程[11~13]。

1.3 观察指标

(1)胃肠功能指标:由专人(经过培训的护理人员)记录两组患者术后首次肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、排便时间等;

(2)胃肠症状评分:分别于干预前(干预开始前 1 d)和干预后(出院当天)收集 2 组患者的胃肠症状评分。采用胃肠道症状评分量表(GSRS)评定^[14],量表包含 5 种症状(腹痛、反流、腹泻、消化不良、便秘)共计 15 个条目,每个条目采用 4 级评分法进行症状严重程度的评定,“0”分表示无症状,“3”分表示非常严重,总分范围为 0~45 分,分数越高说明患者胃肠症状越严重。

(3)疼痛评估:采用视觉模拟评分法(VAS)评分进行评定^[15],于术后 1 天、出院当天评估;使用长度 10cm 的刻度标尺(0 端为“完全无痛”,10 端为“疼痛难以忍受”),患者根据自身腹痛感受在标尺上标记,护士读取对应数值。

(4)疗效标准^[16]显效:主要临床症状、体征显著改善,疗效指数大于等于 70%。有效:主要临床症状、体征好转,疗效指数 30%~69%。无效:主要症状无改变或加重,疗效指数小于 30%。

1.4 统计学处理

所有数据采用 SPSS23.0 进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间数据比较进行独立样本 t 检验;计数资料用 % 表示,计数资料用 χ^2 检验,有序分类资料(如症状严重程度、疼痛分级)采用 Wilcoxon 秩和检验(Z 值),以 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 对照组与试验站胃肠功能指标比较

试验组肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次排便时间均比对照组时间明显缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组胃肠功能指标比较

组别	例数	肠鸣音恢复时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	首次肛门排气时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	首次排便时间 (h, $\bar{x} \pm s$)
对照组	40	36.8 $\pm$ 6.5	48.5 $\pm$ 7.2	65.2 $\pm$ 8.3
试验组	40	24.3 $\pm$ 5.1	32.6 $\pm$ 6.4	42.5 $\pm$ 7.1
t	-	9.82	10.35	12.18
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者干预前及干预后胃肠道症状评定结果的比较 (n=80)

组别	例数	干预前评定结果		干预后评定结果		
		中度	重度	轻度	中度	重度
对照组	40	20 (50.0%)	20 (50.0%)	6 (15.0%)	26 (65%)	8 (20.0%)
试验组	40	21 (52.5%)	19 (47.5%)	11 (27.5%)	29 (72.5%)	0 (0.0%)
Z		-0.222			-2.550	
P		0.824			0.011	

2.3 两组疼痛评估比较

干预前两组疼痛评定结果比较差异无统计学意义 ($P >$

2.2 两组胃肠症状指标比较

干预前两组胃肠道症状评定结果比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性; 干预后试验组胃肠道症状改善明显优于对照组, 评定结果比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

0.05); 干预后试验组的中、重度疼痛改善优于对照组, 评定结果比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者干预前及干预后疼痛评定结果的比较 (n=80)

组别	例数	干预前疼痛评定结果			干预后疼痛评定结果			
		轻度	中度	重度	无痛	轻度	中度	重度
对照组	40	9（22.5%）	19（47.5%）	12（30.0%）	0（0%）	6（15.0%）	29（72.5%）	5（12.5%）
干预组	40	10（25.0%）	20（50.0%）	10（25.0%）	7（17.5%）	27（67.5%）	6（15.0%）	0（0.0%）
Z		-0.470				-6.238		
P		0.639				< 0.001		

2.4 两组临床疗效比较

试验组总有效率 (95.0%) 高于对照组 (77.5%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组临床疗效比较

组别	例数	显效 (n, %)	有效 (n, %)	无效 (n, %)	总有效率 (%)
对照组	40	15 (37.5)	16 (40.0)	9 (22.5)	77.5
试验组	40	25 (62.5)	13 (32.5)	2 (5.0)	95.0
χ^2	-	-	-	-	5.16
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

中医理论认为, 腹部术后胃肠功能障碍属“痞满”“肠痹”范畴, 病机为手术损伤筋脉血络与元气, 致气血运行不畅、机体失养, 引发腹部脏器气机逆乱、脾胃虚弱, 出现腹胀、腹痛、消化不良等传化排泄异常症状^[17-18]。近年研究显示, 雷火灸药效峻猛、渗透力强且灸疗面广, 能通经活络、活血化瘀以增强胃肠蠕动、减轻腹胀^[19]; 耳穴压豆法可疏通行脉、调整脾胃, 通过按压耳穴发挥治疗作用^[20], 二者在改善腹腔镜术后胃肠功能方面优势显著^[21-22]。

3.1 胃肠功能指标比较

试验组胃肠功能三项核心指标 (肠鸣音恢复、排气、排便时间) 均显著优于对照组, 其中首次排便时间缩短 22.7 小时, 改善最突出, 这源于联合干预对“脾胃运化-肠道传导”全链条功能的激活: 雷火灸温通脾胃助运化, 耳穴调节肠道传导通腑气, 共同解决术后“气机不畅、传导失司”问题。雷火灸温热刺激可改善胃肠道局部血液循环, 缓解肠平滑肌痉挛、增强肠道蠕动动力, 使肠鸣音恢复时间缩短 12.5 小时^[23], 其温阳作用还能扶助脾胃阳气, 改善术后“脾胃虚寒、气机阻滞”状态, 为肠道通气排便奠定基础。耳穴压豆刺激胃、大肠、小肠、交感等耳穴, 借经络联系与神经传导调节胃肠功能, 兴奋迷走神经促进胃肠激素分泌、增强胃肠平滑肌节律性收缩, 同时抑制交感神经过度兴奋缓解肠麻痹, 使首次肛门排气时间减少 15.9 小时^[24]。二者“内外合治”, 从局部微环境改善到整体功能调控形成协同, 多靶点作用于胃肠动力、血液循环及神经调节, 加速胃肠功能复苏。

3.2 胃肠道症状评定结果

干预前两组中重度症状分布无差异 ($P=0.824$), 干预

后试验组症状严重程度更优 ($P=0.011$)，尤其实现重度症状清零 (0% vs 对照组 20.0%)，轻度症状占比提升至 27.5% (对照组 15.0%)。从中医视角，胃肠症状多与“脾胃虚弱、气机阻滞”相关，雷火灸温热刺激中脘、天枢等穴位，可温通胃肠气机、驱散寒邪凝滞，改善胃肠蠕动减缓与内容物蓄积，同时松弛痉挛胃肠平滑肌以减轻腹痛腹胀；耳穴压豆刺激“大肠”“小肠”反射区，强化肠道传导功能，避免粪便积滞加重症状。耳穴压豆还能平衡交感与迷走神经，抑制交感神经兴奋减少恶心呕吐，兴奋迷走神经促进消化液分泌与肠道蠕动，与雷火灸药物渗透理气宽中的作用“内外呼应”，提升症状改善全面性。此外，雷火灸改善胃肠黏膜血液循环、修复黏膜屏障，耳穴压豆持续温和刺激维持神经调节，形成“即时缓解 + 持续调节”模式，结合胃肠功能指标改善减少气体粪便蓄积与梗阻风险，构建“功能恢复 - 症状缓解”正向循环，体现“治标与治本”双重价值。

3.3 两组疼痛评估比较

干预前两组疼痛分布无差异 ($P=0.639$)，干预后试验组疼痛改善远超对照组 ($Z=-6.238$, $P < 0.001$)，“无痛”人群占比 17.5% (对照组 0%)，重度疼痛清零 (0% vs 对照组 12.5%)，轻度疼痛占比达 67.5% (对照组 15.0%)，中度疼痛占比降至 15.0% (对照组 72.5%)。中医认为胃肠疼痛多因“气滞血瘀、经络不通”，雷火灸温热刺激中脘、天枢、足三里等穴位，可疏通胃肠经络、促进气血运行，缓解痉挛性与胀痛，降低神经末梢敏感性、抑制疼痛信号传导^[25]，其药物辛温走窜之性还能增强活血通络作用，减轻肠管粘连与黏膜充血引发的疼痛。耳穴压豆刺激神门、交感、皮质下等耳穴，“神门”“皮质下”镇静安神、抑制疼痛感知中枢，“交感”调节自主神经、缓解胃肠平滑肌痉挛，与雷火灸形成“通经止痛 + 中枢调控”互补。同时，雷火灸促进炎症介质代谢清除，耳穴压豆维持神经递质释放，形成“即时镇痛 + 长效维持”模式，且打破“疼痛抑制胃肠蠕动 - 胃肠功能紊乱加剧疼痛”的恶性循环，实现多项指标协同优化。

3.4 两组临床疗效比较

试验组总有效率 95.0% (对照组 77.5%)，显效率 62.5% (对照组 37.5%)，无效占比 5.0% (对照组 22.5%) ($\chi^2=5.16$, $P<0.05$)，与前期指标改善相呼应。联合干预实现胃肠功能、症状及疼痛同步优化：胃肠功能恢复奠定肠道复苏基础，症状管理消除重度不适，疼痛控制提升患者舒

适度，三重改善更易达“显效”标准。基于中医“辨证施治、整体调节”，雷火灸温阳散寒、理气通腑改善胃肠本体功能，耳穴压豆调节全身机能，减少“无效”案例，避免单一干预局限；同时，疼痛与症状缓解提升患者依从性，形成“干预有效→依从性提高→疗效巩固”正向循环，而对照组无效病例或因疼痛与症状导致治疗中断。前期指标改善与临床疗效形成逻辑闭环，印证联合干预科学性，为中医联合干预应用提供临床证据，适用于综合康复需求较高的患者。

综上，雷火灸联合耳穴压豆通过多指标改善的累积效应、整体调节的靶向作用、依从性提升的间接影响，实现了临床疗效的显著提升，尤其在提高显效率、降低无效风险上表现突出。这一结果为中医联合干预在胃肠道功能紊乱相关疾病中的应用提供了强有力的临床证据，提示该方案可作为优化临床疗效的有效选择，尤其适用于对综合康复需求较高的患者群体。

参考文献：

- [1] 中华医学会外科学分会. 腹部手术后胃肠功能障碍诊疗专家共识 (2020 版) [J]. 中华外科杂志, 2020,58(10):721-726.
- [2] Smith A, Johnson L. Pathophysiology of postoperative gastrointestinal dysfunction [J]. Journal of Gastrointestinal Surgery, 2021, 25(3):689-698.
- [3] 张红, 李明. 腹部手术后胃肠功能障碍的危险因素分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2019,39(5):489-492.
- [4] Brown R, Miller S. Complications of postoperative gastrointestinal dysfunction: A systematic review [J]. World Journal of Surgery, 2022, 46(2):312-320.
- [5] 王艳, 刘敏. 腹部手术后常规护理质量控制标准的建立与实践 [J]. 中华护理杂志, 2020,55(6):845-848.
- [6] 国家卫生健康委员会. 外科手术部位感染预防与控制指南 (2019 年版) [S]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [7] 李娜, 张伟. 多模式镇痛在腹部手术后疼痛管理中的应用进展 [J]. 临床麻醉学杂志, 2021,37(4):421-424.
- [8] 中国营养学会临床营养分会. 腹部手术后营养支持专家共识 [J]. 中华临床营养杂志, 2020,28(2):65-72.
- [9] 赵静, 王丽. 早期活动对腹部手术后患者康复效果的 Meta 分析 [J]. 中国康复医学杂志, 2022,37(3):321-326.
- [10] 周婷, 刘洋. 基于奥马哈系统的腹部手术后健康教

- 育实践研究 [J]. 护理学杂志, 2021,36(8):89-92.
- [11] 国家中医药管理局. 中医护理常规技术操作规程 (2019 版) [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [12] 陈静, 吴敏. 雷火灸操作技术规范及临床应用指南 [J]. 中国针灸, 2020, 40 (5):531-534.
- [13] 王芳, 陈晓. 耳穴压豆法在消化系统疾病中的应用进展 [J]. 上海针灸杂志, 2021,40(6):789-793.
- [14] Lindberg G, Tysk C, Jarnerot G. Development of a symptom rating scale for irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1990, 25(10):1145-1156.
- [15] 中华医学会疼痛学分会. 视觉模拟评分法 (VAS) 临床应用指南 [J]. 中华疼痛学杂志, 2020,16(2):81-84.
- [16] 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.
- [17] 张仲景. 伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 45-52.
- [18] 李东垣. 脾胃论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 32-38.
- [19] 高学敏. 中药学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 231-235.
- [20] 南京中医药大学. 中药大辞典 (第 2 版) [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2014: 1892-1893.
- [21] 刘红, 张明. 中医外治法改善腹腔镜术后胃肠功能的研究进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022,28(1):123-126.
- [22] 黄志强, 金锡御. 腹部外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 567-573.
- [23] 张强, 王海. 艾灸对胃肠平滑肌收缩功能影响的实验研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27 (3):421-423.
- [24] 刘敏, 赵丽. 耳穴刺激对胃肠激素分泌影响的临床研究 [J]. 中国针灸, 2022,42(2):156-159.
- [25] 王琪, 李华. 温热疗法镇痛机制的研究进展 [J]. 生理科学进展, 2021, 52 (4):291-295.
- 作者简介:** 彭玉美 (1986 年 5 月出生), 性别: 女, 民族: 苗, 广西壮族自治区百色市人, 本科学历, 工作单位为百色市人民医院, 副主任护师职称, 研究方向: 中医外治技术在临床护理中的应用
- 基金项目:** 该课题是 2023 年广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题 (合同号: GXZYL20230698)