

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.02.008

厚朴排气合剂治疗肝胆术后胃肠功能障碍临床观察

洪 杏 张阿锦

厦门市中医院重症医学科, 福建厦门 361001

摘要 **目的** 观察肝胆术后胃肠功能障碍患者采用厚朴排气合剂治疗的临床疗效。**方法** 选取 2019 年 6 月—2021 年 6 月本院收治的 80 例肝胆术后胃肠功能障碍患者, 随机分为治疗组和对照组。对照组患者治疗方案为常规西医治疗, 治疗组患者在西医治疗基础上加用厚朴排气合剂。比较 2 组患者临床治疗总有效率、临床症状改善时间、胃肠功能障碍评分及腹腔压力水平。**结果** 治疗后, 治疗组患者临床治疗总有效率为 95.0%, 显著高于对照组的 72.5% ($P < 0.05$)。治疗组患者肠鸣音恢复、排气、排便、进食恢复时间及腹胀、腹痛缓解时间均明显短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组患者胃肠功能障碍评分及腹腔压力水平均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 厚朴排气合剂可以明显改善肝胆术后胃肠功能障碍患者临床症状, 提高临床疗效。

关键词 厚朴排气合剂; 肝胆术后; 胃肠功能障碍

中图分类号 R657.3; R269 **文献标志码** A

胃肠功能障碍是外科手术后常见的并发症, 肝胆外科手术对患者创伤较大、累及周边脏器较多、手术时间较长, 故而更容易出现^[1]。许多外科研究^[2]证实早期进食及肠内营养能促进术后胃肠功能的恢复、提升全身营养状态, 改善患者预后。然而, 术后胃肠功能障碍的发生, 严重影响了早期进食及肠内营养的开展, 严重者甚至出现腹腔高压综合征、多器官功能不全等, 严重影响患者预后^[3], 目前西医治疗方面仍缺乏有效手段。研究^[4]表明, 中医药在促进术后胃肠功能恢复方面具有独特优势, 中西医结合可有效治疗术后胃肠功能障碍, 是未来研究及发展的方向。厚朴排气合剂由姜厚朴、大黄、枳实、木香 4 味中药组成, 具行气消胀、宽中除满之效^[5]。近年来, 本院对肝胆术后胃肠功能障碍患者在常规西医治疗的同时加用厚朴排气合剂, 研究结果显示其对于早期恢复患者肠鸣音、缩短术后排气及排便时间、促进患者胃肠功能康复具有较好的治疗作用, 现将过程报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 6 月—2021 年 6 月本院重症医学科收治的 80 例肝胆术后合并急性胃肠功能损伤的气滞证患者, 将患者随机分为 2 组。治疗组 40 例, 男 19 例, 女 21 例; 年龄 (59.68 ± 9.32) 岁, 年龄范围为 31~69 岁; 肝细胞癌 18 例, 肝内胆管细胞癌 5 例, 肝血管

瘤 3 例, 胆囊癌 4 例, 肝门部胆管癌 3 例, 肝内胆管结石 4 例, 胆囊结石 3 例; 行肝脏部分切除术 32 例, 单纯胆囊切除术 5 例, 肝门部胆管癌根治术 3 例; 开腹手术 32 例, 腹腔镜手术 8 例。对照组 40 例, 男 23 例, 女 17 例; 年龄 (54.84 ± 10.25) 岁, 年龄范围为 29~66 岁; 肝细胞癌 21 例, 肝内胆管细胞癌 4 例, 肝血管瘤 2 例, 胆囊癌 5 例, 肝门部胆管癌 4 例, 肝内胆管结石 3 例, 胆囊结石 1 例; 行肝脏部分切除术 31 例, 单纯胆囊切除术 5 例, 肝门部胆管癌根治术 4 例; 开腹手术 30 例, 腹腔镜手术 10 例。2 组患者性别、年龄、病种及手术方式等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

符合北京市科委重大项目“MODS 中西医结合诊治/降低病死率的研究”课题组提出的胃肠功能障碍诊断标准^[6]: 肠鸣音减弱或者消失; 胃引流液、便潜血阳性或者出现黑便、呕血; 腹腔内压 (膀胱压) ≥ 11 cm H₂O; 具备以上三者之一即可。

符合气滞证诊断标准: 胀重于痛, 部位不定, 时痛时止, 或有恶心, 大便秘结或不畅, 矢气少; 舌质淡红, 苔薄白, 脉弦。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: 符合肝胆术后胃肠功能障碍西医诊断标准和中医气滞证辨证标准; 年龄 18~75 岁; 自愿签署知情同意书, 并经本院伦理委员会批准。

排除标准: 年龄 < 18 岁或年龄 > 75 岁; 孕妇或哺

乳期妇女;机械性肠梗阻患者;出现过敏或其他严重不良反应者。

1.4 治疗方法

对照组患者给予西医常规治疗,包括保肝、制酸、保护胃黏膜、按需镇痛、维持水电解质平衡,必要时予以抗感染、联合肠外营养支持等治疗,腹胀明显者给予禁食、胃肠减压、胃肠动力药物。

治疗组患者在对照组基础上给予厚朴排气合剂(瑞阳制药有限公司,国药准字 Z20050563)经鼻胃管或空肠营养管饲入,50 mL/次,2 次/d,连续治疗 7 d。

1.5 观察指标及疗效评价标准

记录 2 组患者肠鸣音恢复、排气、排便、进食恢复、腹胀及腹痛缓解时间,比较 2 组患者胃肠功能障碍评分及腹腔压力水平,评价 2 组患者临床疗效。

胃肠功能障碍评分标准^[7]:肠鸣音无减弱且排便正常为 0 分;肠鸣音减弱或消失且无自主排便为 1 分;肠鸣音减弱或消失且口服泻药后仍无自主排便为 2

分;肠鸣音减弱或消失且灌肠后仍无自主排便为 3 分;肠鸣音减弱或消失且用过各种通便方法后仍无自主排便为 4 分。

临床疗效评价标准:显效 患者症状和体征基本消失;有效 患者症状和体征有所好转;无效 患者症状和体征无明显改善甚至加重。临床治疗总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

应用 SPSS 21.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肠鸣音恢复、排气、排便、进食恢复时间比较

治疗后,治疗组肠鸣音恢复、排气、排便、进食恢复时间均明显短于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者肠鸣音恢复、排气、排便、进食恢复时间比较($n=40, \bar{x}\pm s$)

组别	肠鸣音恢复	排气	排便	进食恢复
对照组	37.02±11.91	46.77±6.87	50.18±14.72	47.85±5.93
治疗组	27.29±12.53 [△]	37.21±5.45 [△]	38.28±13.24 [△]	30.28±6.72 [△]

与对照组相比[△] $P<0.05$

2.2 腹痛缓解、腹胀缓解时间比较

治疗后,治疗组腹痛缓解、腹胀缓解时间均明显短于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者腹痛缓解、腹胀缓解时间比较($n=40, \bar{x}\pm s$)

组别	腹痛缓解	腹胀缓解
对照组	5.17±1.85	6.25±2.48
治疗组	3.40±1.44 [△]	3.31±1.59 [△]

与对照组相比[△] $P<0.05$

2.3 胃肠功能障碍评分、腹腔压力水平比较

治疗后,治疗组患者胃肠功能障碍评分及腹腔压力水平均明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者胃肠功能障碍评分、腹腔压力水平比较($n=40, \bar{x}\pm s$)

组别	胃肠功能障碍评分(分)	腹腔压力(mmHg)
对照组	2.67±0.68	12.25±6.83
治疗组	0.95±0.84 [△]	7.55±5.17 [△]

与对照组相比[△] $P<0.05$

2.4 临床疗效比较

治疗后,治疗组患者临床治疗总有效率显著高于

对照组($P<0.05$)。

表 4 2 组患者临床疗效比较($n=40$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	13	16	11	29(72.5)
治疗组	28	10	2	38(95.0) [△]

与对照组相比[△] $P<0.05$

3 讨论

术后胃肠功能障碍发病机制复杂,目前仍未完全明确,研究^[8]表明其发病可能与手术破坏胃肠道机械屏障引起肠道局部和全身炎症反应有关,神经内分泌系统的影响,从而抑制胃肠道运动;不同的麻醉方式及术后镇痛药物、不同的手术部位和手术方式、血液灌注不足或液体超负荷等诸多因素也可能影响术后胃肠功能的恢复。胃肠功能障碍除表现为恶心、呕吐、腹胀、腹痛等不适症状外,还可能因胃肠功能障碍持续不能恢复,胃肠道动力下降,导致肠黏膜屏障破坏、肠道细菌移位诱发肠源性感染^[9];腹腔压力持续升高导致腹腔高压综合征,严重者出现多器官功能障碍,严重影响患者的生存质量及预后^[3]。治疗上目前缺乏特异性手段,国内外共识目前推荐多模式肠道刺

激方案,包括多模式镇痛、微创手术、目标导向液体治疗、维持水电解质平衡、尽早经口进食等,而药物方面尚无高级别证据支持某种特定刺激肠功能恢复的药物^[10-12]。所以,寻求更进一步的治疗措施、尽快恢复肠道功能对促进患者术后康复具有重要意义。

中医学认为,手术损伤机体经络血脉,影响气机运行,尤其是肝胆手术,肝主疏泄,是调畅全身气机、推动血和津液的重要环节。《素问·宝命全形论》记载“土得木则达”,若肝的疏泄功能异常,则脾气不升,胃气不降,通化受阻,出现恶心、呕吐、腹痛、腹胀等症状。胆为肝络属之腑,胆汁的排泄直接影响了脾胃的运化功能,六腑以通为用,不通则痛。所以,肝胆术后多出现气滞之“胀、满、痛”。根据症状表现,可将术后胃肠功能障碍归为“痞满”“腹胀”“腹痛”“肠痹”等范畴。厚朴排气合剂由厚朴、木香、枳实、大黄 4 味药物组成。全方配伍遵循“通则不痛”的原则,其中厚朴长于行气消积,为消除胀满之要药;木香行气止痛,主治胃肠气滞;大黄、枳实泻热导滞,四药相合,使气滞顺畅,实积消除,腑气得以畅通,诸证自解。现代药理学研究表明,厚朴可以促进胃肠蠕动,改善胃肠道运动功能,同时发挥消炎抗菌、抗氧化功效^[13];木香可以调节胃肠运动,抗消化道溃疡,抗炎^[14];枳实可兴奋胃肠平滑肌,降低胃肠平滑肌张力,促进蠕动,缓解痉挛,同时具有抗炎、抗氧化作用^[15];大黄可以促进肠道蠕动,抗胃及十二指肠溃疡,还有抗氧化应激的作用,从而对肝脏细胞起到保护作用^[16]。不论从中医的方剂功效还是西医的药理研究,厚朴排气合剂对于术后胃肠功能障碍均具有良好的效果。本研究结果显示,治疗后治疗组患者临床症状改善时间、胃肠功能障碍评分及腹腔压力水平显著低于对照组,临床治疗总有效率显著高于对照组;表明厚朴排气合剂可以明显改善肝胆术后胃肠功能障碍患者临床症状,提高临床疗效,与杨丽娜等^[17-18]研究结果相一致。

综上所述,厚朴排气合剂可加快肝胆术后胃肠功能障碍患者肠鸣音恢复时间,缩短排气、排便时间,加速腹胀、腹痛缓解时间,有效改善了胃肠功能,提早恢复进食,总体疗效显著,安全性较好,值得在临床上进一步验证并推广应用。

参 考 文 献

[1] 周康源,周涛.肝胆术后胃肠功能恢复策略的研究进展[J].医学综述,2021,27(7):1385-1389.
[2] Bozzetti F, Mariani L. Perioperative nutritional support of patients undergoing pancreatic surgery in the age of

ERAS[J]. Nutrition, 2014, 30(11-12):1267-1271.
[3] Parsak CK, Seydaoglu G, Sakman G, et al. Abdominal compartment syndrome: current problems and new strategies[J]. World J Surg, 2008, 32(1):13-19.
[4] 许永豪,罗艳霞,陈巧.大承气汤保留灌肠对脓毒症胃肠功能障碍患者炎症反应的影响[J].中西医结合研究, 2021, 13(6):398-401.
[5] 龙海华,刘振鹏,梁秀兰,等.厚朴排气合剂治疗老年性便秘 56 例[J].中国老年学杂志,2014,34(12):3487-3488.
[6] 北京市科委重大项目“MODS 中西医结合诊治/降低病死率研究”课题组.多器官功能障碍综合征诊断标准、病情严重程度评分及预后评估系统和中西医结合证型诊断[J].中国危重病急救医学,2008,20(1):1-3.
[7] 北京市科委重大项目“MODS 中西医结合诊治/降低病死率的研究”课题组.多器官功能障碍综合征诊断标准与病情严重程度评分系统的多中心临床研究[J].中国危重病急救医学,2004,16(6):328-332.
[8] 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):3076-3080.
[9] 奚晓华,杨刚.腹部手术后胃肠功能障碍的现代概念[J].吉林医学,2013,34(1):127-130.
[10] Hedrick TL, McEvoy MD, Mythen MMG, et al. American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on postoperative gastrointestinal dysfunction within an enhanced recovery pathway for elective colorectal surgery[J]. Anesth Analg, 2018, 126(6):1896-1907.
[11] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会.肝胆胰外科术后加速康复专家共识(2015 版)[J].中华消化外科杂志,2016,15(1):1-6.
[12] Basse L, Madsen JL, Kehlet H. Normal gastrointestinal transit after colonic resection using epidural analgesia, enforced oral nutrition and laxative[J]. Br J Surg, 2001, 88(11):1498-1500.
[13] 张永太,吴皓.厚朴药理学研究进展[J].中国中医药信息杂志,2005,12(5):96-99.
[14] 林明侠.木香的药理及临床研究概况[J].中医药信息, 2005, 22(3):18-19.
[15] 张晓娟,赵良友,李建华,等.中药枳实的研究概况[J].中医药学报,2021,49(1):94-100.
[16] 金丽霞,金丽军,栾仲秋,等.大黄的化学成分和药理研究进展[J].中医药信息,2020,37(1):121-126.
[17] 杨丽娜,王立,单梅.厚朴排气合剂对妇科术后患者胃肠功能恢复影响[J].临床军医杂志,2016,44(8):853-855.
[18] 耿建军.厚朴排气汤对腹外科患者术后胃肠道功能障碍的影响[J].光明中医,2018,33(8):1120-1122.

(收稿日期:2021-10-31)