

四磨汤口服液联合西医常规治疗 对促进腹腔镜阑尾切除术后胃肠功能恢复的影响

赵德贞

(山东省菏泽市中医医院, 山东 菏泽 274035)

【摘要】 目的:观察四磨汤口服液联合西医常规治疗对促进腹腔镜阑尾切除术后胃肠功能恢复的影响。方法:将60例腹腔镜阑尾切除术后患者随机分成对照组和观察组,每组30例。对照组采用西医常规对症治疗,观察组在对照组基础上给予四磨汤口服液治疗。比较两组患者治疗前后疼痛评分、中医症状评分,以及治疗后胃肠功能恢复情况、临床疗效、不良反应发生情况。结果:治疗后,两组患者疼痛评分、中医症状评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组总有效率为93.33%(28/30),高于对照组的80.00%(24/30),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者在治疗过程中均无不良反应发生。结论:四磨汤口服液联合西医常规疗法治疗可改善腹腔镜阑尾切除术后患者的胃肠功能,减轻疼痛程度,缩短住院时间,提高疗效,且安全可靠。

【关键词】 腹腔镜阑尾切除术;胃肠道功能障碍;四磨汤口服液

中图分类号:R245.3 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2021.1334

急性阑尾炎是临床常见的外科急性疾病之一,临床以转移性右下腹痛及麦氏点压痛为代表性症状,若治疗不及时则会加重病情,甚至危及生命。目前该病以手术治疗为主,腹腔镜为新兴的微创术式,在治疗急性阑尾炎方面具有创伤小、术后疼痛轻等优点^[1],但腹腔镜术后可能会出现胃肠道功能障碍等并发症,甚至出现肠梗阻等,严重影响患者康复进程。因此,如何有效解决腹腔镜阑尾切除术后胃肠道功能障碍问题,是目前临床研究的热点之一。笔者在西医常规治疗基础上运用四磨汤口服液治疗腹腔镜阑尾切除术后胃肠道功能障碍,取得较满意的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年1月至2020年1月菏泽市中医医院收治的腹腔镜阑尾切除术后患者60例,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组30例。对照组男18例,女12例;平均年龄(35.32±8.55)岁;平均病程(23.41±8.14)个月;手术时间(39.21±11.19)min。观察组男16例,女14例;平

均年龄(36.21±9.11)岁;平均病程(24.98±8.22)个月;手术时间(40.12±12.18)min。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准(审批号:HZSZYY20190102)。

1.2 诊断标准

(1)西医诊断标准 符合《外科学》中急性阑尾炎的诊断标准;以转移性右下腹疼痛症状为主,可伴有食欲减退、恶心、呕吐等胃肠道症状,或伴有乏力、发热等全身症状;体征可见转移性右下腹压痛,腹膜刺激征阳性及右下腹包块;血常规检查可见白细胞、中性粒细胞增多,B超可见阑尾肿大或脓肿,X线片可见盲肠扩张和液气平面^[2]。

(2)中医诊断标准 符合《中医病证诊断疗效标准》中肠痛的诊断标准:转移性右下腹痛,持续性胀痛,阵发性加剧;伴发热,恶心呕吐,便秘或腹泻;右下腹固定压痛;重者可有反跳痛,腹肌紧张;腰大肌试验阳性,结肠充气试验阳性^[3]。气滞血瘀证主症为腹痛;次症为恶心呕吐,纳差,可有发热;舌质红或舌尖红,脉弦数或滑数。

作者:赵德贞,E-mail:174308755@qq.com

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;符合腹腔镜阑尾切除术的手术指征;年龄 18~50 岁;术前未使用过其他影响胃肠蠕动的药物;患者知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准 伴有严重心、脑、肾等脏腑疾病者;患有严重精神障碍及意识功能障碍者;近 1 个月参加过其他临床研究者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗。①鼓励患者早期下床运动,以促进肠胃功能恢复。②给予禁水禁食及胃肠减压治疗,以减轻胃肠压力。③静脉输注营养液,维持水电解质及酸碱平衡,以平衡营养、纠正水电解质紊乱。④口服促胃肠动力药,如甲氧氯普胺、多潘立酮等,以促进胃肠排空及转运。

2.2 观察组 在对照组基础上给予四磨汤口服液治疗。于腹腔镜阑尾切除术后 6 h 开始口服四磨汤口服液(湖南汉森制药股份有限公司,国药准字 Z20025044,10 mL/支),每次 20 mL,每日 3 次,连服 3 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 ①疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评分评估两组患者治疗前后的疼痛程度,分值范围为 0~10 分,0 分表示无痛,10 分表示剧烈疼痛,评分越高表明疼痛程度越剧烈。②临床指标。肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、住院时间。③中医症状评分。两组患者分别于治疗前后进行中医症状评分,主症按无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分,次症按无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分。④不良反应。包括切口感染、腹腔感染、肠梗阻等。⑤临床疗效。

3.2 疗效评定标准 治愈:术后 24 h 内排气或排便,肠鸣音 3~5 次/分,排气正常,排便每日 1 次,饮食正常,体温正常;显效:术后 48 h 内排气或排便,肠鸣音较弱,1~2 次/分,排气正常,2 d 排便 1 次或不规律,进食后轻度腹胀,体温 37~38 ℃;有效:术后 72 h 内排气或排便,肠鸣音 0~1 次/分,排气时间推迟,不排便,饮流食或不进食,体温 >38 ℃,腹胀膨隆;无效:超过 72 h 仍未排气,肠鸣音消失,禁食水,体温 >38 ℃,腹胀明显,有恶心、呕吐感。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计软件处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 结果

(1)疼痛评分、中医症状评分比较 治疗前,两组患者疼痛评分、中医症状评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者疼痛评分、中医症状评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组腹腔镜阑尾切除术后患者治疗前后疼痛评分及中医症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	疼痛评分	中医症状评分
观察组	30	治疗前	6.35±2.29	9.25±2.67
		治疗后	2.12±0.58 [▲]	2.12±0.55 [▲]
对照组	30	治疗前	6.65±2.32	9.65±2.95
		治疗后	3.51±0.95 [△]	5.51±1.25 [△]

注:与本组治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.05$ 。

(2)临床指标比较 治疗后,观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组腹腔镜阑尾切除术后患者临床指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	首次排气时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)	首次排便时间(h)	住院时间(d)
观察组	30	25.75±5.43 [▲]	18.89±4.46 [▲]	32.47±6.39 [▲]	4.23±1.13 [▲]
对照组	30	36.43±8.68	27.43±5.98	46.69±6.99	6.31±2.21

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

(3)临床疗效比较 观察组总有效率为 93.33%(28/30),高于对照组的 80.00%(24/30),差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组腹腔镜阑尾切除术后患者临床疗效比较

组别	例数	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	30	16	7	5	2	93.33 [▲]
对照组	30	6	8	10	6	80.00

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

(4)不良反应发生情况比较 在治疗过程中,两组患者均未发生切口感染、腹腔感染、肠梗阻等不良反应。

4 讨论

目前,临床常采用腹腔镜微创术治疗急性阑尾炎,

疗效相对满意,但患者术后胃肠道功能障碍发病率较高,多在术后 12~24 h 内发生^[4]。该病的基础治疗以鼓励患者术后早期下床运动、禁水禁食、纠正水电解质紊乱为主。患者术后卧床时间较长,胃肠功能活动减弱,因此,鼓励患者术后早期进行活动可促进胃肠功能恢复,禁水禁食可预防患者术中或术后出现消化道反应^[5-6]。西医以对症治疗为主,常用药物有甲氧氯普胺、多潘立酮等,此类药物在促进胃肠蠕动的同时,可能会引发肠扭转、恶性心律失常等并发症。因此,如何有效治疗腹腔镜阑尾切除术后胃肠道功能障碍是目前临床治疗的难题之一。

中医认为,正常的气机运动是人体功能正常发挥的根本,脾胃是人体气机升降出入之枢纽,脾升胃降则气机调和。阑尾炎术后胃肠受到刺激,影响脾胃气机运行,导致人体气机运行失常。脾胃气机失和可致腹部气血瘀滞,影响胃肠功能正常发挥,传化之物停滞而产生胃肠道反应,因此应以行气化痰为治则。研究表明,中医药在治疗术后胃肠道功能障碍方面疗效显著。四磨汤口服液由乌药、木香、枳壳、槟榔组成,具有行气止痛、宽胸散结之功,主要用于术后治疗,如术后胃肠道功能障碍、术后便秘、术后肠梗阻等^[7]。研究表明,四磨汤可促进慢性应激小鼠的胃排空和肠推进能力,提高血清胃动素(MTL)浓度^[8]。四磨汤口服液对食管癌术后患者胃肠功能具有双向调节作用,可促进胃肠道生理功能恢复^[9]。方中乌药行气疏肝解郁,行脾胃气滞;木香祛肠胃气滞;槟榔行气利水,破气消滞,行肠胃之气,与乌药、木香相配可调和肠胃,平衡阴阳;枳壳行气宽中,理气除胀。诸药合用,共奏祛瘀止痛、行气散结之功。研究表明,乌药可维持肠道平衡,调节肠道平滑肌运动,具有双向调节肠道功能的作用^[10]。木香具有抗炎作用,可促进消化液分泌,平衡肠道的兴奋与抑制作用^[11]。槟榔具有抗炎作用,可调节胃肠道平滑肌张力,同时还可缓解抑郁状态^[12-13]。

本研究结果表明,治疗后,两组患者疼痛评分、中医症状评分均低于治疗前($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$);观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$);观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$);两组

患者治疗过程中均无不良反应发生。以上结果提示在西医常规治疗基础上采用四磨汤口服液治疗可促进腹腔镜阑尾切除术后患者胃肠功能恢复,缓解疼痛程度,改善患者胃肠功能,缩短住院时间,提高临床疗效。然而,本研究观察样本量少,且为单中心研究,研究结果可能存在偏倚,今后需进行大样本、多中心的临床研究,以进一步证实四磨汤口服液促进腹腔镜阑尾切除术后胃肠功能恢复的临床作用。

参考文献

[1]李凌. 腹腔镜阑尾切除术与传统开腹术治疗急性阑尾炎的疗效观察[J]. 吉林医学, 2019, 40(12): 2861-2863.
 [2]陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2013.
 [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994: 134.
 [4]周雪琼,江金萍,梁海文. 艾条灸促进腹腔镜阑尾炎手术术后患者胃肠功能恢复[J]. 牡丹江医学院学报, 2019, 40(5): 51-53.
 [5]杨福弟. 综合干预措施在阑尾炎术后胃肠功能恢复中的研究进展[J]. 华夏医学, 2013, 26(6): 1216-1220.
 [6]刘来蓬,张东,胡小云. 腹部手术后腹胀的治疗现状及进展[J]. 江西医药, 2017, 52(3): 280-282.
 [7]黄美艳,蔡秀江. 四磨汤临床应用研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(12): 1552-1554.
 [8]CAI G X, LIU B Y, YI J, et al. Simotang enhances gastrointestinal motility, motilin and cholecystokinin expression in chronically stressed mice[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(12): 1594.
 [9]黄应通,刘涛,郭建极,等. 四磨汤口服液对食管癌术后胃肠功能的影响[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(3): 41-42.
 [10]龚明,龚建平,糜亚男. 乌药不同提取物对小鼠胃肠运动调节作用的实验研究[J]. 中医药导报, 2015, 21(1): 62-63.
 [11]魏华,彭勇,马国需,等. 木香有效成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2012, 43(3): 613-620.
 [12]易攀,汤嫣然,周芳,等. 槟榔的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(10): 2498-2504.
 [13]李晨,范尧夫,吕涛,等. 槟榔有效组分的提取分离及其对大鼠胃平滑肌收缩作用影响的研究[J]. 中医学报, 2013, 28(5): 683-685.

(收稿日期:2020-07-05)