

论著 • 护理研究

火龙罐促进剖宫产术后产妇肠道功能恢复的效果观察

罗杨柳¹, 上官凤娇², 黄燕虹³

(泉州市中医院: 1. 产科; 2. 骨伤科; 3. 心血管科, 福建 泉州 362000)

[摘要] 目的 探讨火龙罐促进剖宫产术后产妇肠道功能恢复的效果。方法 前瞻性纳入 2022 年 10 月至 2023 年 10 月于该院行剖宫产分娩的 86 例产妇为研究对象。根据随机信封法分为干预组和对照组, 各 43 例。对照组产妇予综合性护理干预, 干预组产妇在对照组基础上联合火龙罐干预。2 组产妇均干预 3 d。记录并比较 2 组产妇胃肠功能恢复情况(肠鸣音恢复时间、胃肠蠕动时间、自主排气时间及肛门自行排便时间)、胃肠症状(腹胀、腹痛、恶心呕吐)发生情况、疼痛程度[视觉模拟评分表(VAS)评分]、子宫复旧情况及泌乳情况。**结果** 干预组产妇术后肠鸣音恢复时间、胃肠蠕动时间、自主排气时间及肛门自行排便时间均短于对照组, 干预期间胃肠症状总发生率低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 干预 3 d 时, 2 组产妇 VAS 评分均较术后麻醉消退后 1 h 降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 但 2 组术后麻醉消退后 1 h、干预 3 d 的 VAS 评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 干预 3 d 时, 2 组产妇子宫下降高度及子宫三径之和比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 2 组产妇初次泌乳时间及干预 3 d 泌乳量比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 火龙罐促进剖宫产术后产妇肠道功能恢复的效果显著, 更有利于促进术后肠道功能恢复, 减少腹胀、腹痛、恶心呕吐等胃肠症状发生, 且不会对产妇疼痛、子宫复旧及泌乳情况产生明显影响, 安全性较高, 值得临床推广。

[关键词] 火龙罐; 剖宫产; 肠道功能; 恢复; 中医护理

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.24.022

中图法分类号: R248

文章编号: 1009-5519(2024)24-4238-05

文献标识码: A

Observation on the effect of Huolongguan therapy in promoting postpartum
intestinal function recovery after cesarean section

LUO Yangliu¹, SHANGGUAN Fengjiao², HUANG Yanhong³

(Quanzhou Traditional Chinese Medicine Hospital: 1. Department of Obstetrics; 2. Department of Orthopedics and Traumatology; 3. Department of Cardiovascular, Quanzhou, Fujian 362000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of Huolongguan therapy in promoting postpartum intestinal function recovery after cesarean section. **Methods** A total of 86 parturients who underwent cesarean section in our hospital from October 2022 to October 2023 were prospectively enrolled and divided into an intervention group and a control group by the random envelope method, with 43 parturients in each group. The control group received comprehensive nursing intervention, while the intervention group received Huolongguan therapy on the basis of the comprehensive nursing intervention. Both groups were intervened for 3 days. The recovery of gastrointestinal function (intestinal sounds recovery time, gastrointestinal motility time, spontaneous exhaust time, and spontaneous defecation time), incidence of gastrointestinal symptoms (abdominal distension, abdominal pain, nausea, and vomiting), pain intensity [assessed using the Visual Analog Scale (VAS)], uterine involution, and lactation were recorded and compared between the two groups. **Results** The intervention group had shorter intestinal sounds recovery time, gastrointestinal motility time, spontaneous exhaust time, and spontaneous defecation time after surgery compared with the control group, and a lower total incidence of gastrointestinal symptoms during the intervention period, with statistically significant differences ($P < 0.05$). At 3 days after intervention, the VAS scores of both groups were lower than those 1 hour after the anesthesia subsided postoperatively, with statistically significant differences ($P < 0.05$). However, there were no statistically significant differences in VAS scores between the two groups at 1 hour after anesthesia subsided postoperatively and 3 days after intervention ($P > 0.05$). At 3 days after intervention, there were no statistically significant differences in uterine descent height and the sum of three uterine diameters between the two groups ($P > 0.05$). There were also no statistically significant differences in initial lactation time and

lactation volume at 3 days after intervention between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Huolongguan therapy has a significant effect in promoting intestinal function recovery after cesarean section, which is more conducive to accelerating postoperative intestinal function recovery and reducing the incidence of gastrointestinal symptoms such as abdominal distension, abdominal pain, nausea, and vomiting. It has high safety with no significant impact on maternal pain, uterine involution, and lactation, and is worthy of clinical promotion.

[Key words] Huolongguan therapy; Cesarean section; Intestinal function; Recovery; Traditional Chinese medicine nursing

对于难产及高危产妇,剖宫产可减少不良妊娠结局,提高产妇与胎儿安全性,但受到术中麻醉药物使用及手术创伤刺激影响,产妇术后胃肠蠕动减少,发生腹胀、腹痛等情况,不利于产妇术后恢复,同时,还可能加重产妇不良情绪状态^[1]。因此,剖宫产后及时开展积极护理帮助产妇促进胃肠道功能恢复、减少或避免胃肠症状发生十分必要。临床主要通过健康监测和心理方面的常规护理来帮助剖宫产产妇术后胃肠功能恢复,但效果不甚理想。针对剖宫产术后腹胀原因剖析,饮食、肠胃蠕动、疼痛、活动及心理方面均有影响^[2]。综合护理干预在剖宫产中的应用,可围绕上述原因对剖宫产术后展开饮食、疼痛和心理全面护理,强调全方面和立体化的产妇呵护,被证实在产后有理想的应用效果^[3]。但单纯的综合护理干预对剖宫产产妇胃肠功能恢复缺乏针对性。与传统拔罐技法不同,火龙罐包含艾灸、刮痧与推拿,将手法与艾灸结合,可发挥宣发、肃降功效,对脾胃虚弱妊娠患者有理想的干预效果^[4]。既往研究结果证实,中西医结合护理可促进剖宫产产妇术后胃肠功能恢复^[5]。故推测,在综合护理干预基础上,加用火龙罐或可促进剖宫产术后产妇肠道功能恢复效果,但目前与之相关的研究较少。对此,本研究就使用火龙罐效果进行探讨,以为剖宫产术后腹胀干预措施的选择提供新思路。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性纳入 2022 年 10 月至 2023 年 10 月于本院行剖宫产分娩的 86 例产妇为研究对象,本研究经医院医学伦理委员会审核批准(临床注册号:20220406)。纳入标准:(1)于医院接受剖宫产分娩产妇,且为初次接受剖宫产分娩;(2)产妇对研究内容知情,并签署同意书;(3)产妇精神状态可,可配合研究。排除标准:(1)合并严重内科或妇科疾病;(2)合并糖尿病、高血压、心脏病等;(3)合并心脏、肾脏、肝脏等重要脏器器质性病变;(4)合并背部和腹部皮肤过敏、感染、出血;(5)合并凝血功能异常;(6)接触性过敏或艾烟过敏、伴糖尿病末梢神经损伤及传染性疾病、情绪激动无法配合。剔除和脱落标准:(1)中途主动退出本研究者;(2)研究期间突发其他严重并发症转科室治疗者。

根据上述标准共纳入 86 例剖宫产分娩产妇,根

据随机信封法分为干预组和对照组,各 43 例。干预组产妇年龄 22~34 岁,平均(27.25±3.36)岁;分娩孕周 37~40 周,平均(38.45±1.24)周;手术时间 52~75 min,平均(63.12±5.56)min;初产妇 30 例,经产妇 13 例。对照组产妇年龄 20~34 岁,平均(26.72±3.22)岁;分娩孕周 37~41 周,平均(38.35±1.06)周;手术时间 50~73 min,平均(63.74±5.64)min;初产妇 26 例,经产妇 17 例。2 组产妇年龄、孕周、手术时间等资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),均衡可比。

1.2 方法

1.2.1 护理干预

1.2.1.1 对照组 对照组产妇予综合护理干预,主要包括体位、饮食、疼痛、心理及康复运动护理。具体内容:(1)体位护理。术后保持卧姿,产妇体征平稳后协助其简单活动双下肢,6~8 h 帮助产妇翻身,采取侧卧,每 2 小时调整体位,12 h 后予半卧位。(2)饮食护理。产妇术后常规禁饮禁食 6~8 h,之后护理人员评估产妇身体状况,顺利排气产妇可以适当进食流质食物,少量多次饮用米汤、温水或者陈皮水。流质食物逐渐过渡至半流质,护理人员根据产妇自身饮食习惯及身体状况制定针对性科学饮食计划,主要以蛋白质、维生素、膳食纤维丰富的食物为主。(3)疼痛护理。询问产妇疼痛状况,根据产妇疼痛程度进行干预,例如调整体位、定期更换药物、清洁伤口。对疼痛严重的产妇根据医嘱予止痛药物缓解。(4)心理护理。因术后创口疼痛、体内激素变化等使产妇发生心理变化,有不同程度不良情绪,此时家属及医护人员多与之沟通交流,仔细聆听产妇感受,了解产妇内心忧虑情绪内在原因,鼓励产妇积极表达自己心情,并指导产妇及时排解不良情绪。护理人员要叮嘱家属陪伴,予产妇关心和呵护,缓解产妇因剖宫产术后疼痛产生的焦躁情绪,提高产妇术后对护理工作的配合度。(5)运动护理。在床上卧床时做缩肛运动,产妇双腿交叉,大腿臀部都用力夹紧肛门,慢慢上提,持续 5 s,每组 20~50 次,每天 4 组,根据产妇具体情况调整运动频次。术后 6~12 h 后鼓励产妇及时下床活动,手扶病房外走廊扶手散步,家属在旁协助,必要时护理人员提供运动注意事项示范,根据产妇实际情况增加活动强度和活动时间,活动期间做好保暖。

1.2.1.2 干预组 干预组产妇在对照组护理基础上行火龙罐干预,行罐时间于产妇剖宫产术后第 1 天,并于腹部按摩结束后进行。具体内容:行罐前产妇排空膀胱,并对其背部和腹部皮肤进行清洁,调节室内温度,保持在适宜温度(24~26℃),防止产妇行罐期间受寒。行罐分为 2 个部位,即背部和腹部。背部行罐:产妇取侧卧位,暴露腰背部,产妇保持放松,行罐部位涂抹按摩精油。行罐前,行罐者手测罐口温度,以旋转手法,首先从命门处行罐,轻轻辗揉,随后将点燃艾柱插入火龙罐,观察艾柱燃烧情况,一般在 2~3 min 后艾灸热力可完全渗透,顺着胃俞-膀胱俞穴以先上下后顺序,正反转运罐 5~10 次,在八髎穴辗揉点震 3~5 min,总计行罐 15~20 min。腹部行罐:产妇经侧卧位转变为仰卧位,以神阙为主穴并在此处落罐,落罐初始轻轻滑动火龙罐,等到产妇逐渐适应后慢慢增加力度,力度由轻到重,以产妇可耐受为宜,行罐至产妇腹部皮肤微红后,根据俞募配穴法,按照顺序在中脘、关元、天枢等穴行罐,利用火龙罐“梅花瓣”刺激募穴处,主要使用点、按、压等手法刺激。不同剖宫产切口行罐方向不同,横切口对气海、子宫等穴位行罐,而竖切口则以悬灸为主,顺时针行罐 3~5 次,共计 15~20 min。行罐过程中注意把控罐口温度和行罐力度。2 组均干预 3 d,干预期间评估无腹胀者可停止行罐。

1.2.2 观察指标

1.2.2.1 肠功能恢复 记录产妇术后肠鸣音恢复时间(肠鸣音是指消化系统内肠管处发生收缩与括约肌活动的声音,术后肠鸣音恢复是指术后能听到消化系统内肠管部位发生有节律的收缩声及括约肌活动的声音)、胃肠蠕动时间(术后定时用手掌触摸产妇腹部,若腹部有明显突出且按压时伴不同程度的疼痛感,表明胃肠蠕动未恢复,若无明显突出且按压时未感到疼痛,耳朵听诊腹部时闻及气过水声,表明胃肠蠕动恢复正常)、自主排气时间(产妇自我描述排气)及肛门自行排便时间(产妇自述术后首次自主排便)。

1.2.2.2 胃肠症状发生情况 观察 2 组产妇干预期间腹胀、腹痛、恶心呕吐等胃肠症状发生情况。腹胀:术后肠鸣音减弱或消失,腹部有张力,感觉腹部肌肉紧张;腹痛:按压腹部有压痛;恶心呕吐:上腹部不适,伴胸闷、气短、恶心症状,出现紧迫要呕吐感觉或呕吐胃内容物。若同一位产妇发生 2 种或 2 种以上的胃肠症状,只取其中最严重的一种症状记录,且记为“1”次。

1.2.2.3 疼痛程度 于术后麻醉消退后 1 h、干预 3 d 时,采用视觉模拟评分表(VAS)^[6]评估产妇静息状态下疼痛程度,量表总分 0~10 分,分数越高表明疼痛越严重。

1.2.2.4 子宫复旧情况 于术后当天(麻醉消退

后)、干预 3 d 时,由同一医生充分按摩产妇产后以软尺测量耻骨联合上缘中点至子宫底最高点的距离,计算子宫下降高度。同时于干预 3 d 时复查 B 超,测量子宫长径、前后径及横径长,并计算子宫三径之和。

1.2.2.5 哺乳情况 记录 2 组产妇初次泌乳时间及干预 3 d 泌乳量。

1.3 统计学处理 本研究数据使用 SPSS25.0 统计学软件进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间行独立样本 *t* 检验,组内行配对样本 *t* 检验;计数资料以率表示,行 χ^2 检验;双侧检验 $\alpha = 0.05$ 。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组产妇术后肠功能恢复情况比较 干预组产妇术后肠鸣音恢复时间、胃肠蠕动时间、自主排气时间及肛门自行排便时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组产妇术后肠功能恢复情况比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	<i>n</i>	肠鸣音恢复时间	胃肠蠕动时间	自主排气时间	肛门自行排便时间
干预组	43	23.88±3.35	20.42±4.32	24.32±4.05	34.47±7.65
对照组	43	25.74±4.02	22.58±5.36	27.01±5.11	40.86±8.32
<i>t</i>	—	2.331	2.058	2.705	3.707
<i>P</i>	—	0.022	0.043	0.008	0.001

注:—表示无此项。

2.2 2 组产妇术后胃肠症状发生情况比较 干预组产妇在干预期间胃肠症状总发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.340, P = 0.007$)。见表 2。

表 2 2 组产妇术后胃肠症状发生情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	腹胀	腹痛	恶心呕吐	总发生
干预组	43	1(2.33)	1(2.33)	0	2(4.66) ^a
对照组	43	7(16.28)	3(6.98)	1(2.33)	11(25.58)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 2 组产妇疼痛程度比较 干预 3 d 时,2 组产妇 VAS 评分均较术后麻醉消退后 1 h 降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);但 2 组产妇术后麻醉消退后 1 h、干预 3 d 的 VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组产妇疼痛程度比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	术后麻醉消退后 1 h	干预 3 d	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	43	5.75±1.12	3.11±0.85	12.313	<0.001
对照组	43	5.54±1.10	3.20±0.79	11.330	<0.001
<i>t</i>	—	0.877	0.509	—	—
<i>P</i>	—	0.383	0.612	—	—

注:—表示无此项。

2.4 2 组产妇产后子宫复旧情况比较 干预 3 d 时, 2 组产妇产后子宫下降高度及子宫三径之和比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组产妇产后子宫复旧情况比较($\bar{x} \pm s, \text{cm}$)

组别	n	子宫下降高度	子宫三径之和
干预组	43	3.12 ± 0.53	24.75 ± 1.78
对照组	43	3.07 ± 0.61	25.27 ± 1.82
t	—	0.406	1.339
P	—	0.686	0.184

注: — 表示无此项。

2.5 2 组产妇产后泌乳情况比较 2 组产妇产后初次泌乳时间及干预 3 d 泌乳量比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 2 组产妇产后泌乳情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	初次泌乳时间(h)	干预 3 d 泌乳量(mL)
干预组	43	11.36 ± 2.41	35.76 ± 3.64
对照组	43	11.29 ± 2.23	36.29 ± 3.37
t	—	0.140	0.701
P	—	0.889	0.486

注: — 表示无此项。

3 讨 论

临床上, 剖宫产虽然有很多优势, 但随着近期剖宫产手术增多, 术后负面情况也逐渐突出。手术过程中热量消耗导致产妇产后胃肠功能恢复不佳, 且受到术前进食大量丰富蛋白质食物、术中麻醉药物使用、术后疼痛、术后活动、心理变化等原因影响, 导致产妇产后胃肠血流减慢, 剖宫产术后产妇易发生腹胀、腹痛、恶心呕吐等胃肠症状, 影响产后恢复^[7]。

综合护理干预针对剖宫产产妇术后采取体位、饮食、疼痛、心理及康复运动等方面的护理, 弥补了常规护理对产妇个体差异及护理细节考虑欠缺的不足, 更符合剖宫产产妇身体和心理变化特点, 使产妇得到全方面细节护理^[8]。但单纯综合性护理干预对产妇产后胃肠功能缺乏针对性措施, 导致胃肠功能改善情况不理想。

火龙罐是一种利用真空吸附原理进行治疗的中医工具, 通过热量和负压刺激皮肤表面的血管, 促进血液循环和新陈代谢, 达到舒筋活络、通经活血、调理脏腑的作用^[9]。本研究中, 干预组产妇产后肠功能恢复时间均短于对照组, 表明在综合护理基础上, 加用火龙罐干预更能促进剖宫产术后产妇产后肠道功能恢复。分析原因: 火龙罐物理干预过程中, 利用艾柱点燃后走罐, 艾叶性温, 火力温和, 促使艾柱产生的热力及药力作用于皮肤, 通过调节穴位、促进血液循环, 达到疏通经络气血、祛寒散滞、行气活血效果^[10]。此外, 在走罐的同时, 对产妇背部行罐, 按照施灸顺序: 先上后

下, 先阳后阴, 对产妇胃俞、大肠俞穴位反复开合罐, 达到理气降逆、调和肠胃之功能^[11]。在腹部行罐时, 配合俞募配穴法, 中脘腑之募穴, 可双相调节胃肠蠕动, 有健脾胃、散结除湿之效; 关元为小肠募穴, 有行水助气、益气固本之效; 天枢为大肠募穴, 有调中和胃, 健脾理气之效。诸穴相配, 辅以艾灸按摩刺激, 可达疏通阻塞经络、经气激发的目的, 使产妇产后经络疏通、气血运行、脾胃调和, 有效促进肠道功能恢复, 加速术后康复^[11]。通过走罐按摩, 可以使交感神经兴奋, 增加肠蠕动, 促进术后排气。联合综合护理干预: 饮食护理可以为产妇提供合理健康的饮食, 适当的食物刺激可促进肠蠕动恢复; 康复活动可以加快胃肠蠕动, 卧床缩肛运动可提高括约肌功能, 促进气体和粪便排出^[12]。故通过中西医结合护理干预, 有助于剖宫产术后胃肠功能恢复。

祖国医学认为腹胀属“肠胀”“肠痹”“肠结”等范畴, 剖宫产术后腹胀发生原因与术中对产妇筋脉损伤、肌肉损伤及分娩时失血过多等有关, 产妇受创伤刺激和气虚亏虚影响, 导致腑气阻滞, 气滞经络, 影响脾胃升降, 排气排便不畅, 引发腹胀、腹痛^[13]。本研究中, 干预组产妇产后在干预期间胃肠症状总发生率低于对照组, 提示火龙罐干预可有效降低剖宫产术后产妇产后胃肠症状发生率。分析原因: 剖宫产术后产妇产后火龙罐施以通经温络、祛寒散滞、通腑降气等干预。火龙罐疗法包含艾灸、推拿、拔罐及刮痧, 运罐过程中结合手法, 通过点、揉、碾、震等以大小鱼际在施治部位推拿按摩, 有舒经通络、调理脏腑之效^[14-15]。联合综合护理中疼痛和心理护理则能缓解切口疼痛, 转移产妇注意力, 缓解因疼痛造成腹部紧张, 进而减少或避免腹胀、腹痛、恶心呕吐等胃肠症状的发生^[16]。

另外, 本研究还发现, 2 组产妇产后 VAS 评分、子宫下降高度、子宫三径之和及初次泌乳时间及干预 3 d 泌乳量比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 提示火龙罐干预不会明显增加产妇产后疼痛程度, 且不会对其子宫复旧及泌乳情况产生较大影响, 具有较高安全性。分析原因: 火龙罐是一种集推拿、艾灸、揉痧等于一体的综合技术, 可完全避免传统刮痧及负压走罐的疼痛感, 并能根据产妇耐受性调整行罐力度, 从而使治疗性与舒适性并存, 减轻对产妇腹部切口产生的刺激, 因此不会明显增加产妇产后疼痛感。另外, 火龙罐是一项中医外治疗法, 可避免药物内服对产妇产后泌乳情况的影响, 且行罐过程中产生的热度及按压力度较小, 不会对产妇产后复旧产生明显影响。

综上所述, 火龙罐促进剖宫产术后产妇产后肠道功能恢复的效果显著, 更有利于促进术后肠道功能恢复, 减少腹胀、腹痛、恶心呕吐等胃肠症状发生, 且不会对产妇产后疼痛、子宫复旧及泌乳情况产生明显影响, 安全性较高, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 胡红,周红,张柳,等. 剖宫产术后早期进食对胃肠道功能恢复影响的系统评价[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(2):156-161.
- [2] 廖小沙,胡寿涓. 剖宫产术后腹胀影响因素及有效护理措施[J]. 上海医药,2018,39(16):31-33.
- [3] 钟影. 综合性护理干预措施在高龄产妇剖宫产分娩中的应用[J]. 安徽医药,2019,23(11):2262-2265.
- [4] 陈妍,胡珊,宁艳,等. 火龙罐治疗脾胃虚弱型妊娠剧吐 30 例[J]. 中国针灸,2021,41(4):449-450.
- [5] 王祥雯,袁逸菁,范颖. 中西医结合护理对剖宫产产妇预后及腹胀情况的影响[J]. 山西医药杂志,2021,50(22):3213-3215.
- [6] 孙兵,车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
- [7] 崔明圆,杨保仲,张爽,等. 舒芬太尼联合罗哌卡因硬膜外自控镇痛对剖宫产术后应激激素和胃肠动力状态的影响[J]. 现代生物医学进展,2019,19(19):3686-3690.
- [8] 裴伟清. 综合护理干预应用于剖宫产护理中的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用,2019,13(19):200-201.
- [9] 施兰来,杨毅华,黄荷贤,等. 火龙罐疗法对心肾不交型围绝经期患者睡眠障碍的影响[J]. 护理学杂志,2021,36(12):56-59.
- [10] 张文婷. 综合护理在剖宫产手术后胃肠功能恢复的效果观察及腹胀发生率影响分析[J/CD]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(31):136-137.
- [11] 吴玉琴,黄华敏,路楷. 火龙罐联合手指点穴治疗脑卒中后便秘的疗效观察[J]. 重庆医学,2022,51(14):2441-2444.
- [12] 黎海芳,刘蓝笛,郭莉华. 中医火龙罐在剖宫产术后肠梗阻康复治疗中的临床效果分析[J]. 中外医药研究,2022,1(4):99-101.
- [13] 李水英,蔡秀好,陈莉华. 火龙罐综合灸在剖宫产术后腹胀中的应用效果[J]. 中国医药指南,2022,20(29):106-108.
- [14] 张宁,邹雪梅,孙传凤. 生化消胀汤对剖宫产术后患者康复的影响[J]. 西部中医药,2019,32(6):72-74.
- [15] 章虹虹,吴秀花,刘燕琼,等. 火龙罐联合穴位贴敷在全性肠梗阻中减轻腹胀的应用研究[J]. 中医外治杂志,2023,32(4):47-49.
- [16] 刘会媛,孙平,吴桂芬,等. 综合护理干预应用于剖宫产护理中的临床效果分析[J]. 心理月刊,2020,15(13):45.
- (收稿日期:2024-04-07 修回日期:2024-10-27)
- (上接第 4237 页)
- SANCHO J J, et al. Prevalence of long-term upper aerodigestive symptoms after uncomplicated bilateral thyroidectomy [J]. Surgery, 2003,133(3):318-322.
- [13] TOMODA C, SUGINO K, TANAKA T, et al. Globus symptoms in patients undergoing thyroidectomy: Relationships with psychogenic factors, thyroid disease, and surgical procedure [J]. Thyroid, 2018,28(1):104-109.
- [14] NAM I C, CHO Y J, BAE J S, et al. Female sex, central lymph node metastasis and dissection are causes of globus symptom after thyroidectomy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2016,273(6):1607-1613.
- [15] PARK Y M, OH K H, CHO J G, et al. Changes in voice-and swallowing-related symptoms after thyroidectomy: One-year follow-up study [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2018,127(3):171-177.
- [16] PAPANAKIS C E, ASIMAKOPOULOU P, PROIMOS E, et al. Subjective and objective voice assessments after recurrent laryngeal nerve-preserved total thyroidectomy [J]. J Voice, 2017,31(515):e15-e21.
- [17] BAEK S K, LEE K, OH D, et al. Efficiency of intraoperative neuromonitoring on voice outcomes after thyroid surgery [J]. Auris Nasus Larynx, 2017,44(5):583-589.
- [18] YUDA M S I, NISHIKAWA K, TAKAHASHI K, et al. A strategy for using intraoperative nerve monitoring during esophagectomy to prevent recurrent laryngeal nerve palsy [J]. Anticancer Res, 2018,38(3):1563-1567.
- (收稿日期:2024-01-19 修回日期:2024-10-20)