

“益气通腑汤”治疗妇科腹腔镜术后气虚血瘀型胃肠功能障碍 40 例临床研究

李 杨¹ 陈冬梅¹ 荣 慧²

(1.南京中医药大学南通附属医院,江苏南通 226000; 2.南京中医药大学附属医院,江苏南京 210029)

摘 要 目的:观察自拟益气通腑汤治疗妇科腹腔镜术后气虚血瘀型胃肠功能障碍的临床疗效。方法:将符合妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍诊断标准且证属气虚血瘀型的 80 例患者随机分为治疗组与对照组,每组 40 例。对照组予常规术后抗感染、支持治疗,不予其他干预;治疗组在对照组治疗的基础上加用益气通腑汤中药汤剂口服,连续服用 3 d。比较 2 组患者术后 6 h、24 h、48 h、72 h 症状程度总积分(腹胀、腹痛、恶心呕吐症状积分之和)和术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间以及入组时与治疗 3 d 后血清胃泌素(GAS)、生长抑素(SST)水平变化情况,比较 2 组患者头晕、恶心加重等药物不良反应发生率。结果:术后 48 h、72 h 治疗组患者症状程度总积分明显低于对照组($P < 0.001$)。治疗组术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均明显短于对照组($P < 0.001$)。治疗后治疗组血清 GAS 水平较本组入组时明显升高($P < 0.05$),SST 水平较本组入组时明显降低($P < 0.05$),且改善明显优于同期对照组($P < 0.05$);对照组治疗 3 d 后血清 GAS、SST 水平与本组入组时比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗期间 2 组患者头晕、恶心加重等药物不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P = 1.00$)。结论:在常规抗感染、支持治疗基础上加用益气通腑汤可显著改善气虚血瘀型妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍患者临床症状,增强胃肠动力,加快胃肠功能恢复,且安全性高,值得临床进一步推广。

关键词 益气通腑汤;妇科;腹腔镜术后;胃肠功能障碍;胃泌素;生长抑素

胃肠功能的恢复作为妇科腹腔镜术后机体恢复的一个重要环节,直接影响患者手术满意度、术后生活质量及出院时间。随着腹腔镜技术的成熟和广泛应用,经腹腔镜手术逐渐取代传统开腹手术,成为妇科最主要的手术方式^[1]。胃肠道是腹腔镜手术中最敏感、最易受损的器官之一,术后胃肠功能的恢复受麻醉药物、二氧化碳气腹、手术器械牵拉刺激、手术应激反应等诸多因素影响^[2-3],若出现术后胃肠功能障碍可见胃肠蠕动减弱或消失、恶心、呕吐、腹胀腹痛、呃逆、无自主排气排便等症状^[2-4]。随着术后麻醉药物的代谢以及脱离上述影响因素,胃肠功能障碍症状会逐渐缓解,但部分患者恢复时间较长,影响术后生活质量。目前西医临床主要采用的干预措施是常规补液以维持电解质平衡,避免胃肠道负担加重,但因术后胃肠功能障碍的症状具有多样性且程度不一,难以针对性治疗,存在一定的局限性。

中医认为,术后胃肠功能失调多责之于气血失和致肠腑不通,治当益气通腑、逐瘀止痛。益气通腑

汤是南京中医药大学南通附属医院妇科用于治疗腹腔镜术后胃肠功能障碍的自拟经验方,已经过长期临床验证有效,其组方思路来自《伤寒论》之小承气汤。本研究观察了在常规术后抗感染、支持治疗基础上加用益气通腑汤对妇科腹腔镜术后气虚血瘀型胃肠功能障碍患者腹痛、腹胀、恶心呕吐症状和肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间及血清胃泌素(GAS)、生长抑素(SST)水平的影响,并与常规术后抗感染、支持治疗的对照组进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2021 年 8 月至 2022 年 2 月在南京中医药大学南通附属医院妇科接受腹腔镜手术后出现胃肠功能障碍且辨证属气虚血瘀证的患者 80 例,按照随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组 40 例。2 组患者术中均采用静吸复合麻醉方式,且年龄、手术时长、腹腔镜手术类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。本研究经南京中医药大学南通

附属医院伦理委员会批准(批件号:通中院〔2021〕字004)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照第8版《外科学》^[5]中术后胃肠功能障碍诊断标准:腹部手术患者术后8 h内出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、肠鸣音消失、肛门不排气、不排便等症状。

1.2.2 中医辨证标准 参照《实用中医诊断学》^[6]中气虚血瘀

证中医辨证标准。主症:腹胀如鼓,腹痛,呕吐,便秘,无肠鸣、矢气。次症:精神倦怠,四肢无力,少气懒言。舌脉:舌淡暗或有瘀斑,脉细弱或涩。符合主症、次症各1项,结合舌脉,即可诊断。

1.3 纳入标准 行妇科腹腔镜手术,且术后符合胃肠功能障碍西医诊断标准和气虚血瘀证中医辨证标准;意识清醒且能配合治疗;年龄18~50岁;手术时长<4 h,麻醉时长<4 h;患者及家属知情同意,愿意接受本研究的治疗方法,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并进行其他手术者;因器质性病变引起严重胃肠道疾病者;合并心脑血管、肝肾、造血系统疾病及恶性肿瘤、精神疾患等严重疾病者;术中出血量 ≥ 400 mL及术中输血者;术后使用了对胃肠功能恢复有影响的药物(如镇痛泵等)者;出现严重电解质紊乱者;对本研究使用的中药成分、头孢类药物过敏者。

1.5 剔除标准 若患者术后出现严重胃肠功能障碍症状,如呕吐、腹胀腹痛持续加重,出现呕血、便血等,应及时采取针对性药物治疗如质子泵抑制剂,止吐、止血药物,生长抑素类似药物,同时增加补液和禁食时间,并剔除出组。

2 治疗方法

2.1 对照组 予常规术后抗感染、支持治疗。具体措施:(1)静脉滴注注射用头孢尼西钠(西锐,扬子江药业集团有限公司,国药准字H20073651,0.5 g/瓶),1 g/d。(2)补液:静脉滴注转化糖电解质注射液(田力,扬子江药业集团有限公司,国药准字H20080720,500 mL/瓶),1000 mL/d;静脉滴注复方醋酸钠林格注射液(纳嘉美,四川科伦药业股份有限公司,国药准字H20150050,500 mL/瓶),1000 mL/d。嘱术后禁食禁水,术后8 h起予流质饮食,同时补液量减半,待患者排气后给予半流质饮食,排便后改为

表1 治疗组与对照组患者一般资料比较

一般资料	治疗组(n=40)	对照组(n=40)	P
年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	36.08 $\pm$ 6.96	38.23 $\pm$ 6.24	0.150
术中出血量($\bar{x} \pm s$)/mL	150.50 $\pm$ 42.24	150.25 $\pm$ 42.70	0.979
手术时间($\bar{x} \pm s$)/h	1.50 $\pm$ 0.36	1.52 $\pm$ 0.41	0.861
术前血红蛋白($\bar{x} \pm s$)/(g/L)	109.00 $\pm$ 9.24	108.83 $\pm$ 8.18	0.929
术前血钾($\bar{x} \pm s$)/(mmol/L)	4.03 $\pm$ 0.47	3.93 $\pm$ 0.45	0.358
腹腔镜手术类型/例(%)			
全子宫切除术	13(32.5)	12(30.0)	1.000
子宫病损切除术	16(40.0)	18(45.0)	
卵巢病损切除	11(27.5)	10(25.0)	

普通饮食并停止补液,鼓励早期下床活动。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上予中药汤剂益气通腑汤口服。药物组成:生黄芪20 g,制大黄3 g,炒枳实6 g,厚朴6 g,莱菔子10 g,炒白芍10 g,乌药10 g,桃仁10 g,炙甘草3 g。中药汤剂由南京中医药大学南通附属医院中药房统一煎制。每日2次,每次100 mL,连续服用3 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 症状程度积分 记录2组患者术后6 h、24 h、48 h、72 h腹胀、腹痛、恶心呕吐症状程度积分,并计算总积分。症状程度积分评定标准参照文献[7]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]制定,腹痛、腹胀、恶心呕吐按无、轻、中、重分别计0、1、3、5分,总积分为各项积分之和。

3.1.2 肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间 术后12 h起使用听诊器每日听患者的肠鸣音2~4次,每次3~5 min,以肠鸣音每分钟3次以上为恢复正常,并记录手术结束至肠鸣音恢复所需时间。同时记录手术结束至患者首次肛门排气及排便的时间。

3.1.3 胃肠动力学指标 于入组前及治疗3 d后采集2组患者清晨空腹肘静脉血5 mL,测定血清GAS、SST含量。

3.1.4 药物不良反应发生情况 观察2组患者治疗期间头晕、恶心加重(次数增多和/或程度增加)、肝功能异常、皮疹等药物不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 使用SPSS 21.0软件进行数据分析。计数资料以例(百分比)表示,采用 χ^2 检验。计量资料符合正态分布者以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;不符合正态分布的资料,采用非参数秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者术后症状程度总积分比较 2组患者术后6 h、术后24 h症状程度总积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后48 h、术后72 h治疗组患者症状程度总积分明显低于对照组($P<0.001$)。详见表2。

3.3.2 2组患者术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间比较 治疗组患者术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.001$)。详见表3。

3.3.3 2组患者入组时和治疗3 d后胃肠动力学指标比较 2组患者入组时血清GAS、SST水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后治疗组血清GAS水平较本组入组时明显升高($P<0.05$),且明显高于同期对照组($P<0.05$);治疗后治疗组血清SST水平较本组入组时明显降低($P<0.05$),且明显低于同期对照组($P<0.05$)。对照组治疗后血清GAS、SST水平与本组入组时比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表4。

表4 治疗组与对照组患者入组时与治疗3 d后胃肠动力学指标比较($\bar{x}\pm s$) 单位:ng/L

组别	例数	时间	GAS	SST
治疗组	40	入组时	87.94±4.10	78.39±19.15
		治疗3 d后	125.85±5.30 [#]	67.70±9.51 [#]
对照组	40	入组时	86.04±4.99	76.58±17.14
		治疗3 d后	91.42±9.69	73.57±11.13

注:与本组入组时比较,* $P<0.05$;与同期对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

3.4 2组患者药物不良反应发生情况比较 治疗过程中2组患者药物不良反应发生情况见表5,发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表5 治疗组与对照组患者药物不良反应发生情况比较

组别	例数	头晕/例	恶心加重/例	肝功能异常/例	皮疹/例	总发生率/%
治疗组	40	1	2	0	0	7.50
对照组	40	1	1	0	0	5.00
χ^2	-	-	-	-	-	0.21
P	-	-	-	-	-	1.00

4 讨论

腹腔镜手术在治疗子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫腺肌症、异位妊娠等妇科疾病时,具有创伤小、患

表2 治疗组与对照组患者术后症状程度总积分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	术后6 h	术后24 h	术后48 h	术后72 h
治疗组	40	13.25±1.71	11.95±1.75	7.15±2.09	3.40±1.52
对照组	40	13.10±1.75	12.40±1.45	9.65±1.46	7.05±1.78
P		0.699	0.214	<0.001	<0.001

表3 治疗组与对照组患者术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间比较($\bar{x}\pm s$) 单位:h

组别	例数	肛门首次排气时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间
治疗组	40	17.70±1.88	25.50±3.31	17.75±2.75
对照组	40	22.54±2.00	31.85±2.70	22.28±3.72
P		<0.001	<0.001	<0.001

者痛苦小、术后恢复快等优势而被临床广泛应用。但术前肠道准备、术中CO₂气体刺激、麻醉、术后解剖结构改变等因素皆可使患者术后胃肠功能受限,故术后常出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐,甚至肠梗阻、肠粘连等并发症^[9]。术后胃肠功能障碍会导致患者不适感,增加术后用药,降低手术耐受力 and 疗效满意度。现代医学处理腹腔镜术后胃肠功能障碍的方法主要有禁食、补液维持电解质平衡、加快麻醉药物代谢等,存在恢复时间较长、治疗作用局限、疗效不一等缺点^[10-11]。

中医学认为,腹腔手术术后病患出现腹痛、腹胀、恶心呕吐等不适,多责之于金刃损伤、麻醉、术前灌肠、禁食、精神紧张等因素,使元气受损,正气亏虚,脏腑功能失调,气血失和,导致脾胃气机升降不利,常表现为气虚合并气滞。妇科腹腔镜手术的靶器官为胞宫,胞宫气血受损,冲任气血失和,血溢于脉外,气随血脱,加重气虚。肠内腑气不畅,气机壅滞,血运失常,瘀血阻滞肠络,致气血瘀滞而发为腹胀腹痛、矢气不通;清气不升,浊气不降,故作恶心呕吐。治疗原则为益气通腑,故化裁《伤寒论》小承气汤为益气通腑汤以治之。小承气汤原方为大黄四两、厚朴二两、枳实三枚,适用于热实内结、腑气不通的阳明腑实证。益气通腑汤针对妇科腹腔镜术后患者胞宫胞络受损,气虚血瘀,瘀血停留,腑气不通之病机,在小承气汤基础上增益气化瘀之效。全方“治腑以通为用”,通过益气化瘀通腑,使元气得复,肠络通畅,进而促进肛门排气,减轻腹胀腹痛等不适,最终达到改善胃肠功能、促进机体恢复之目的。方中生黄芪益气健脾扶正;大黄泻下通腑,制用则使泻下作用减弱,攻下作用减轻,避免加重术后患者虚弱状态,且能止血活血;厚朴苦温,《医学启源》载其“能除胀气”,下气降逆,燥湿除满,枳实苦寒,行气导滞,炒枳实、厚朴寒温并

用,相互协同,以宽中理气、散满除胀;莱菔子味辛能行散,《本草纲目》载其“长于利气,生能升,熟能降”,善于行气消胀,乌药辛温,可通理上下诸气,但偏治下腹胀痛,莱菔子、乌药行气通腑,与枳实等同用,增强行气止痛之功;炒白芍收敛止痛;桃仁活血化瘀,还有润肠通便之效;炙甘草调和诸药。研究表明,制大黄可以抑制腹腔镜术后患者胃肠致病菌的繁殖,减少肠道菌群紊乱所致胃肠道不适症状的发生^[12];厚朴水煎剂可兴奋大鼠的正常胃肠电生理,促进胃肠动力,加速胃肠蠕动^[13]。

本研究结果显示,治疗组患者肛门首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均明显短于对照组,术后48 h、72 h治疗组症状总积分显著低于对照组,表明在常规术后抗感染、支持治疗基础上加用益气通腑汤有助于促进妇科腹腔镜术后患者的胃肠功能恢复,并能改善腹痛腹胀、恶心呕吐等临床症状。GAS是胃肠道的G细胞分泌的肽类激素,可促进胃肠道的分泌功能,增强胃肠运动;SST是由胰岛、胃、肠黏膜D细胞分泌的一种氨基酸,可抑制消化液的分泌,对胃排空、回肠和胆囊收缩、肠道内容物的转运有明显抑制作用,进而影响胃肠道的吸收和动力^[14]。本研究结果显示,干预3 d后治疗组GAS水平明显高于对照组,SST水平明显低于对照组,表明益气通腑汤可通过增强胃肠运动、促进消化液分泌,进而加快胃肠道功能恢复。

综上,在常规术后抗感染、支持治疗基础上加用益气通腑汤可显著改善气虚血瘀型妇科腹腔镜术后胃肠功能障碍患者临床症状,增强胃肠动力,加快胃肠功能恢复,且安全性高,值得临床进一步推广。然而本次研究为单中心、小样本研究,后期将开展多中心、大样本研究以进一步证实益气通腑汤的临床疗效,并逐步开展细胞实验,如观察益气通腑汤含药血清对人小肠黏膜上皮细胞分泌功能的影响,从细胞分子学层面探讨其作用机制,为临床运用提供依据。

参考文献

- [1] 郎景和,向阳,陈春林,等.三维腹腔镜在妇科手术中应用的专家意见[J].中华妇产科杂志,2017,52(2):73.
- [2] 谈善军,吴国豪,虞文魁,等.术后胃肠功能障碍的病因研究进展[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(3):351.
- [3] NGUYEN D L, MAITHEL S, NGUYEN E, et al. Does alvimopan enhance return of bowel function in laparoscopic gastrointestinal surgery? A meta-analysis[J]. Ann Gastroenterol Q Publ Hellenic Soc Gastroenterol, 2015, 28: 475.

- [4] 陈志强.围手术期术后胃肠功能障碍的辨证论治策略[J].中国中西医结合杂志,2013,33(2):149.
- [5] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:3.
- [6] 邓铁涛.实用中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2004:221.
- [7] 孙善红,张丽娟.通腑汤对妇科剖腹手术后胃肠功能恢复的影响[J].实用中医药杂志,2019,35(8):941.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:132.
- [9] 刘彦.妇科内镜手术常见的并发症及其预防[J].中华妇产科杂志,2005,40(7):493.
- [10] 杨逸潇,张炜,戚思华.胃肠道手术患者术后胃肠道功能障碍的发病机制和治疗研究进展[J].医学综述,2019,25(15):3076.
- [11] RAI U, THRIMAWITHANA T R, VALERY C, et al. Therapeutic uses of somatostatin and its analogues: current view and potential applications[J]. Pharmacol Ther, 2015, 152: 98.
- [12] 潘俊娣,叶斌,傅丽霞,等.重剂大黄白术通便方保留灌肠治疗术后早期炎症肠梗阻临床研究[J].新中医,2019,51(6):145.
- [13] 王潇,王婷,张晨,等.基于代谢组学研究厚朴“发汗”前后对胃肠动力障碍大鼠的影响[J].中国中药杂志,2019,44(6):1170.
- [14] 秦新裕,雷勇.胃肠肽类激素与胃肠动力[J].中国实用外科杂志,2001,21(6):329.

第一作者:李杨(1990—),女,医学硕士,住院医师,中医妇科学专业。

通讯作者:荣慧,医学硕士,主治医师。
ronghui-36@163.com

收稿日期:2022-04-01

编辑:傅如海 蔡强

