

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;厚朴燥湿除满消痞;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.