

小承气汤穴位贴减少腹腔镜前列腺癌术后腹胀发生率的效果观察

朱艳 丁宁*通讯作者

江苏省苏北人民医院, 江苏 扬州 225002

摘要:目的: 腹腔镜前列腺癌根治术后常因气腹压力、特殊体位等综合作用, 胃肠功能受到抑制, 术后腹胀发生率 50%~60%, 影响患者的康复, 期待在围手术期使用我院自制的小承气汤穴位贴, 能够提高胃肠黏膜内的 pH 值, 调控胃肠平滑肌细胞, 增加肠蠕动, 促进早期肛门排气, 降低术后腹胀的发生率。方法: 2017 年 02 月-2019 年 02 月行腹腔镜前列腺癌根治术患者 120 例, 随机分为观察组和对照组 (各 60 例), 对照组于术日前晚 18:00 用 75%乙醇消毒耳廓皮肤, 将王不留行籽耳穴贴在胃穴、大肠穴、小肠穴相应位置 (均双侧); 观察组于术日前晚 18:00 用 75%乙醇消毒穴位皮肤, 将自制的膏药小承气汤穴位敷贴, 此方由大黄、厚朴、枳实组成, 方中大黄为君, 全方有行气导滞、通里攻下、消除积滞之功, 贴敷于足三里和上、下巨虚穴位上 (均双侧), 外覆 3M 透明敷料封固。观察两组血清胃动素水平; 首次肛门排气时间和恢复肠鸣音时间; 术后胃肠功能恢复评分和腹胀评分。结果: 观察组术后 24h 血浆胃动素为 261.46 ± 28.38 (ng/ml), 对照组为 219.63 ± 20.49 ; 观察组术后肠鸣音恢复时间 22.33 ± 5.29 (h), 首次肛门排气时间 26.30 ± 5.17 (h), 对照组分别为 30.53 ± 6.23 (h), 33.97 ± 6.45 (h); 观察组胃肠功能恢复评分为 1.07 ± 0.45 分, 腹胀评分 0.64 ± 0.69 分, 对照组分别为 1.45 ± 0.49 分, 1.03 ± 0.74 分; 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 小承气汤穴位敷贴是利用经穴给药的原理, 结合现代透皮给药技术, 敷贴于特殊经穴, 方中大黄为君, 长于通便除积滞, 荡涤肠胃; 厚朴燥湿除满消胀; 枳实理气导滞散痞; 在相应组织器官产生药理效应, 起单相或双相调节作用, 从而提高药物治疗效果, 应用小承气汤穴位敷贴于腹腔镜前列腺癌根治手术中, 发挥中医未病先防, 既病防变的优势, 可有效达到早期恢复肠鸣音和肛门排气的效果, 有效减轻患者术后痛苦, 促进机体功能恢复。

关键词: 小承气汤, 穴位贴, 前列腺癌, 术后腹胀

前列腺癌根治术是治疗早期局限型前列腺癌的首选方法, 随着腔镜器械的不断发展及手术技术的持续改进, 腹腔镜前列腺癌根治术已成为治疗局限型前列腺癌的标准术式。手术后常因气腹压力、特殊体位等综合作用, 胃肠功能受到抑制, 术后腹胀发生率达 50%~60%[1], 影响患者的康复, 给患者造成经济负担, 因此我院于 2017 年 02 月-2019 年 02 月在 120 例腹腔镜前列腺癌患者中使用小承气汤穴位贴, 取得较好的效果, 现汇报如下。

1 临床资料

本课题已获得医院医学伦理委员会批准, 患者及其家属签署知情同意书, 将经纳入标准、排除标准筛选的 2017 年 02 月-2019 年 02 月入住我院泌尿外科择期行腹腔镜前列腺癌根治术手术的 120 例患者, 随机分为观察组和对照组, 每组 60 例; 两组在患者年龄、手术类型、手术及麻醉时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.1 纳入标准

- (1) 全身麻醉下行腹腔镜前列腺癌根治术;
- (2) 年龄 60-75 周岁;
- (3) 意识清晰, 签署知情同意书。

1.2 排除标准

- (1) 需要使用影响胃肠道功能药物;
- (2) 有精神疾患和意识障碍者;
- (3) 有治疗药物过敏史及胶布过敏史者。

2 实验方法

两组患者均给予术前肠道准备, 进无渣半流饮食; 术中采用相同气腹和体位; 术后常规护理, 予禁食, 禁水, 适当补液, 抗感染治疗等常规措施。

(1) 对照组患者于术日前晚 18:00 采用王不留行籽耳穴贴, 用 75%乙醇消毒耳廓皮肤, 将王不留行籽耳穴贴在胃穴、大肠穴、小肠穴相应位置; (2) 观察组患者于术日前晚 18:00 予以小承气汤穴位敷贴, 用 75%乙醇消毒穴位皮肤, 将制好的膏药贴敷于足三里和上、下巨虚穴位上 (均双侧), 外覆 3M 透明敷料封固; (3) 入院后、术后 12h、24h 测血清胃动素水平; 术后 24h、48h、72h 进行术后胃肠功能恢复评分和腹胀评分; 记录首次肛门排气时间, 术后每 2 小时一次测肠鸣音, 至恢复肠鸣音。

3 观察指标及评判标准

3.1 胃肠功能恢复的指标

3.1.1 肠鸣音

每 2 小时听诊患者肠鸣音的有无, 听诊左侧上、下腹、右侧上、下腹及脐周部位, 听诊时间为 1 分钟/次/部位, 并记录肠鸣音恢复的时间。恢复标准在两个区听诊发现连续性较强的肠鸣音, 且 ≥ 3 次/分, 则为肠鸣音恢复。

3.1.2 评判标准

参考 2000 年国际公认的罗马 II 标准制定, 评分越低表明胃肠功能恢复越好。

0 分: 术后 24h 内排气或排便, 每分钟肠鸣音 > 5 次;

1 分: 术后 48h 内排气或排便, 每分钟肠鸣音 3 次~5 次;

2 分: 术后 72h 内排气或排便, 每分钟肠鸣音 1 次或 2 次;

3 分: 超过 72h 仍未排气, 无明显肠鸣音。

3.2 术后腹胀标准

腹胀标准参考国家药品监督管理局 2002 年颁布的《中药新药临床研究指导原则》中标准制定, 按其轻重程度从 0-3 分为 4 级, 评分越低表明腹胀程度越轻。

0 分为无腹胀: 术后在肛门排气前病人无腹胀感;

1 分为轻度腹胀: 术后在肛门排气前病人主诉有轻微腹胀, 可感到有气体在腹内转动, 但无切口胀痛感;

2 分为中度腹胀: 病人腹部膨隆, 主诉切口胀痛但能忍受;

3 分为重度腹胀: 病人腹部膨隆、切口胀痛、烦躁不安、呻吟甚至出现呼吸困难。

4 实验结果

运用 SPSS 17.0 统计分析软件包进行统计学处理, 计量资料采用均数 \pm 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 组间计数资料比较采用秩和检验, 组间计量资料比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有显著性。

(1) 两组患者年龄、手术时间比较无明显统计学差异 ($P > 0.05$)。 (2) 观察组在肠鸣音恢复时间及首次肛门排气时间上均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

5 两组术前血浆胃动素比较无统计学差

(1) 腹腔镜前列腺癌根治术的患者常因术中气腹导致浊气雍滞于中焦, 脾失健运; 加之手术应激导致机体脉络损伤, 从而进一步加重脏腑功能失调, 出现腹部胀满、大便不通、食欲少思等症状, 延缓患者的恢复。所以, 攻补兼施, 健脾行气、祛瘀通便的原则贯穿于围手术期^[2]。

(2) 中医护理技术在调节胃肠功能方面也做出大量的探讨研究, 如穴位按摩^[3]通过穴位刺激调整经络之气来减少腹胀、

腹痛;如中药口服通过吸收中药有效成分增强胃肠道蠕动;但上述的中医护理技术有操作费时、药苦难服的不足;目前临床广泛应用的王不留行籽耳穴贴,有学者研究显示术中干预可适度提高机体的应激水平,有助于机体应对手术的打击;但使用过程中,王不留行籽耳穴贴由于选穴多,耗时长,易发生脱落或移位现象,还存在操作具体手法力度不规范、时间不统一等不足。

我们应用小承气汤穴位敷贴于腹腔镜前列腺癌根治手术中,发挥中医未病先防,既病防变的优势,观察术后胃肠动力的恢复,达到了早日恢复肠鸣音和肛门排气的效果,有

效减轻患者术后痛苦,促进机体功能恢复;期待在病例积累及逐步深入研究的基础上,探索出更加完善、科学、高效的防治方案。

参考文献

- [1]罗敏,曾丽文,程茂华.腹部非胃肠道手术后患者肠道功能恢复判定方式的改进[J].护理学杂志,2015,2(30):9-11.
- [2]汪娟,杨杨.理气通腑散穴位贴敷对肠道术后病人胃肠功能恢复的影响[J].护理研究,2015,29(11):3954-3955.
- [3]陆金英.穴位按摩联合足浴对肠癌术后患者肠蠕动恢复的影响[J].护理学报,2010,17(4B):61-62.